

Estar sin sedación, es saber que uno está vivo

Angela María Henao Castaño¹, Sandra Adarve Gutiérrez²,
Juan Camilo Trujillo Cañas³

Resumen

Objetivo: describir la experiencia de los pacientes que han estado sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación continua en unidades de cuidado intensivo (UCI). **Metodología:** investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, realizada en 2006 en el municipio de Rionegro, Antioquia, Colombia; se hicieron entrevistas en profundidad a seis hombres y tres mujeres con edades entre 24 y 48 años de edad, que tenían las condiciones físicas y mentales para poder participar en el estudio. **Resultados:** la ausencia de sedación durante su estancia en la UCI fue asociada por los pacientes con una menor gravedad de la enfermedad y riesgo de muerte; el estar despiertos les permitió participar en su propio proceso de enfermedad y colaborar con el tratamiento. **Conclusión:** los pacientes participantes valoraron positivamente la experiencia de estar sometido a ventilación mecánica sin efectos de sedación.

Palabras clave: sedación consciente; unidades de terapia intensiva; respiración artificial.

Not being under sedation is to know that you are alive

Abstract

Objective: to describe the patients experience of being under mechanic ventilation without continuous sedation effects in the Intensive Care Units (ICU). **Methodology:** qualitative study with phenomenological focus, performed during the year of 2006 in the city of Rionegro Antioquia, Colombia. Depth interviews were conducted to six men and three women who had all the physical and mental conditions to participate in the study aging between 24 and 48 years old. **Results:** not being under sedation during the ICU stance was associated by the patients with a lower severity of the disease and death risk: being awake allowed them to participate in their own disease process and help with the treatment. **Conclusion:** the participant patients valued positively the experience of being under mechanic ventilation without the sedation effects.

1 Enfermera, Especialista en Cuidado de Enfermería al Adulto en Estado Crítico de Salud, Magíster en Educación. Profesora del Programa de Enfermería de la Universidad del Tolima y de la Universidad de la Sabana, Colombia. Correo electrónico: angemaria54@yahoo.es

2 Enfermera de la Unidad de Cuidado Intensivo de SERVIUCIS en el municipio de Rionegro, Colombia. Correo electrónico: casan1105@gmail.com

3 Enfermero la Unidad de Cuidado Intensivo de SERVIUCIS en el municipio de Rionegro, Colombia. Correo electrónico: camilotysandraa@hotmail.com

Subvenciones: artículo que presenta parte de los resultados de la investigación "Significado de la experiencia de ser sometido a ventilación mecánica sin efectos de sedación", realizada como requisito de grado para la Especialización en Cuidado de Enfermería al Adulto en Estado Crítico de Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Colombia), en 2006.

Fecha de recibido: 22 de febrero de 2009.
Fecha de aprobado: 26 de febrero de 2010.

Key words: conscious sedation; intensive care units; respiration artificial.

Estar sem sedação, é saber que um está vivo

■ Resumen ■

Objetivo: descrever a experiência dos pacientes que têm estado submetidos a ventilação mecânica sem efeitos de sedação contínua em Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). **Metodologia:** investigação qualitativa com enfoque fenomenológico, realizada em 2006 no município de Rionegro, Antioquia, Colômbia; fizeram-se entrevistas a profundidade a seis homens e três mulheres com idades entre 24 e 48 anos de idade que contaram com as condições físicas e mentais para poder participar no estudo. **Resultados:** não ter recebido sedação durante a estadia na UCI foi associada pelos pacientes com uma menor gravidade da doença e risco de morte; o estar despertos lhes permitiu participar em seu próprio processo de doença e colaborar com o tratamento. **Conclusão:** os pacientes participantes valorizaram positivamente a experiência de estar submetido a ventilação mecânica sem efeitos de sedação.

Palavras chaves: sedação consciente; unidades de terapia intensiva; respiração artificial.

Introducción

Los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo (UCI), con frecuencia, para salvar la vida, necesitan tratamientos y monitoría: la intubación traqueal, ventilación mecánica, soporte dialítico, asistencia ventricular y dispositivos intravenosos centrales. Hoy en día, con tecnología que brinda cada vez más confort, las dosis de sedoanalgésicos requeridas por los pacientes son cada vez menores.¹

La ventilación mecánica es uno de los pilares fundamentales del cuidado en UCI. Su fin es sustituir o apoyar la función respiratoria, y disminuir el esfuerzo cardiaco en casos de empeoramiento hemodinámico, por medio de aparatos mecánicos. Tradicionalmente, en la UCI se utiliza la sedación continua en pacientes con ventilación mecánica, con el propósito de inhibir su centro respiratorio, conseguir la adaptación al ventilador, aliviar o disminuir el dolor y la ansiedad, mejorar la comodidad general, manteniendo la posición y aumentando la tolerancia a la vía aérea artificial, y facilitar el sueño y la ejecución de los procedimientos.²

Aunque es importante conocer los acercamientos no farmacológicos, tales como el confort en cama y la comunicación verbal, la necesidad de sedantes ha configurado éste como uno de los grupos farmacológicos más utilizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, junto con los antibióticos y los inhibidores de la bomba de protones (anti H2). De allí la gran importancia del conocimiento de la sedación, los objetivos que persigue, los métodos idóneos para su empleo y la adecuada elección de los fármacos.

La sedación es definida como la inducción de un estado relajado y tranquilo, libre de ansiedad. Es un término vago que cubre una variedad de estados, tales como la pérdida de conciencia y la falta de respuesta.² Hay muchas indicaciones para la administración de sedantes a los pacientes mecánicamente ventilados, principalmente relacionadas con las actividades de enfermería: la aspiración de la vía aérea, los cambios de posición, el baño y los cambios de ropa, para brindar confort y evitar el dolor y la ansiedad. La amnesia se cita a menudo como una razón para sedar un paciente mecánicamente ventilado. Se

aduce que la sedación promueve cierto grado de comodidad y disminución del malestar que trae consigo la hospitalización en UCI;³ sin embargo, la amnesia completa por períodos de tiempo prolongado, durante la ventilación en la UCI, no ha demostrado ventajas; al contrario, algunos datos sugieren que puede ser perjudicial para la recuperación neuropsíquica, a largo plazo, de la enfermedad crítica.⁴

En los últimos años, se han dado a conocer varios estudios clínicos, como los realizados por Schweickert⁵, y Hogarth,⁶ para investigar los efectos, tanto de la sedación en infusión continua como cuando es interrumpida, en pacientes ventilados mecánicamente. Ambos estudios coinciden en que una interrupción de la infusión de sedación en los pacientes ocasiona una disminución en los días de uso de ventilador y, por ende, son menores el riesgo de infección nosocomial y los días de permanencia en la UCI. También algunas enfermeras se han interesado por los efectos de la sedación en infusión continua. Acosta y Delgado⁷ realizaron un estudio en el cual analizaron el despertar de 37 pacientes en la UCI, tras el retiro de la sedación continua. Encontraron desorientación en el tiempo y el espacio, un nivel de ansiedad elevado y bajo grado de colaboración. La estabilización del nivel de ansiedad sólo se logró 20 horas después de suspender la sedación.

Otros autores plantean que la sedación continua interfiere en la valoración neurológica del paciente, produce depresión respiratoria, alteraciones a nivel cardiovascular y dificultades en la desconexión del ventilador, aumentando los días de hospitalización, debido a que interacciona con otras drogas y potencia sus efectos adversos.⁴ No se puede desconocer que una de las principales causas de agitación en el paciente con ventilación es el dolor, y la evaluación de la analgesia es una parte importante de su evaluación continua e integral.

La situación descrita exige a la enfermera de la UCI tener los conocimientos necesarios, para brindar el cuidado con un enfoque fisiopatológico, tecnológico y psicológico, e implementar

planes de cuidado acordes a las necesidades sentidas y expresadas por cada paciente. Como se mencionó antes, tanto las ventajas como las desventajas fisiopatológicas de la sedación continua en pacientes ventilados, están documentadas y validadas en la literatura científica; sin embargo, existe poca información acerca de la percepción que tiene el paciente de esta experiencia y su impacto psicosocial. Con este artículo se pretende ilustrar cuál fue la experiencia de los pacientes en la UCI, mientras se encontraban despiertos, con la capacidad de ver, oír y sentir lo que pasaba a su alrededor, pero sin poder hablar, ni moverse mucho, dada la disposición orotraqueal del tubo para la ventilación mecánica.

Para la enfermera es importante reconocer esta experiencia desde el punto de vista del paciente; los resultados del estudio aportan a la disciplina de enfermería una base conceptual para ampliar los conocimientos, además de reevaluar los cuidados ya establecidos y plantear enfoques en el cuidado.

Metodología

Con el fin de estudiar la experiencia de estar críticamente enfermo con vía aérea artificial y sin sedación, se realizó esta investigación cualitativa, de tipo fenomenológico. Según Coffey y Atkinson,⁸ este acercamiento metodológico es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como disciplina y como profesión con proyección social, en la cual el cuidado es el objeto de estudio y de trabajo, y el ser humano, en sus dimensiones individuales y colectivas, el sujeto del cuidado. Lincoln⁹ pone de manifiesto que la metodología cualitativa intenta capturar el fenómeno de manera holística, entenderlo y comprenderlo en su contexto. El abordaje fenomenológico es definido por Morse¹⁰ como la comprensión o el conocimiento en profundidad de un fenómeno o localidad a partir de la vivencia, hasta llegar a la esencia de la experien-

cia del participante y de las relaciones entre las experiencias.

En este estudio y teniendo en cuenta los anteriores planteamientos, se pretende explorar la experiencia subjetiva de los pacientes en estado crítico, para describir los significados que ellos le otorgan al hecho de estar conectados a un ventilador mecánico, sin efectos de sedación, como tratamiento para suplir sus necesidades de oxigenación. Para la selección de los participantes se realizó un muestreo teórico. Éste es un tipo de muestreo con propósito, para seleccionar los lugares, personas o acontecimientos que ofrezcan las máximas oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y enriquezcan las categorías de análisis en términos de sus propiedades y dimensiones.^{11,12} Fueron los criterios de inclusión: que fueran personas adultas, que hubiesen vivido las experiencias de hospitalización en UCI y ventilación mecánica sin sedación continua, que contaran con las condiciones físicas y mentales para ser entrevistadas y que aceptaran participar en el estudio. Se contó con la colaboración del grupo de enfermeras de la UCI, quienes brindaron información para ubicar a cada uno de los participantes del estudio.

A cada participante se le explicaron los objetivos del estudio y la metodología escogida, para luego firmar el consentimiento informado o dar su consentimiento verbal. Cada uno pudo decidir si aceptaba participar en el estudio, en un acto voluntario y sin ofrecer remuneraciones económicas ni de otro tipo. Tampoco se ejerció ningún tipo de presión o coacción por parte del investigador, quien dio a conocer que la entrevista terminaría en el momento que ellos lo decidieran. Todas las entrevistas se llevaron a cabo sin contratiempos. Se protegió la privacidad de los participantes y la confidencialidad de su información evitando el uso de nombres propios, para lo cual se diseñó un sistema de numeración que identificara cada una de las entrevistas. Como la investigación partió de la comprensión y el diálogo, no requirió procedimientos de intervención ni experimentales, ni implicó riesgos para los participantes.

El único momento de interacción con el paciente fue el de la entrevista.

Para la recolección de la información se llevó a cabo una entrevista en profundidad, con el propósito de esclarecer la experiencia subjetiva por medio de la interacción directa con el paciente e intentar construir significados e interpretaciones en el contexto de la conversación.¹³ Cada entrevista partió de una pregunta central acerca de lo que significó para ellos la experiencia y tuvo una duración de entre 40 y 60 minutos. Los encuentros se dieron entre los meses de junio y septiembre del 2006, en la UCI o en el servicio de hospitalización, y en todos los casos los pacientes mostraron buena disposición para el desarrollo de la misma. Se respetó la autonomía del participante para dar por terminada la entrevista en el momento que así lo indicara. El análisis de la información se hizo en forma manual, desde el momento en el que se realizó la entrevista, tal como lo recomiendan Cohen, Kahn y Steeves.¹⁴ Inicialmente se transcribió la entrevista de manera fiel, inmediatamente después de realizarla y sin omitir las frases o expresiones del participante dentro de su contexto; luego se comparó con la grabación y se guardó en papel y en medio electrónico. Posteriormente se hizo la inmersión en los datos y se leyó línea por línea cada una de las entrevistas. La interpretación inicial arrojó los aspectos generales que resaltó el participante; siguió la codificación, el análisis y la transformación de éstos en datos significativos.

Se etiquetaron los temas en un registro adicional, con el número de la entrevista y la página de la cual fue extraído, también con el número de consecutivo respectivo, para poder ubicar de manera precisa de dónde fueron tomados los apartes de la entrevista. Los datos relevantes se desarrollaron dentro de un marco conceptual que explica el fenómeno descrito por el participante.¹⁴ Su interpretación muestra el punto de vista de los participantes y la profundidad que el investigador le dio a cada uno de los hallazgos; refleja la realidad pero respetando lo expresado por los participantes.

Para valorar la capacidad de comunicación e interacción del investigador con el paciente se efectuaron dos entrevistas preliminares; también se evaluaron las preguntas, para identificar aquellas que generaran respuestas que enriquecieran posteriormente el análisis. La revisión de los hallazgos por expertos contribuyó a estimar en qué medida los procedimientos utilizados se ajustan a la realidad del objeto de estudio y favorecen su replicabilidad.

Resultados

Participaron en el estudio nueve personas: seis hombres y tres mujeres. Su escolaridad se inscribió entre primaria y secundaria. El paciente de menos edad tenía 23 años y el mayor, 48. En ocho de los casos se trataba de su primera hospitalización en una UCI. El promedio de permanencia hospitalaria fue de seis días, y todos estuvieron conectados a un ventilador mecánico. El tiempo transcurrido desde el momento de la hospitalización en UCI hasta la entrevista fue de alrededor de ocho días y sólo en uno de los participantes fue de 50 días. El abordaje de cada uno de los participantes se dio de dos a ocho días posex tubación, es decir, después de haberse retirado la vía aérea artificial. Cinco de ellos se encontraban en el servicio de hospitalización y cuatro en la unidad de cuidados intensivos. Según ellos, la experiencia de contar con una vía aérea artificial sin efectos de sedación no fue una elección propia, y hubiera sido mejor no pasar por ella. La describieron como algo *“terrible, incómoda, fastidiosa, maluca y tremenda”*, por lo mismo *“inolvidable y única”*. El hecho de estar sin sedación les permitió ver la realidad de todo lo que ocurre alrededor, comunicarse con su familia y con el equipo de salud y, en algunos casos, participar de la terapia respiratoria y física.

Saber que uno está vivo. La UCI se configura como una dependencia de algunas instituciones de salud que prestan servicios de alta compleji-

dad, donde es remitido el paciente grave, considerado *“crítico”*.¹⁵ Algunas causas fisiológicas, como los traumas, las alteraciones metabólicas y el desequilibrio ácido-básico, llevan a los pacientes al estado de inconsciencia, y al despertar, se encuentran en un ambiente totalmente desconocido como es la unidad de cuidados intensivos.

Esta connotación de gravedad no es ajena a los pacientes que conservan su capacidad neurológica para entenderlo, y mucho menos para su familia; para ellos, estar vivo no es lo mismo que sentirse vivo, esto se ve representado en los discursos que plantean la relación circunstancial entre la muerte y el estar dormido: estar dormido es estar como muerto, no sólo porque no se es consciente del entorno, lo que determina su incapacidad para participar del proceso, sino porque se trata de un *“tiempo perdido”*, tiempo en el que, para bien o para mal, no tuvieron vida: *“Porque uno despierto siente y sufre, pero sabe que está vivo”* (E9), *“El estar despierto es bueno”* (E5), *“No, definitivamente es mejor estar sin sedación porque si una persona está dormida, grave, es como estar muerto”* (E9), *“La otra vez sí estuve inconsciente. No me di cuenta de nada. Era como estar entre la vida y la muerte”* (E7).

Saber lo que ocurre. Estar despierto es estar vivo, y el hecho de sentirse vivo justifica el dolor, producto, muchas veces, de los cuidados que brinda el personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos para lograr una recuperación del estado de salud. El concepto anterior es conocido como dolor infligido y fue introducido por Madjar¹⁶ en el año 1999; así pues, más allá de todas las incomodidades que ocasiona el acúmulo de dispositivos alojados en los pacientes, saberse dueños de su día a día los fortalece física, psicológica y espiritualmente; además, es una oportunidad para que cada uno utilice, de manera óptima, sus recursos para salir lo mejor librado posible de esta experiencia. Entre esos recursos tenemos las instalaciones físicas y el aprovechamiento de las relaciones con los familiares, con el equipo de salud y con personas cercanas, con las que interactúan cuando están despiertos.

En este proceso de enfermedad, más que en cualquier otra instancia de la vida, se exalta el poder de estas relaciones como herramienta terapéutica: *“Despierta, bueno, porque me daba cuenta de todo lo que pasaba... Darme cuenta de todo es lo mejor... Yo era consciente de todo lo que vivía y me hacían”* (E1), *“Sedado no me hubiera dado cuenta de nada, no hubiera visto lo que me estaba pasando, ni me hubiera enterado de lo que la visita me hubiera contado. Es mejor despierto: va uno a la segura, se da cuenta de todo. Ahora, que estuve [despierto], me di cuenta de todo”* (E8).

Uno de los participantes compara la experiencia de estar ventilado mecánicamente, sin efectos de sedación continua, con otra experiencia previa, en la cual estuvo sometido a sedación continua; considera que la experiencia sin sedación fue mejor porque haber estado sedado permanentemente hubiera significado para él cercanía con la muerte: *“La otra vez que estuve [en cuidado intensivo] me sedaron, estuve inconsciente, no me di cuenta de nada, era como estar en: vives o mueres”* (E7).

En contraste, para uno de los participantes estar despierto y poder darse cuenta de todo aquello que pasa a su alrededor, fue una experiencia “dura”, porque pudo percibir los elementos terapéuticos invasivos que le habían instalado, como la vía aérea artificial que, a pesar de ser reconocida como un procedimiento necesario, no deja de ser incómoda: *“Fue duro estar despierto”* (E5), *“Despierta me daba cuenta de todo, que tenía el tubo y lo dominaba, pero eso fue una experiencia muy dura”* (E2).

Participar en el tratamiento. En la práctica de enfermería en la UCI es frecuente encontrar que los pacientes, por su estado de salud y por los efectos de la sedación, no puedan participar en la terapia; pero la situación a la que se enfrentan cuando están despiertos es totalmente diferente porque, si su estado de salud lo permite, ellos pueden involucrarse en su propio cuidado y conocer cada uno de los tratamientos, espe-

cialmente las terapias encaminadas a su pronta recuperación. Los participantes reconocen los catéteres, las bombas de infusión y otros equipos, como indicadores de gravedad: a mayor número de equipos a su alrededor, mayor es su preocupación y la de sus familias. Por esa razón, despiertos se sienten más seguros, porque tienen algún grado de control sobre la situación, participan activamente en su evolución y bienestar y se motivan con los resultados obtenidos.

Ellos interpretan la cantidad de elementos retirados como signo de recuperación. Participar en el tratamiento hace la recuperación más rápida: *“Si yo colaboraba, más ligero me quitaban todos esos aparatos y más ligero me aliviaba y me daban de alta para (el servicio de) hospitalización, y era por el bien mío”* (E4), *“Colaboraba con todos; las niñas terapeutas llegaban, me hacían las terapias y yo les colaboraba en lo que pedían. Todo lo hacía perfectamente”* (E1), y: *“Uno, respirando por esa máquina, se puede ayudar si es avisado”* (E9).

La palabra “avisado” se refiere a las capacidades cognitivas para identificar, de manera rápida, lo que ocurre alrededor, y analizar cómo puede dar respuesta a sus necesidades. Por estas razones, los participantes consideran que conservar la conciencia es una fortaleza, pues no es posible interactuar mientras se encuentran sedados, dormidos o inconscientes.

Aprender de la experiencia. El aprendizaje es el proceso de adquirir conocimientos, habilidades, actitudes o valores a través del estudio, la experiencia o la enseñanza; se define técnicamente como un cambio relativamente estable en la conducta del sujeto, como resultado de la experiencia, que se produce por el establecimiento de asociaciones entre estímulos y respuestas.¹⁷ El ser humano tiene la disposición de aprender sólo aquello a lo que le encuentra sentido o lógica, y tiende a rechazar aquello a lo que no le encuentra sentido. El auténtico aprendizaje es el aprendizaje significativo, con sentido. Cualquier otro será puramente mecánico, memorístico, coyuntural:

aprendizaje para aprobar un examen, para ganar la materia, etc. El aprendizaje significativo es un relacional; el sentido lo da la relación que se establece entre el nuevo conocimiento y los conocimientos anteriores, las situaciones cotidianas, la propia experiencia o las situaciones reales.¹⁸

Uno de los puntos más interesantes dentro de todo este proceso, es el aprendizaje a partir de la vivencia, de la percepción de cada individuo y no a partir de los relatos de los demás. En este sentido, los pacientes que han sido ventilados con sedación continua, o sea, que han permanecido en estado de inconsciencia, no han podido conocer y percibir su proceso, más que como el acúmulo de experiencias ajenas narradas desde afuera, vistas por otros ojos, vividas con otros sentimientos y desde otras creencias. La amnesia se cita a menudo como una razón, y consecuencia de la sedación del paciente mecánicamente ventilado. Sin embargo, la amnesia completa por períodos de tiempo prolongado, durante la ventilación en la UCI, nunca ha demostrado ventajas. De aquí que el aprendizaje del paciente no sea sólido, ni muy representativo y, por ende, es poco productivo con respecto a la modificación consciente de estilos de ser, pensar o hacer: *“Pero uno, estando despierto, dándose cuenta de todas las cosas, aprende que si lo vuelve a coger otra enfermedad, ya sabe cómo afrontar las cosas”* (E3), *“Para mí fue muy bueno, ... , y prácticamente voy saliendo de mi enfermedad hacia delante sin perder el conocimiento en ningún momento”* (E4).

Discusión

Los participantes en este estudio recalcan que haber vivido la experiencia sin efectos de sedación es “saber que uno está vivo”; establecen una comparación entre estar despierto y estar sedado y se refieren a la sedación como un estado en el cual se pierde el contacto con el mundo exterior y, por ende, el control sobre la situación, reduciendo la experiencia a los recuentos que otras personas

puedan hacer o a los recuerdos de los momentos de lucidez. Algunas situaciones inherentes a los procesos de enfermedad que viven los pacientes en estado crítico, les impiden rememorar la experiencia en detalle, sea por la administración de sedantes o por la misma enfermedad. Granja¹⁹ documenta en su estudio que algunos pacientes no pudieron participar directamente del cuestionario porque presentaron amnesia total sobre su estancia en la UCI, ya que les fueron aplicados sedantes hipnóticos por tiempo prolongado. Por su parte Capuzzo²⁰, en un estudio con 109 participantes, examinó la relación entre la memoria y la enfermedad durante la permanencia en la UCI y encontró que los pacientes con infecciones presentaron delusiones (creencias falsas que consideran verdaderas, y de las cuales está totalmente convencido). Esto se explica por la infección, causa más frecuente de encefalopatía, en la cual los pacientes no tienen ningún tipo de recuerdo.

Los participantes destacan la importancia de no haber recibido sedación durante su estancia en la UCI porque para ellos, sedación, gravedad de la enfermedad y muerte son conceptos asociados. Consideran que estar despiertos les permitió participar en el propio proceso de enfermedad, colaborar con el tratamiento, y lograr así un aprendizaje valioso. Estar despiertos, “saber lo que pasa” les permite tener algún control sobre la situación y mayor autonomía, dos conceptos a los que se refiere Tutton²¹; además les posibilita la comodidad física, emocional y espiritual; contribuye a identificar qué tenían y qué necesitaban o podrían conseguir en el momento que lo desearan, influir sobre la situación presionando al equipo de salud a responder a sus necesidades inmediatas, y lograr un acercamiento individualizado en el cuidado. Muchos de los participantes intervinieron en su propio cuidado, a lo cual define Orem²² como la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron describir uno de los aspectos más significativos para los participantes: la importancia de ser

escuchados, de disponer de los medios para la comunicación no verbal, especialmente la escritura y las señales, las cuales se deben tener en cuenta a la hora de plantear diagnósticos y estrategias de cuidado específicas. Los pacientes deben ser protagonistas en su proceso de recuperación.

Así pues, un paciente hospitalizado en una UCI, conectado a un ventilador, sin los efectos de la sedación continua, y en un estado cognitivo que le permita conocer, integrar y hacer un análisis de la situación, proporciona valiosa información al personal de enfermería para su propio cuidado, abre los canales de comunicación y día a día se fortalece la interacción. Esta relación transforma el cuidado en un proceso certero, humanizado y de calidad.

Es muy importante que el profesional de Enfermería ayude al paciente brindándole las mejores condiciones de vida, o a tener una muerte digna. Por eso, sus relaciones con los pacientes deben ser abiertas, sinceras y saludables, que emerjan del reconocimiento de la dignidad y necesidad del ser cuidado, el amor y el respeto que nosotros como personas profesionales les debemos.


Se puede afirmar, como conclusión, que los pacientes participantes valoraron positivamente la experiencia de estar sometido a ventilación mecánica sin efectos de sedación.

Referencias

1. Hurtado CJ, Oliveros H, Acosta C, Avila S, Birchenall C, Celis E, et al. I Consenso de sedación, analgesia y relajación neuromuscular en cuidado intensivo. *Act Col Inten.* 2007;10: 43-79.
2. Chávez GO, Mendoza M, Guedez R, Zavala M, Lazorza C. Sedación en pacientes en ventilación mecánica. *Medicrit* [Internet]. 2005 [acceso 2006 Sep 11]; 2(4) [49-54]. Disponible En: http://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=128&id_ejemplar=3207
3. Van de Leur JP, Van der Schans CP, Loef BG, Delman BG, Geertzen JH, Zwaveling JH. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Crit Care.* 2004; 8(6):R467-R473.
4. Kress JP, Hall JB. Sedation in the mechanically ventilated patient. *Crit Care Med.* 2006; 34(10):2541-46.
5. Scheweickert WD, Gehlbach BK, Pohlman AS, Hall JB, Kress JP. Daily interruption of sedative infusions and complications of critical illness in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med.* 2004;32(6): 1272 -76.
6. Hogarth DK, Hall J. Management of sedation in mechanically ventilated patients. *Curr Opin Crit Care.* 2004;10(1):40-46.
7. Acosta B, Delgado P, Mirabete I, Sola A. El despertar en intensivos tras sedación continua prolongada. *Enferm Intensiva.* 1998;9(3):94-101.
8. Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 145.
9. Lincoln I. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Invest Educ Enferm.* 1997; 15(2):57- 69.
10. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.447.
11. Strauss A, Corbin J. Bases de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2002. p.220.
12. De la Cuesta C. Cuidado artesanal: la invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2004. p.38.
13. Cisneros Puebla C, Faux R, Mey G. Qualitative researchers—stories told, stories shared: the storied nature of qualitative research. An introduction to the special issue: FQS interviews. An Introduction to the Special Issue: FQS Interviews I. *FQS* [Internet]. 2004 Sep [acceso 2007 Jul 12];5(3). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-04/04-3-37-s.pdf>.
14. Cohen M, Kahn D, Steeves R. Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse research. California: Sage publications; 2000. p.114.
15. Paladino MA. El paciente crítico sometido a cirugía. Anestesia web [Internet]. [Acceso 2007 May 8]; Disponible en: http://anestesiaweb.ens.uabc.mx/articulos/anestesia_reanimacion/paciente_critico/sometido_cirugia.htm
16. Madjar I. Infligir y manejar el dolor. Un desafío para enfermería. *Invest Educ Enferm.* 2000;18(1):37-47.

17. Nelly WA. Psicología de la educación. Madrid: Morata: 1975.
18. Ausubel D, Novak J, Hanesian H. Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo. Mexico: Trillas; 1.983. p. 18.
19. Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A. Patient's recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. Crit Care. 2005;9(2):96-109.
20. Capuzzo M, Valpondi V, Cingolani E, De Luca S, Giantefani G, Grassi L et al. Application of the Italian version of the intensive care unit memory tool in the clinical setting. Crit Care. 2004;8(1):48-55.
21. Tutton E, Seers K. An exploration of the concept of comfort. J Clin Nurs. 2003; 12(5):689-696.
22. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson, 1993. p. 131.

ANEC
ASOCIACIÓN NACIONAL
DE ENFERMERAS DE COLOMBIA
SECCIONAL ANTIOQUIA



UNIDAD Y TRABAJO GREMIAL
Añanzamiento científico y técnico
Identidad profesional e investigativa
Mejoramiento de condiciones sociales y de trabajo

Dirección: Carrera 67 N.º 42-104, Barrio San
Joaquín. Medellín, Colombia
PBX: (0574) 230 27 67, Fax: 2304030
Correo electrónico: anec.antioquia@une.net.co