

**DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PILOTO DE ENFERMERÍA PARA LA
COMUNICACIÓN CON PACIENTES QUE PRESENTAN DIFICULTAD PARA
LA EXPRESIÓN ORAL, HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**YOLIMA MANRIQUE ANAYA
MARIA ISABEL GUERRA
CLAUDIA GODOY**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADO
CRÍTICO
BUCARAMANGA
2007**

**DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PILOTO DE ENFERMERÍA PARA LA
COMUNICACIÓN CON PACIENTES QUE PRESENTAN DIFICULTAD PARA
LA EXPRESIÓN ORAL, HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**YOLIMA MANRIQUE ANAYA
MARIA ISABEL GUERRA
CLAUDIA GODOY**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Atención de Enfermería en Cuidado Crítico**

**Asesora:
OLGA LUCÍA CORTES
Enfermera**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADO
CRÍTICO
BUCARAMANGA
2007**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. MARCO TEÓRICO	14
1.1 ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?	14
1.2 ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE COMUNICACIÓN?	16
1.2.1 Comunicación no verbal.	18
1.3 ¿CUÁL ES EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL CUIDADO DE PACIENTES CON DIFICULTAD PARA LA COMUNICACION?	21
1.4 EVIDENCIAS CIENTÍFICAS	22
2. METODOLOGÍA	26
2.1 TIPO DE ESTUDIO	26
2.2 OBJETIVOS	26
2.2.1 Objetivo general.	26
2.2.2 Objetivos específicos.	26
2.3 FASES DE CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO	27
2.3.1 Fase 1.	27
2.3.2 Fase 2.	30
2.3.3 Fase 3.	32
2.3.4 Fase 4.	32
2.3.5 Elaboración del instructivo.	33
2.4 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	33
2.4.1 Universo.	33
2.4.2 Muestra.	33
2.4.3 Criterios de inclusión.	34
2.4.4 Criterios de exclusión.	34

2.4.5 Formato final.	35
2.5 ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS	36
2.6 CONTROL DE SESGOS	37
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
3. RESULTADOS	39
3.1 DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES EXPUESTAS	39
3.2 DESCRIPCIÓN DE LA DEMOGRAFÍA	39
3.3 DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES PRIORITARIAS	40
3.4 OTRAS NECESIDADES	40
4. CONCLUSIONES – SUGERENCIAS	42
5. LIMITACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	48

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. FORMATO 1: FORMATO PRELIMINAR PARA PROFESIONALES EXPERTOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	49
ANEXO B. FORMATO 2: MODO PRELIMINAR DE APLICACIÓN DEL INSTRUCTIVO	52
ANEXO C. FORMATO 3: INSTRUCTIVO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
ANEXO D. FORMATO 4: INSTRUCTIVO FINAL DE COMUNICACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS	55
ANEXO E. FORMATO 5: ESCALA DE ROSTROS DE DOLOR	57
ANEXO F. TABLA 1: COMPARACIÓN DE NECESIDADES DEL PACIENTE	58
ANEXO G. TABLA 2: FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS	59
ANEXO H. TABLA 3: FRECUENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS DE PACIENTES EN LA UCI	60
ANEXO I. TABLA 4: OTRAS NECESIDADES	61
ANEXO J. DIBUJO 1: INSTRUCTIVO PRELIMINAR DE NECESIDADES BÁSICAS	62
ANEXO K. DIBUJO 2: INSTRUCTIVO PILOTO DE COMUNICACIÓN NO VERBAL	64
ANEXO L. LETRAS DEL ABECEDARIO	65

RESUMEN

TÍTULO: DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PILOTO DE ENFERMERÍA PARA LA COMUNICACIÓN CON PACIENTES QUE PRESENTAN DIFICULTAD PARA LA EXPRESIÓN ORAL, HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS *

AUTORES: MANRIQUE ANAYA, Yolima; GUERRA, María Isabel; y, GODOY, Claudia **

PALABRAS CLAVES: Comunicación no verbal, días de hospitalización, horas de intubación

DESCRIPCIÓN:

La comunicación en el área clínica con pacientes que poseen dificultad para la comunicación verbal es un área aún no explorada del cuidado de enfermería, es así como el enfermero debe ser capaz de iniciar y reestablecer una comunicación efectiva, tanto verbal como no verbal, con sus pacientes o individuos a quienes les proporciona un cuidado.

Objetivos: Diseñar un instrumento piloto de enfermería para la comunicación con pacientes que presentan dificultad para la expresión oral, hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos.

Metodología: Estudio descriptivo, que pretendió identificar necesidades de las personas que poseen barreras físicas, las cuales les impide tener una comunicación verbal.

Población de estudio: Pacientes hospitalizados en cuidados intensivos intubados o con traqueostomía por más de dos horas y con Glasgow 10/10, sin enfermedades o compromiso mental. En edades comprendidas entre 18 y 70 años.

Resultados: Se analizaron en total 97 muestras, observándose una edad promedio de 46 años de edad y género masculino (69.1%). Los diagnósticos médicos más frecuentes observados en los pacientes hospitalizados en UCI fueron: Revascularización miocárdica (12%), politraumatismo (10%), trauma craneoencefálico (6%), los menos frecuentes fueron: shock séptico (4%) y pos-operatorio de cambio vascular aórtico (5%).

El promedio de hospitalización de los pacientes observados fue de 3.5 días en cuidados intensivos; en general, el promedio de días con traqueostomía o tubo orotraqueal fue de 3.5 días, también.

Las necesidades observadas en este grupo de pacientes que nos permitieron mejorar el instrumento se describen a continuación: identificamos que la “sed” fue la necesidad más frecuente consultada por los pacientes (50%), siguiendo el dolor con una frecuencia de 45%, cambios de posición y deseo de defecación (38%), teniendo en cuenta que un paciente puede presentar más de una necesidad. Otras necesidades presentadas por los pacientes en el estudio fueron: molestia con el tubo orotraqueal (58%), necesidad de conocimiento acerca de su patología y evolución (44%) y, por último, expresan la necesidad de comunicación con algún miembro de su familia (28%).

Conclusiones: El instrumento piloto final presenta la forma idónea de abarcar un paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos con tubo orotraqueal o traqueostomía, cuenta con dibujos simples, tipo caricatura, tomando como referencia las señales internacionales usadas en los centros hospitalarios; además, el instrumento puede ser modificado teniendo en cuenta las necesidades de cuidado del paciente acorde con la patología o procedimiento que se le ha realizado al paciente.

Se plantea la necesidad de realizarle al formato una validación que permitiría la mejora en la planeación de cuidados por parte del grupo de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Salud. Escuela de Enfermería. Especialización en Atención de Enfermería en Cuidado Crítico. Olga Lucía Cortes

ABSTRACT

TITLE: DESIGN OF AN INSTRUMENT PILOT OF NURSING FOR THE COMMUNICATION WITH PATIENTS THAT PRESENT DIFFICULTY FOR THE ORAL EXPRESSION, HOSPITALIZED IN UNITS OF INTENSIVE CARES *

AUTHORS: MANRIQUE ANAYA, Yolima; GUERRA, María Isabel; y, GODOY, Claudia **

KEY WORDS: Non verbal communication, days of hospitalization, hours of intubation

DESCRIPTION:

The communication in the clinical area with patients that possess difficulty for the verbal communication is even not an area explored of the nursing care, it is as well as the male nurse should be able to begin and to reestablish an effective communication, so much verbal as not verbal, with his patients or individuals to who it provides them a care.

Objectives: To design an instrument nursing pilot for the communication with patients that present difficulty for the oral expression, hospitalized in Units of Intensive Cares.

Methodology: Study descriptive that sought to identify people's necessities that possess physical barriers, which it prevents them to have a verbal communication.

Study population: Patients hospitalized in cares intensive with intubation or with traqueostomy for more than two hours and with Glasgow 10/10, without illnesses or mental commitment. In ages understood between 18 and 70 years.

Results: They were analyzed in total 97 samples, being observed an age 46 year-old average and masculine gender (69.1%). The most frequent medical diagnoses observed in the patients hospitalized in UIC were: Miocardic revascularization (12%), politraumatism (10%), craneoencefalic trauma (6%), the less frequent ones were: septic shock (4%) and later-operative of aortic vascular change (5%).

The average of the observed patients' hospitalization was of 3.5 days in intensive cares; in general, the average of days with traqueostomy or tube orotraqueal was of 3.5 days, also.

The necessities observed in this group of patients that its allowed to improve the instrument are described next: we identify that the "thirst" it was the most frequent necessity consulted by the patients (50%), following the pain with a frequency of 45%, position changes and defecation desire (38%), keeping in mind that a patient can present more than a necessity. Other necessities presented by the patients in the study were: nuisance with the tube orotraqueal (58%), necessity of knowledge about their pathology and evolution (44%) and, lastly, they express the communication necessity with some member of their family (28%).

Conclusions: The instrument pilot end presents the suitable form of embracing a patient of the Unit of Intensive Cares with tube orotraqueal or traqueostomy, it has simple drawings, type cartoon, taking as reference the international signs used in the hospital centers; also, the instrument can be modified keeping in mind the necessities of the in agreement patient's care with the pathology or procedure that he/she has been carried out the patient.

Its thinks about the necessity to carry out to the format a validation that would allow the improvement in the planning of cares on the part of the nursing group in the Unit of Intensive Cares.

* Work of Grade

** Faculty of Health. School of Nursing. Specialization in Attention of Nursing in Critical Care. Olga Lucía Cortes

INTRODUCCIÓN

La comunicación es un proceso esencial en la vida del hombre, donde existe la participación de una serie de elementos: la fuente, el mensaje; el codificador, el canal, con los cuales una persona transmite a otros pensamientos, sentimientos e ideas; Ribeiro, L. (1997). La comunicación puede presentar barreras determinadas por diferentes factores que obstaculizan el logro de este proceso denominado por algunos autores, “un arte”.

El desarrollo de la comunicación verbal y no verbal es el pilar fundamental de las actividades de enfermería, pues de esta depende la atención, cuidados y el resultado de los mismos. Algunas teorías de enfermería se fundamentan en las bases filosóficas de la comunicación que debe existir entre enfermera y paciente. Para Parse, la comunicación ayuda a la persona a ser consciente de sí misma y para Orem, la comunicación favorece el mantenimiento de una relación afectiva que permite el logro de los objetivos de enfermería. Otra teorista en enfermería como Newman, expresa que la comunicación facilita el inicio de la relación con el paciente en donde surge la empatía previa antes del inicio de cualquier intervención. [1]

Otros como por ejemplo Certero, A (1999), quien ha trabajado en las teorías de la comunicación no verbal señala que la comunicación no verbal se realiza a través de multitud de signos de gran variedad tales como las Imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas), los sonidos, los gestos, y los movimientos corporales". Estos signos y elementos se utilizan de manera conjunta manteniendo así una relación armónica dentro de la comunicación verbal para permitir la llegada efectiva e integración del mensaje al receptor. Estos signos además son reguladores del proceso de comunicación, pues

también pueden permitir la ampliación o la reducción del significado del mensaje y generalmente, cumple con un mayor número de funciones que la verbal, pues lo acompaña, completa, modifica o sustituye en ocasiones. [2]

La (el) enfermero debe ser capaz de iniciar y reestablecer una comunicación efectiva tanto verbal como no verbal con sus pacientes o individuos a quienes les proporciona cuidado. Así mismo debe ser conocedor de las consecuencias y problemas relacionados con las fallas y barreras en la comunicación. Las barreras para la comunicación son impedimentos que dificultan la libertad de acceso y comunicación entre las personas, más aún cuando existe una limitación de parte del receptor (paciente). Este es el caso de algunos pacientes que aunque poseen plena facultad para la comunicación, se ven avocados a una limitación en la comunicación como consecuencia de la aplicación de instrumento de cuidado o inserción de aparatos médicos. Estos individuos adquieren una limitación temporal para la comunicación verbal. Por ejemplo pacientes que por sus necesidades inmediatas requieren la inserción de un tubo orotraqueal o la inserción de una cánula de traqueostomía, limitando así su relación con el entorno. Estos pacientes se comunican por medio de movimientos de cabeza, gestos, palabras monosílabas y por medio de la comunicación escrita para manifestar sus necesidades [2].

Las formas de comunicación tanto verbal como no verbal más utilizadas son las expresiones faciales, contacto visual y gestos, las cuales facilitan la relación con el enfermo en recuperación inmediata. Estas expresiones reflejan interés y diligencia para ayudarlo, durante los momentos en que trasmita señales que denoten preocupación por su condición, en especial en pacientes que se encuentran en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) donde se les aparta de su medio habitual, privándose total o parcialmente de sus puntos de apoyo necesarios para el desarrollo de sus necesidades básicas.

Las situaciones estresantes en la UCI dependen de aspectos de origen fisiológico, sociopsicológico y de orden ambiental. Los agentes fisiológicos más frecuentes son los producidos por el dolor, o secundario a la realización de actividades terapéutica con pacientes de cuidado crítico, como por ejemplo la colocación de múltiples catéteres, drenajes e intubación orotraqueal para proporcionar soporte y alteraciones fisiológicas derivadas del ingreso en UCI (inmovilidad, insomnio, confusión, etc.), lo que conlleva a problemas de comunicación. Los agentes ambientales se derivan directamente del medio donde se realiza la atención al paciente crítico, los más habituales son: el aparataje, el excesivo ruido durante todo el día, la excesiva luz, los olores, las conversaciones del equipo al lado de la cama del paciente y la ausencia de privacidad [3].

La comunicación en el área clínica con pacientes que poseen dificultad para la comunicación verbal es un área aún no explorada del cuidado de enfermería. Así mismo no existe evidencia de medios o instrumentos apropiados que faciliten la emisión y recepción efectiva del mensaje a pacientes hospitalizados en cuidados intensivos inhabilitados en la expresión oral (temporal) (Parra, B; Peña, N; Pinto, M & Rosales, R (1999). Por lo tanto, nuestro proyecto pretende construir un instrumento piloto que facilite la comunicación efectiva entre los cuidadores de la salud y pacientes hospitalizados en unidades de cuidado crítico con aparatos en boca o tráquea que dificultan la expresión oral, (tubos orotraqueales o cánula de traqueostomía), que permita la identificación de necesidades prioritarias de una manera ágil y efectiva.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

La comunicación es un proceso esencial en la vida del hombre, donde existe la participación de una serie de elementos como la fuente, el mensaje, un codificador, el canal, y el descifrador. La fuente es la persona con ideas, necesidades, intenciones, información, y una razón para comunicar. El mensaje se define como el conjunto de símbolos que representan dichas ideas y pensamientos; el codificador comprende los mecanismos que permiten expresar los mensajes, sea de forma oral, gestual o escrita. El canal permite la transmisión de los mensajes y el descifrador es la persona que transmite o interpreta pensamientos, sentimientos e ideas. Sin embargo, existen situaciones donde la comunicación se obstaculiza o bien no logra los objetivos esperados, y la razón es por que la comunicación en ciertas circunstancias y con ciertos elementos no ha sido aún desarrollada [2].

Según, Phaneuf, M. (1993) una de las competencias fundamentales del profesional de enfermería es el de establecer una relación enfermera-cliente, y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, la cual define como la que permite establecer lazos significativos entre enfermeras y cliente. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto cálido y la comprensión empática que ayudan al cliente cuando se enfrenta a una dificultad especial. La comunicación constituye un elemento primordial en la relación cuidador-paciente. Por medio de esta se hace posible la identificación de necesidades de los individuos y se hace posible así mismo la satisfacción de las mismas, al respecto Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. y Wilkinson, J (1999) opina que todas las personas se comunican, pero los profesionales de la salud modifican la comunicación

normal para favorecer la salud de los pacientes, de esta manera la relación comunicacional debe estar basada en elementos y habilidades que dichos autores señalan como terapéuticos, debido al intento de uno de sus participantes en lograr un cambio positivo en el otro.

Es así como la comunicación enfermero paciente no es, aparentemente, muy distinta de la que puede darse en la vida cotidiana, al respecto Gómez, P.; Santiago, C.; Getino, A.; Maniño, M. y Richart, M. (2001) indican que la misma se distingue de ésta, por la relación asimétrica (médico-paciente) en que se produce, por la motivación curativa con la que se ejerce, y por la habilidad profesional y capacidad técnica que supone para saber escuchar captar la información del paciente de la forma más efectiva, atendiendo al máximo a las peculiaridades y matices de la comunicación e influir en el paciente a través de la información que se le proporciona.

En este orden de ideas, la calidad y cantidad de información que se transmite entre el profesional de enfermería y el enfermo van a estar influenciadas por una serie de variables propias de la relación, entre ello destacan los principios en los cuales se sustenta; señalan Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. y Wilkinson, J (1999) que cualquier habilidad o técnica de la comunicación terapéutica se basa en ocho principios: Aceptación, Interés, Respeto, Honestidad, Concreción, Asistencia, Permiso y Protección; los cuales sirven de pauta para interacciones eficaces con los enfermos.

En fin la comunicación es de suma importancia para la supervivencia de cada especie, pues la información que ésta extrae de su medio ambiente y su facultad de transmitir mensajes serán claves para su desarrollo. Es importante resaltar que dentro del marco comunicativo existen diversas barreas que pueden ser obstáculos llegando a distorsionar, desvirtuar, o impedir parcial o totalmente el mensaje y se sitúan entre el emisor y el receptor; influyendo en la

buena marcha del proceso de comunicación. Las barreras pueden ser fisiológicas, psicológicas, culturales y semánticas.

En las Unidades de Cuidados Intensivos, donde las necesidades fisiológicas se convierten en la prioridad más alta, acercándonos así a la Teoría de Maslow (1943) y para efectos del estudio nos ocuparemos de las barreras fisiológicas las cuales implican cualquier diferencia de tipo orgánico, corporal que puede ser tanto del receptor como el emisor y que obstaculizan el proceso de la comunicación [4].

Los pacientes objeto de estudio son sanos en el sentido que no poseen un daño de la boca o laringe que les impida hablar. Ellos han adquirido una barrera mecánica—tubos, cánula, etc, que se convierten en barreras para la comunicación, o simplemente interferencias u obstáculos que pueden llegar a distorsionar, desvirtuar o impedir parcial o totalmente el mensaje y se sitúa entre el emisor y receptor, influyendo en la buena marcha de la comunicación. Estas barreras pueden ser de origen artificial o mecánicas de orden temporal o prolongadas.

1.2 ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE COMUNICACIÓN?

En nuestro diario vivir oímos, vemos, sentimos de nuestro interlocutor, y este las ve y oye de nosotros, no podía ser de otra manera, si pudiéramos a nuestros interlocutores aislados de tal modo que no pudiéramos observar o sentir sus conductas y ellos las nuestras, no podríamos llevar a una comunicación efectiva. Nos comunicamos pues, con el comportamiento, en esto podemos distinguir entre la comunicación verbal y la no verbal [5].

Es así como la comunicación se convierte en un instrumento de trabajo del profesional de enfermería, Protter, P. y Griffin, A. (1996) señalan dos formas de

comunicación, Verbal y No Verbal. La primera, Boyle y Andrews (1989) citados por Protter, P. y Griffin, A. (1996) consiste en las palabras habladas o escritas, el lenguaje expresado con las palabras o sonidos vocales. Por otra parte, expresan Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. Y Wilkinson, J (1999), que el uso de la comunicación verbal requiere la capacidad de percibir, comprensión y transmisión de los mensajes tanto escritos como orales; donde percibir, es la percepción de la intención de expresarse, es decir, los enfermos en recuperación requieren manifestar sus inquietudes, manifestar el dolor o desean hablar, en este caso el profesional de enfermería lo observará continuamente y se acercará a él con la intención de apreciar sus intenciones y deseos; de manera que refleje el interés que tiene en resolver las necesidades manifiestas.

En el orden del desarrollo de la comunicación terapéutica, el componente transmisión de mensajes, está dada, según Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. Y Wilkinson, J (1999), por los canales utilizados y el codificador quienes permitirán que el mensaje llegue con la intención esperada; de acuerdo a lo expuesto, el profesional de enfermería ante el enfermo en recuperación del postoperatorio inmediato, procurará proporcionarle al paciente alternativas para que se exprese, en caso de no poder hablar le facilitará hoja y papel para que escriba o bien establecer señas comunes para responder afirmativa o negativamente; de acuerdo a la situación y las condiciones del mismo, eligiendo la forma idónea para hacer llegar el mensaje a través del conocimiento del enfermo por medio de la recolección de datos obtenidos en la valoración.

En el marco de la comunicación terapéutica, está presente la no verbal, se refiere a transmitir mensajes a través del cuerpo, por gestos, posturas, expresión facial y sonidos, entre otros, como la definen Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. Y Wilkinson, J (1999). La comunicación se puede clasificar de diversas maneras, siendo la comunicación verbal (V) la más empleada. Esta utiliza el lenguaje escrito o el verbal. La comunicación no verbal (NV) utiliza un sistema

especial de signos o señales diferentes a los utilizados en la expresión oral o escrita Protter, P. y Griffin, A. (1996). Haremos énfasis en nuestro documento diseño de un instrumento piloto de comunicación no verbal aplicado a pacientes intubados o con traqueostomía para lograr identificar las necesidades básicas fisiológicas sentidas durante la estancia en UCI porque aun en la literatura no se encuentra formas preestablecidas que lleven al desarrollo de la comunicación no verbal. Aunque los pacientes en UCI, en su mayoría poseen la habilidad para la comunicación verbal (escrita) y/o la no verbal, su situación crítica de salud hace que la forma simple de comunicación se torne compleja y problemática.

1.2.1 Comunicación no verbal.

La comunicación no verbal surge con los inicios de la raza humana, antes de la evolución del lenguaje. La comunicación no verbal (NV); se refiere a transmitir mensajes a través del cuerpo, por gestos, posturas, expresión facial y sonidos, entre otros, como la definen Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. Y Wilkinson, J (1999), los mensajes que se envían y reciben sin utilizar las palabras, en ello participan los sentidos, es la percepción de contenidos o mensajes que se envían a través de canales distintos al habla o la escritura; es decir, gestos, contacto visual, forma de caminar, vestir y posturas corporales; lo que está relacionado con signos no lingüísticos. Ya no solo son importantes las cosas que hacemos y decimos sino como las hacemos y decimos, cuando hablamos las palabras no son todo son solo el comienzo, porque detrás de ellas esta el cimiento sobre el cual se construyen las relaciones humanas, esto es lo que se conoce como comunicación no verbal.

Según Certero, A. (1999) señala que la comunicación NV se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: Imágenes sensoriales visuales, auditivas, olfativas, sonidos, gestos, movimientos corporales, agregando que entre las características más significativas mantiene una relación con la

comunicación verbal, ya que suelen emplearse juntas; contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje y generalmente, cumple mayor número de funciones que la verbal, pues lo acompaña, completa, modifica o sustituye en ocasiones [2].

Ahora bien, considerando las condiciones de los enfermos intubados o con traqueostomía en la unidad de Recuperación, los sonidos no lingüísticos, tales como suspiros, gemidos y llantos pueden denotar dolor, ansiedad o miedo, ante lo cual el profesional de enfermería deberá valorar e interpretar la situación para proporcionar cuidados, en este caso se acercará, verificando el motivo de los mismos y procurando lo necesario para suplir la necesidad detectada.

Fidez, J.; Trujillo, E.; Sacaluga, R.; Marchal. M.; Iglesias, M. y García A. (1999) realizaron un estudio sobre "El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de Enfermería" en España, su objetivo fue intentar clarificar cómo emplea el enfermero/ a de nuestro entorno esta forma de contacto, así como los factores que influyen en el hecho de tocar a un enfermo en cualquiera de nuestros centros hospitalarios. Siendo el estudio descriptivo transversal, se llevó a cabo en los cinco hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud de la Provincia de Cádiz, por otra parte, se utilizó un cuestionario autocomplementado, que se distribuyó al azar y se estratificó por hospitales y servicios, entregándose a los 710 profesionales seleccionados como muestra.

Los resultados obtenidos fueron 85% de respuesta, de los cuales existía un número importante de profesionales que afirmaron haber sido poco o nada tocados en su adolescencia y eso se traduce en su poco hábito táctil tanto en familia como en sus relaciones sociales y con los enfermos. Aparecieron diferencias importantes entre las zonas más tocadas por los profesionales en las relaciones sociales y con los enfermos. La contribución de esta investigación obedece a demostrar que una forma de comunicación es la no

verbal, la cual incluye el contacto físico.

El estudio sobre evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza desarrollado por M.B. Bengoechea Ibarondo (año 2000), demostró que de las principales indicaciones del cuidado de enfermería corresponden a la satisfacción de necesidades humanas y cuidados especiales como el cuidado de herida quirúrgica (45%), la necesidad de movimiento y actividad (25,3%), cuidado de piel y mucosas (24,1), necesidad de seguridad física y psíquica (22%), la necesidad de eliminación (18,5%), la necesidad de nutrición (16,1%) y la necesidad de oxigenación (17,4%). Estas necesidades deben ser evaluadas durante las 24 horas del día por el profesional de enfermería de manera constante en pacientes con alteración de la comunicación de manera temporal en unidades de cuidados intensivos utilizando el método más apropiado de comunicación manteniendo un ambiente oportuno para la comunicación.

El hecho de mantener una atmósfera de diálogo y aceptación anima al paciente a expresar sus sentimientos y puede constituir una forma de superarlos. El diálogo verbal o no verbal reduce la sensación de despersonalización y la ansiedad y evita el aislamiento y el retraimiento. Cuando la enfermera sabe que la agresividad y la hostilidad suelen expresar temor y ansiedad y que la depresión y el retraimiento pueden ser signos de desesperanza, soledad e impotencia o pérdida, puede aceptar esos sentimientos como algo normal y previsible en la situación en que aparecen. Si anima al paciente a expresar sus sentimientos, le será más fácil darse cuenta del porqué de esos sentimientos y de ciertas conductas que pueden parecer anómalas o equivocadas. Tanto la enfermera, como cualquier otro miembro del equipo asistencial, deben estar preparados para aceptar lo que el paciente dice, independientemente de la carga afectiva que posea lo expresado [6].

En este sentido, la comunicación debe ser un proceso continuo y dinámico del profesional de enfermería al sustentar su práctica en principios y aplicando las técnicas verbales y no verbales, logrará significativamente ofrecer un cuidado de calidad, individualizados y especialmente el afecto del enfermo por la atención prestada. Aucassi, M. (1998).

1.3 ¿CUÁL ES EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA AL CUIDADO DE PACIENTES CON DIFICULTAD PARA LA COMUNICACION?

Siendo la enfermería una profesión cuya función es ayudar al individuo enfermo o sano con el fin de restablecer y/o mantener su bienestar, la comunicación se convierte en una herramienta esencial, la cual permite establecer la relación de trabajo y la ayuda requerida para cubrir las necesidades relacionadas con el cuidado Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. y Wilkinson, J (1999) opina que "Todas las personas se comunican, pero los profesionales sanitarios modifican la comunicación normal para favorecer la salud de los pacientes" así la comunicación debe estar basada en elementos y habilidades que dichos autores señalan como terapéuticos, debido al intento de uno de sus participantes en lograr un cambio positivo en el otro.

En este sentido, los cuidadores de la salud, precisan aplicar una comunicación intencionada poniendo en práctica habilidades y destrezas, con la finalidad de satisfacer necesidades básicas y hacer sentir a las personas que se encuentra en un lugar seguro donde se le proporciona atención humana adecuada.

Enfermería reconoce como pilar el proceso de la comunicación ya que constituye una herramienta mediante la cual identifica las necesidades del enfermo y ayudan en la satisfacción de las mismas, percibe sus necesidades fisiológicas, angustia, dudas, temores, incomodidades, conformidad con los procedimientos que le son realizados, y especialmente proporciona ayuda ante

experiencias en el proceso salud -enfermedad. Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. y Wilkinson, J. (1999).

El proceso de comunicación permite establecer una relación enfermera paciente de forma eficiente para el logro de los objetivos del cuidado. Además, facilita la identificación no solo de las necesidades primordiales para el paciente, sino que es un elemento clave en la identificación de signos y síntomas que forman parte de la valoración. La comunicación verbal es la forma mas utilizada para introducir al paciente en el cuidado de su salud y la realización de procedimientos, que conlleven al bienestar.

Las enfermeras(o) deben esforzarse por comunicarse, hablar y prestar atención al enfermo en todo momento, una de las competencias fundamentales del profesional es el de establecer una relación enfermera-cliente y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, la cual se define como aquella que permite establecer lazos significativos entre dos personas manifestado por la aceptación, el respeto cálido y la comprensión que ayudan al cliente cuando se enfrenta a una dificultad especial.

Por lo tanto es imprescindible que el rol de la enfermera fundamente el cuidado en una comunicación positiva, con la finalidad de establecer vínculos que faciliten la misma. En efecto, muchos enfermos señalan su satisfacción en relación a la simpatía mostrada por las personas que le cuidan y la comprensión que manifieste a sus expectativas y la habilidad para mostrar interés por sus necesidades e inquietudes.

1.4 EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

Ante la importancia dada a la comunicación paciente-enfermera, en las últimas décadas se han realizado múltiples investigaciones que han intentado conocer

más profundamente la comunicación en el marco profesional. Una línea de investigación se ha centrado en estudiar la comunicación en las unidades de críticos, fundamentándose en la premisa de que en estos contextos, en los que las experiencias de salud son más complejas, el manejo de la comunicación se convierte en un instrumento del cuidado vital [2].

Parra, B.; Peña, N.; Pinto, M. y Rosales, R. (1999) investigaron la "Comunicación Terapéutica para Optimizar la calidad de Atención al enfermo Consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz" San Cristóbal, estado Táchira. El objetivo era determinar la existencia de elementos y factores lingüísticos que interfieren en la comunicación de la enfermera de atención directa, provocando rupturas o bloqueos en el proceso de transmisión de mensajes.

La población estuvo conformada por 20 enfermeras de atención directa, intensivistas; las cuales conformaron la muestra total, además de 12 enfermos conscientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Los resultados evidenciaron la carencia de elementos lingüísticos que facilitan la comunicación entre ambos; había carencia de expresiones del lenguaje no verbal lo cual bloqueaba la comunicación, así como desconocimiento por parte de las enfermeras del lenguaje terapéutico. Esta situación conllevó a recomendar el diseño de estrategias que propicien una mejor comunicación terapéutica.

Otro estudio realizado por, observó la capacidad, el método y contenido de la comunicación entre pacientes que requería ventilación mecánica y su relación con sobrevida. Este estudio evidenció que el método de comunicación más utilizado por estos pacientes fue los movimientos de cabeza, seguido de palabras monosílabas, gestos y la escritura. Los pacientes tenían un promedio de edad de 62,5 años (30-86 años) usaron entre 1 y 3 diferentes formas de comunicación cuantificada en 694 episodios de comunicación entre la enfermera – paciente. Al finalizar se observó que los pacientes con ventilación

mecánica podían comunicarse con las enfermeras, familia u otro miembro del equipo de salud, permitiendo una mayor comprensión y facilitando la implementación y resultados del cuidado. El estudio demostró además que la necesidad mas sentida fue dolor, con una frecuencia de (n=170), seguido, otros síntomas (n=24), emociones (n=42), necesidades físicas (n=23) [7].

La investigación evaluación de la calidad de los cuidados en la UCI a través de un plan de atención de enfermería informatizado, demostró que de 98 pacientes estudiados, 36 mujeres y 62 varones, teniendo una edad media de 62,6 años (desviación estándar [DE] = 13,92; rango, 26-86), la causa de ingreso fue médica en 55 pacientes (56,1%) y quirúrgica en el resto, 43 (43,9%). Todos ellos generaron un total de 1.351 días de estancia en UCI, con una estancia media de 13,8 días, (DE = 27,29; rango, 4-193).

La valoración de los aspectos estudiados se había registrado, 2 veces por turno, en el 100% de los pacientes, del total de pacientes, 74 requirieron intubación endotraqueal, el tubo se mantuvo una media de 5,4 días (rango, 1-45), lo que supuso un total de 401 días de intubación. Precisaron traqueotomía 11 pacientes, la permanencia media de la cánula fue de 45,7 días (rango 1-193), dando lugar a 503 días de cánula insertada; 6 pacientes traqueotomizados habían estado intubados previamente. En ningún caso se produjo autoextubación, salida accidental u obstrucción, y se obtuvo el mismo resultado que en el estudio realizado en 1998 se confirma la necesidad de desarrollar métodos de comunicación no verbal que les permitan a los pacientes expresar sus necesidades durante la estancia en UCI [8].

Las investigaciones referidas son de importancia para el estudio ya que hacen planteamientos relacionados con la comunicación en cuanto a su relevancia en las relaciones interpersonales que se establecen entre la enfermera y la persona hospitalizada, la aplicabilidad de la comunicación no verbal y su papel

en la satisfacción de las necesidades de los mismos, especialmente en las áreas biológicas, psicológicas y sociales.

Pero aun así no se evidencio estudios descriptivos relacionados con el diseño de un instrumento de comunicación no verbal para el paciente intubado o con traqueostomía.

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El instrumento piloto se construyó con el fin de identificar las necesidades fundamentales de los individuos hospitalizados en cuidado crítico que presentaran dificultad para la comunicación oral por traqueostomía o tubo orotraqueal.

Para la realización del instrumento y la selección de las necesidades fundamentales, se diseñó una encuesta de expertos y profesionales involucrados en el cuidado de individuos en UCI. Así mismo se realizó un estudio observacional con pacientes de estado de salud crítico con el fin de identificar las necesidades básicas prioritarias para él.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo general.

- Plantear el diseño de un instrumento piloto de enfermería para la comunicación con pacientes que presentan dificultad para la expresión oral, hospitalizados en unidades de cuidados intensivos.

2.2.2 Objetivos específicos.

- Identificar las necesidades básicas y complementarias presentadas por los pacientes hospitalizados en UCI.

- Identificar las necesidades básicas de los pacientes de cuidado crítico con traqueostomía o tubo orotraqueal desde el punto de vista del cuidador
- Instruir al los profesionales de las unidades de cuidados intensivos en la aplicación del instrumento piloto de comunicación no verbal.
- Dar a conocer el instrumento piloto de comunicación no verbal incluyendo las necesidades fundamentales para el paciente de cuidado crítico con traqueostomía o tubo orotraqueal.

2.3 FASES DE CONSTRUCCION DEL INSTRUMENTO

2.3.1 Fase 1.

Se elaboraron o recopilaron todas las necesidades básicas que un individuo hospitalizado en UCI con traqueostomía o tubo orotraqueal puede percibir, basado en la evidencia encontrada en la literatura (formato 2).

Se seleccionaron según prioridad y se elaboró un listado inicial de todas las necesidades posibles, según la teoría de Maslow, que un paciente puede presentar de manera frecuente en UCI.

Según Maslow, A (1943) el hombre es un ser cuyas necesidades crecen y cambian a lo largo de toda su vida. A medida que el hombre satisface sus necesidades básicas o primarias, otras más elevadas como las secundarias ocupan el predominio de su comportamiento y se vuelven imprescindibles.

Maslow, A. (1943), plantea que el ser humano está constituido y compuesto por un cuerpo físico, cuerpo sociológico y cuerpo espiritual y que cualquier repercusión o problema que ocurre en cualquiera de estos cuerpos repercute automáticamente sobre el resto de los cuerpos de la estructura. Por esto Maslow propone dentro de su teoría el concepto de jerarquía, para así darle orden a las necesidades a nivel del cuerpo físico, sociológico y espiritual.

Abraham Maslow (1943) busca explicar por qué ciertas necesidades impulsan al ser humano en un momento determinado. Para ello establece una jerarquía entre las necesidades de un ser humano. Estas necesidades, aparecen de forma sucesiva, empezando por las más elementales o inferiores, de tipo fisiológico las cuales son el pilar de la presente investigación. A medida que se van satisfaciendo en un determinado grado, van apareciendo otras de rango superior, de naturaleza más psicológica. El acceso de las personas a las necesidades del nivel superior depende de su nivel de bienestar. Todas las personas tienen necesidades básicas, el orden de las necesidades no es estricto, puede cambiar según el individuo. Maslow distingue, en total cinco tipos de necesidades: Fisiológicas, seguridad, pertenencia y amor, estima y autorrealización.

Necesidades fisiológicas: Son las primeras necesidades que aparecen en el ser humano. Su satisfacción es fundamental para la supervivencia del individuo. Estas son:

- **Necesidad de movimiento:** es básico para la vida, tanto en su dimensión inconsciente (funcionamiento de los órganos del cuerpo), como en su dimensión consiente (por ejemplo, las extremidades).
- **Necesidad de aire puro:** la satisfacción de la necesidad de respirar se realiza de forma inconsciente, pero no por ello es menos importante.

- **Necesidad de alimentación:** es una de las necesidades más evidentes, y se desdobra en la necesidad de nutrientes tanto sólidos como líquidos. No hace falta mencionar la importancia de esta necesidad en el mundo empresarial.
- **Necesidad de evacuación:** tiene una dimensión menos social, y su función es la eliminación de desechos de la nutrición y de toxinas.
- **Necesidad de temperatura adecuada:** es la necesidad de abrigo para ciertas zonas más frías, o de ventilación para otras zonas más cálidas.
- **Necesidad de descanso:** esta función permite al organismo recuperar las energías que ha gastado durante el día y descansar tanto física como mentalmente.
- **Necesidad de sexo:** si bien no se trata de una necesidad que, de no satisfacerse ponga en peligro al individuo, a nivel social determina la supervivencia de la especie. Tiene gran importancia como motor de los individuos, lo que ha sido aprovechado como trasfondo de muchas campañas publicitarias.

Cabe pensar que ninguna necesidad se expresa separadamente; no existen necesidades puramente psicológicas o fisiológicas, si una falla, se altera todo el sistema.

Barreras para la satisfacción de necesidades: Para la satisfacción de las necesidades puede ocurrir que la persona se enfrente a barreras que le impidan la realización de estas y tales barreras se pueden encontrar en la persona y en el ambiente:

- **La persona:** cuando las condiciones biológicas, sociales o psicológicas no se han desarrollado lo suficiente para lograr la clara identificación y satisfacción de sus necesidades por ejemplo si es un adulto que está enfermo, hospitalizado, intubado no sabrá cómo lograr la satisfacción de sus necesidades, requiriendo de terceras personas para ello.
- **En el ambiente:** cuando se presentan ausencias o deficiencias de recursos, económicos, de tiempo, de lugar donde se esté y otros.

Los profesionales del área de la salud deben conocer y reconocer cada una de la necesidades de los pacientes que tengan a su cargo recibéndolas con interés, honestidad y con la asistencia y protección que este amerite, sin importar su nivel social, cultural o religioso.

Teniendo en cuenta las necesidades de los individuos reconocidas por Maslow, nos dimos a la tarea de realizar una preselección de las necesidades de comunicación más comunes de los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos quienes tienen un tubo orotraqueal o una cánula de traqueostomía.

2.3.2 Fase 2.

Se planeó reunión con expertos en enfermería en cuidado crítico para validar el listado de necesidades más observadas por este tipo de cuidadores, se realiza un grupo focal con el fin de reducir y clasificar las necesidades en grupos más pequeños o por prioridad. Diez cuidadores expertos en el área de cuidados intensivos fueron invitados a participar de un grupo de selección de las necesidades básicas de los pacientes. Los profesionales debían identificar individualmente las 10 necesidades más prioritarias de los pacientes con tubo orotraqueal o traqueostomía, según su experiencia en UCI.

Por orden de prioridad los enfermeros acuerdan que las necesidades prioritarias para la comunicación con estos pacientes son:

1. Necesidades básicas:

- **Hambre y sed:** ganas y necesidad de beber o comer algún alimento.
- **Eliminación- evacuación intestinal:** expeler naturalmente la orina o por la uretra a través de una sonda vesical. Descarga de materias fecales del intestino por el ano donde pueden presentar tenesmos y sensación ulterior de incompleta satisfacción de evacuar.
- **Temperatura:** grado sensible de calor o frío.
- **Movilización:** realizar cambios de posición para evitar dolor en espalda y úlceras por presión.

2. Otras necesidades importantes en pacientes hospitalizados son:

- **Dolor:** experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad leve o grave con un final anticipado o previsible y una duración.
- **Ruido:** se define como todo sonido no deseado. Cuando se utiliza la expresión ruido como sinónimo de contaminación acústica, se está haciendo referencia a un ruido (sonido), con una intensidad alta, que interfiere en la comunicación entre las personas o en sus actividades y que puede resultar incluso perjudicial para la salud humana.

- **Espacio:** es el espacio en el que se desenvuelve el ser humano y por consiguiente es una construcción social. Este concepto ha sido objeto de innumerables debates.
- **Tiempo:** paciente desea conocer la fecha, el día y la hora.

2.3.3 Fase 3.

Teniendo en cuenta el listado obtenido en la literatura y la selección de los resultados del grupo focal con los expertos y profesionales se obtuvo un formato inicial del instrumento (ver formato 1).

2.3.4 Fase 4.

Con los resultados anteriores se realiza una prueba inicial del instrumento con 16 estudiantes enfermeras (o) del postgrado atención de enfermería en cuidado crítico, con el propósito de mejorarlo en su forma, presentación gráfica y escrita. Como resultado de esta actividad se realizan cambios al instrumento tales como:

1. Cambios a las fotos iniciales de las necesidades.
2. Se clasificó el orden de las necesidades según los evaluadores.
3. Se modificó formato de pregunta al paciente acorde con los dibujos.
4. Formato de respuesta del paciente con el fin de identificar las necesidades

2.3.5 Elaboración del instructivo.

El instructivo inicial permitió presentar el instrumento piloto con dibujos a los pacientes (Ver Anexo: dibujo 1), con el fin de presentar los objetivos del trabajo de investigación y así mismo obtener el consentimiento informado de su participación en la aplicación del instrumento de necesidades.

El instructivo mostraba las preguntas que pretendía identificar las necesidades básicas de los pacientes y contenía la forma explicativa de cómo debía contestar el paciente. Teniendo en cuenta que nuestro estudio está aún en una fase piloto inicial, se plantearon varias opciones de respuesta del paciente, de tal forma que cada individuo podía tener la libertad de contestar si o no con movimientos de cabeza confirmatorios, o señalar con un dedo el dibujo seleccionado; así mismo se explicaba que en caso de no poder contestar de alguna forma de las anteriores expuestas, podía contestar a la pregunta de forma escrita y si consideraba fácil armar su necesidad con el abecedario se incluía dentro de la maneras de respuesta.

2.4 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

2.4.1 Universo.

Pacientes adultos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos expuestos ha cuidado con tubo orotraqueal o traqueostomía.

2.4.2 Muestra.

Pacientes hospitalizados en UCI siendo en total de 97 personas, quienes presentaron los criterios de inclusión y no los de exclusión, las entidades seleccionadas fueron Fundación Cardiovascular de Colombia (33), Clínica la

Merced (31), y El Hospital San Vicente de Arauca (33), durante el periodo de marzo a septiembre del 2006.

2.4.3 Criterios de inclusión.

- Pacientes adultos entre 18 y 70 años,
- Pacientes intubados o con traqueostomía o tubo orotraqueal por más de dos horas.
- Paciente con Glasgow 10/10, sin enfermedades o compromiso mental.

2.4.4 Criterios de exclusión.

- Paciente con alteraciones del estado de conciencia.
- Pacientes con alteraciones mentales y con alteración sensorial y percepción.

Previo autorización en cada una de las instituciones de salud, se procedió a informar a las enfermeras coordinadoras acerca de los objetivos del estudio. Esto facilitó la aceptación del estudio y la colaboración del personal profesional de enfermería en el entrenamiento e implementación del formato para su estudio piloto en algunos pacientes.

Inicialmente se comentó de manera informal, directa e individual a los enfermeros, y a los que estaban interesados en participar en la investigación se les dio información la cual consistía en una breve presentación de la investigación incluyendo el instrumento de recolección.

Se realizó un entrenamiento de los profesionales que aceptaron participar, con el fin de unificar el proceso de aplicación del formato de necesidades, además cada uno debía ser entrenado en la recolección de variables demográficas y de salud requerida por el estudio.

Se le dio a cada enfermero (a) un formato que contiene género, diagnóstico médico, escolaridad, tiempo de intubación, la numeración de las fotos, en la parte posterior de este se adiciona el instructivo a manejar durante la aplicación del formato. (Ver formato: 2, 3 y dibujos 1)

Los enfermeros instruidos fueron 4 de la FCV (Fundación Cardiovascular), 2 de la clínica la Merced y 2 del HSVA (Hospital San Vicente de Arauca). La recolección de la muestra estuvo a cargo de los 8 enfermeros instruidos y de las 3 investigadoras; a cada paciente seleccionado se le aplicaron de forma simultánea e independiente 2 formatos por dos profesionales los cuales seleccionaron el numeral que correspondía a la necesidad identificada por el paciente según las fotos del instructivo.

El instrumento fue aplicado a los pacientes previo consentimiento oral a participar en este ejercicio de investigación, luego se procedía a explicar al paciente el uso del instrumento: mostrar el instrumento indicando que este contiene fotos que le permitirán señalar mediante movimientos de su cabeza si o no, o señalando con dedo la necesidad que tiene en el momento, además podía expresar su necesidad por escrito si así lo deseaba, utilizando el formato del abecedario. (Ver Anexo 3)

2.4.5 Formato final.

Con los resultados obtenidos de las encuestas a los profesionales en enfermería, los expertos y la prueba piloto con 10 pacientes, se hicieron

reformas al formato inicial siendo excluidas las necesidades menos frecuentes. (Ver formato 4 y dibujos 2).

Seguidamente se aplicó equitativamente en 97 personas hospitalizadas en las UCI entre los 18 y 70 años, con tubo orotraqueal o traqueostomía por más de dos horas, con una Glasgow 10/10 (no se tiene en cuenta la respuesta verbal). Los formatos se distribuyeron de la siguiente manera: 33 muestras en la Fundación Cardiovascular, 31 en la Clínica La Merced y 33 en el Hospital San Vicente de Arauca.

El instrumento fue validado por dos investigadoras quienes de forma simultánea aplicaban el instrumento y su instructivo independiente.

Una vez aplicado el instrumento piloto de enfermería para la comunicación con pacientes que presentan dificultad para la expresión oral, hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, Se implemento como herramienta de trabajo para los enfermeros y pacientes de las unidades de cuidados intensivos.

2.5 ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

Después de recoger las 97 muestras descritas anteriormente, se procedió a la organización de la información en una base de datos teniendo en cuenta el programa *Epi info* 5.0, obteniéndose la prevalencia de las variables en cuanto a distribución de las necesidades según la descripción demográfica (género, edad, estancia en UCI, diagnóstico medico), también se identificó la necesidad más frecuente y número de necesidades identificadas por paciente.

2.6 CONTROL DE SESGOS

Las enfermeras que realizaron la investigación fueron previamente entrenadas en la aplicación del formato. Las cuales debían aplicar el formato al paciente que previamente aceptaran participar en el estudio.

El formato será estudiado y expuesto previamente con las instrucciones a las enfermeras(os).

Evitando sesgos de interpretación y de observación: nuestro estudio presenta limitaciones en la validación de la respuesta del paciente. Esta validación se llevó a cabo simultáneamente y las dos enfermeras obtuvieron un resultado. Consideramos que si se hubiese realizado esta validación con un intervalo de 5 o 10 minutos en el mismo paciente por dos enfermeras distintas, hubiésemos obtenido una mejor validación y precisión de las respuestas de paciente.

2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Resolución N° 008430 de 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, Capítulo 1 De los aspectos Éticos de la investigación en seres humanos, Artículo 11; para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en diversas categorías, ubicando la investigación sin Riesgo, ya que se aplicaran formatos de entrevista en las cuales no se especifican ni tratan aspectos sensitivos de la conducta de las personas.

Se obtuvo consentimiento por parte de los pacientes antes de aplicar el formato exploratorio de las necesidades.

El consentimiento informado se obtuvo de manera verbal, comprendiendo la respuesta positiva del paciente como la aceptación, para la aplicación del instrumento de comunicación no verbal.

3. RESULTADOS

3.1 DESCRIPCIÓN DE NECESIDADES EXPUESTAS

Posterior a la aplicación del instrumento piloto se observó que al integrar las necesidades identificadas por Maslow, profesionales y pacientes (Ver tabla 1), existe una variación en la prioridad de las necesidades de los pacientes hospitalizadas en las UCI. Así mismo los pacientes reportaron más necesidades que las identificadas por los profesionales. Puede considerarse que este orden se altera de acuerdo a factores del paciente, del medio ambiente, patología, religión, nivel educativo y otros.

Los expertos contemplaron menos necesidades de las percibidas por los pacientes, aunque existe acuerdo en la elección de necesidades prioritarias tales como la satisfacción de la sed seguida de los cambios de posición. Se observa además que para los pacientes en UCI la sensación de dolor es la segunda prioridad que debe ser resuelta por los cuidadores de la salud independientemente de la patología que presenta.

3.2 DESCRIPCIÓN DE LA DEMOGRAFÍA

Un total de 97 pacientes recibieron la evaluación de sus necesidades con el instrumento inicial con el fin de identificar las necesidades (más de una) prioritarias del paciente. La edad promedio de los pacientes fue de 46 años en su mayoría de género masculino (69.1%) lo que concuerda con los datos típicos demográficos de unidades de cuidados intensivos (7) relacionados con los diagnósticos de infarto y trauma en general.

Los diagnósticos médicos más frecuentes observados en los pacientes hospitalizados en UCI fueron: Revascularización miocárdica (12%), politraumatismo (10%), trauma craneoencefálico (8%), Neumonía adquirida en la comunidad (8%) y los menos frecuentes fueron: edema pulmonar (3%), intoxicación por órgano fosforado (3%), infarto agudo de miocardio (2%), shock séptico (4%) y pos operatorio de cambio valvular aortico (5%) (Ver tabla 2). El promedio de hospitalización de los pacientes observados fue de 3.5 días en cuidados intensivos, en general el promedio de días con traqueostomía o tubo orotraqueal fue de 3.5 días también.

3.3 DESCRIPCIÓN DE LAS NECESIDADES PRIORITARIAS

Las necesidades prioritarias identificadas como resultado de la aplicación del instrumento a los pacientes fueron: la sed con (50.5%) seguida de dolor (45.5%), y cambios de posición (38.1%), dormir (38.1%); y entre las menos frecuentes estuvieron, hambre (30.9%) temperatura (26.8%) y eliminación (21.6%). No se reportó en nuestro estudio el número de necesidades identificadas en un sólo paciente en cada valoración. (Ver tabla 3)

3.4 OTRAS NECESIDADES

Dentro de otras necesidades que se observaron en el estudio se identificó que existe un gran porcentaje de pacientes que presentan molestias con el tubo orotraqueal (58.8%), así mismo identificamos que existe necesidad de educación e instrucción del paciente ya que estos refieren necesidad de conocimiento sobre su patología y evolución de la enfermedad (44.3%), fecha (37.1%), luz (30.9%), adicionalmente los pacientes expresan la necesidad de comunicación con algún miembro de su familia (28.9%) y, por último, la relacionada con la traqueostomía (20.3%). (Ver tabla 4)

Estas necesidades identificadas por los pacientes no fueron evaluadas como prioritarias por los grupos de expertos y los profesionales, sin embargo es de importancia manejarlas dentro del cuidado de los pacientes en UCI.

4. CONCLUSIONES – SUGERENCIAS

Se realizaron nuevas averiguaciones y actualización sobre formatos que sustentaran el Instrumento piloto llegando a la conclusión de que aun en la literatura no hay como tal uno que le permita a los pacientes intubados o con traqueostomía expresar sus necesidades.

Aunque los pacientes con tubo orotraqueal o traquestomía pueden comunicarse asintiendo o negando con la cabeza, esta forma de respuesta no es viable cuando se requiere indagar por más de una necesidad. Los cambios de posición de la cabeza producen incomodidad y estimulan el reflejo de la tos produciendo mayor ansiedad en ellos y deterioro de la comunicación. La opción de escribir ya fuese con su propia mano o utilizando la carta con el abecedario fue más utilizada por pacientes con traquestomía. Sin embrago es necesario realizar una nueva observación al validar el instrumento para llegar a conclusiones significativas.

El instrumento piloto final presenta una forma única de interrogar y esperar respuesta en un paciente de la unidad de cuidados intensivos con tubo orotraqueal o traqueostomía. Sin embrago dado el carácter piloto del estudio se requiere investigar en un futuro cuál es la forma de pregunta o respuesta más indicada para este formato. Así mismo se requerirá indagar cuál es el número más preciso de fotografías que permitan un mejor uso del instrumento y una respuesta más rápida y efectiva que permita tomar decisiones precisas en el cuidado de pacientes que lleven a la satisfacción de necesidades.

El proceso de selección de las necesidades requirió de un proceso de pre-selección de estas teniendo en cuenta las necesidades de Maslow y las que los

profesionales especialistas calificaran como importantes para indagar y resolver. Sin embargo dado que la elaboración de un instrumento con muchas necesidades incluidas era poco viable teniendo en cuenta las características del paciente crítico, es necesario que se continúe el estudio de las variables más pertinentes que se deben incluir para futuros estudios. Así mismo puede existir una variación de necesidades especiales en pacientes con necesidades de cuidado particulares tales como pacientes que han sufrido quemaduras.

El formato modificó la estructura visual y gráfica, pasando de fotos complejas a diseños con dibujos más simples y más fáciles de interpretar, tipo caricatura tomando como referencia las señales internacionales usadas en los centros hospitalarios.

Las formas de respuesta efectiva de necesidades del paciente con señales como movilización de la cabeza (sí o no) o señalando con el dedo la foto de una necesidad usando un formato de dibujos puede variar dependiendo de los factores del paciente, ambiente, la patología, la religión, el nivel educativo y otros de cada paciente. Este sería un proyecto que podría ser continuado en una segunda fase del estudio.

El instrumento piloto puede ser modificado teniendo en cuenta las necesidades de cuidado del paciente acorde con la patología o procedimiento que se le ha realizado al paciente.

La frecuencia de utilización o aplicación del instrumento piloto debe ser en períodos cortos que resuelvan las necesidades del paciente: dolor, hambre, cambios de posición, (cada dos o entre horas).

Una de las dificultades para el desarrollo futuro de investigaciones como esta es la inexistencia de un formato similar validado previamente conteniendo las necesidades completas de los pacientes hospitalizados en UCI, esto impide

realizar una comparación de respuestas adecuadas con un documento estándar.

Se plantea la necesidad de realizarle al formato validación lo que permitiría la mejora en la planeación de cuidados por parte del grupo de enfermería.

5. LIMITACIONES

El diseño de fotos inicial no logró captar la atención por los pacientes y permite realizar diversas interpretaciones manifestándose como no claro, lo que lleva a distorsionar la información. Las fotos fueron distribuidas en un promedio de 5 por cada hoja del rota folio, lo que lleva a una pérdida de la concentración en los dibujos. Además existía demora en la presentación de este formato lo cual ocasionaba molestia en algunos pacientes. Las diferentes propuestas de los dibujos y/o fotos planteadas tuvieron avales diversos por los expertos, profesionales y pacientes, llevando a ser difícil obtener el instrumento final.

El tener cambio de Asesor conllevó a la realización de diversas modificaciones otorgándose más compleja la unificación de criterios, y la nueva realización del instrumento final. Consideramos que un mismo supervisor o varios deben estar desde el inicio hasta el final del proceso de este ejercicio de investigación con el fin de facilitar el desarrollo de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Revista Nursing. En: Teorías de la Enfermería. Barcelona: Editorial Doyma S.L. Vol. 10. Nº 6. Noviembre – Diciembre, 1990.
- [2] MANCUSO, Gisela. Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación del Hospital Central de Maracay. Estado de Aragua, Venezuela. Noviembre, 2003.
- [3] BENGOCHEA IBARRONDO, M. B. Estudios sobre la comunicación paciente – enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería Clínica 2001. 11(6): 266-274.
- [4] Revisión de conocimientos sobre situaciones que afectan al bienestar del paciente. Competencias de la práctica profesional. Vol. 13. Nº 2.
- [5] [www/cidob.org/castelland/publicaciones/afers/rodrigo.html](http://www.cidob.org/castelland/publicaciones/afers/rodrigo.html)
- [6] GARCÍA HERNÁNDEZ, A. Aproximación al sufrimiento, la muerte y el duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencia y cuidados críticos. 2002. Disponible en: <http://www.webpages.ull.es/users/almigar/confere.html>
- [7] HENNEMAN, E., and, CARDIN, S. American Journal of Critical Care. Communication Ability, Meted, and Content Among Non-speaking Non-surviving Patients Related Unit Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. Vol. 13. Nº 3. May, 2004.

[8] CHAMBERS, Simon. Use of non-verbal communication skills to improve nursing care. London: British Journal of Nursing. Tomo 12. Nº 14. Jul 24 – Aug 13, 2003. 874 p.

ANEXOS

ANEXO A. FORMATO 1:
FORMATO PRELIMINAR PARA PROFESIONALES EXPERTOS EN UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS

Basado en su experiencia marque con una X según corresponda

1. ¿Qué necesidad presentan con mayor frecuencia los pacientes?

Dolor____ Hambre____ Sed____ Temperatura____ Movilidad____ Ruido____
Espacio-Tiempo____ Eliminación-Evacuación intestinal____

2. Número de veces que considera presenta el paciente la necesidad por turno

Hambre____ Sed____ Temperatura____ Movilidad____ Ruido____ Espacio____
Tiempo Eliminación Evacuación intestinal____

3. Relacionado con la movilidad cual es el cambio de posición más solicitado

Sentarse____ ladearse____ rotarse____ no moverse____

4. Relacionado con el Dolor

Es claro para usted la pregunta: Si____ No____

Teniendo en cuenta la escala del dolor donde 0 es no tener dolor y 10 tener dolor inaguantable tomado de © 2006 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS).

Escala de rostros de dolor

					
0 Muy contento; sin dolor	2 Siente sólo un poquito de dolor	4 Siente un poco más de dolor	6 Siente aún más dolor	8 Siente mucho dolor	10 El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

5. Relacionado con Dormir: Estado en el que el paciente logra un bienestar

Desea Dormir Si____ No____

6. Relacionado con la Eliminación de líquidos corporales: Orina - Materia fecal

Desea realizar Deposición Si____ No____

7. Relacionado con el Hambre y Sed

Desea Tomar Agua Si____ No____

Desea Comer Si____ No____

8. Relacionado con la temperatura

Tiene Frío Si____ No____

Tiene Calor Si____ No____

Necesidades Complementarias

9. Relacionado con la ubicación del espacio y fecha

¿Dónde se encuentra? ¿Quiere saber fecha y lugar donde se encuentra?

Si__No__

10. Relaciona con la Luz: Le molesta la Luz

Si ____ No____

11. Relacionado con el Ruido: Le molesta el Ruido

Si____ No____

ANEXO B. FORMATO 2:
MODO PRELIMINAR DE APLICACIÓN DEL INSTRUCTIVO

NECESIDAD	Categoría	SUBCATEGORÍA
Fisiológicas:		
	Dolor	¿Le duele si o no? De 0 a 10 cuanto puntaje le da a su dolor, siendo 0 ningún dolor y 10 dolor inaguantable.
	Dormir	No puedo. ¿Quiere dormir?
	Sed	¿Quiere agua?
	Cambios de posición	¿Esta cansado de estar así? ¿Quiere que lo cambie de posición? De acuerdo a la posición en que se encuentre se le ofrecen las otras alternativas: • De lado derecho o izquierdo. • Boca arriba. • Levantar la cabecera. • Bajar la cabecera.
Utilización del baño	Orina Deposición	¿Quiere orinar? ¿Le arde? ¿Le duele? ¿Quiere hacer? ¿No puede?
Temperatura	Frío Calor	¿Siente frío? ¿Lo abrigo? ¿Siente calor? ¿Le retiro las cobijas?
	Hambre	¿Tiene hambre? ¿Qué quiere comer?
Emocionales:		
	Preocupación	¿Por su cirugía? ¿Tiempo de estar aquí? ¿Estado de salud?
	Presencia del tubo orotraqueal	¿Le molesta? ¿Desea que se lo retire? ¿Siente que no puede respirar? ¿Cuánto tiempo lo va a tener? ¿Qué le limpie la saliva?
	Presencia de traqueostomía	¿Por qué la traqueostomía? ¿Cuánto tiempo la va a tener? ¿Si puede hablar con ella? ¿Si puede comer?
	Familia	¿Dónde está? ¿Quiere verla?

Complementarias:		
	Letras del alfabeto	¿Desea construirme alguna frase?
	Fecha y hora	¿Qué hora es? ¿Qué día es hoy? ¿Cuántos días llevo aquí?
	Luz	Apagar o encender (depende si esta prendida o apagada)

ANEXO C. FORMATO 3:
INSTRUCTIVO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GENERO F_____ M_____

EDAD_____ AÑOS

DX MEDICO_____

ESCOLARIDAD_____

TIEMPO DE TOT _____ horas

NECESIDADES FISIOLÓGICAS	1	1a	4	5	6	8	9	10
NECESIDADES EMOCIONALES	2	3	11	12				
COMPLEMENTARIAS	7	13	14					

ANEXO D. FORMATO 4:
INSTRUCTIVO FINAL DE COMUNICACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS

A continuación a usted se le presentara un formato que tiene dibujos de necesidades o problemas que podría estar presentando en este momento. Observe con atención los dibujos a continuación y seleccione los problemas o necesidades que deseé resolver, usted puede contestar si o no a las preguntas que se reaplican usando movimientos de cabeza y manos o puede señalar el dibujo que mejor represente su problema:

NECESIDAD	Categoría	SUBCATEGORÍA
Fisiológicas:		
	Dormir	¿Quiere dormir? Si___ No___
	Sed	¿Quiere agua? Si___ No___
	Cambios de posición	¿Esta cansado de estar así? ¿Quiere que lo cambie de posición? De acuerdo a la posición en que se encuentre se le ofrecen las otras alternativas: • De lado derecho o izquierdo. • Boca arriba. • Levantar la cabecera. • Bajar la cabecera.
Utilización del baño	Orina Deposición	¿Quiere orinar? Si___ No___ ¿Quiere hacer? Si___ No___
Temperatura	Frío Calor	¿Siente frío? Si___ No___ ¿Siente calor? Si___ No___
	Hambre	¿Tiene hambre? Si___ No___

Complementarias:		
	Dolor Si esta necesidad es afirmativa nos remitimos a la escala de rostros de dolor (ver formato 5)*	¿Le duele si o no? De 0 a 10 cuanto puntaje le da a su dolor, siendo 0 ningún dolor y 10 dolor inaguantable.
	Fecha y hora	¿Qué hora es? ¿Qué día es hoy? ¿Cuántos días llevo aquí?
	Luz	Apagar o encender (depende si esta prendida o apagada)
	Ruido	¿Le molesta? Si___ No___

**ANEXO E. FORMATO 5:
ESCALA DE ROSTROS DE DOLOR**

					
0 Muy contento; sin dolor	2 Siente sólo un poquito de dolor	4 Siente un poco más de dolor	6 Siente aún más dolor	8 Siente mucho dolor	10 El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)

ANEXO F. TABLA 1:
COMPARACIÓN DE NECESIDADES DEL PACIENTE

MASLOW NECESIDADES	PROFESIONALES NECESIDADES	PACIENTES NECESIDADES
1. Aire Puro	1. Hambre	1. Sed
2. Alimentación	2. Sed	2. Dolor
3. Evacuación	3. Eliminación	3. Cambios de posición
4. Temperatura adecuada	4. Evacuación	4. Dormir
5. Descanso	5. Temperatura	5. Hambre
6. Necesidad de sexo	6. Movilización	6. Temperatura
	7. Dolor	7. Eliminación
	8. Ruido	
	9. Espacio	
	10. Tiempo	

ANEXO G. TABLA 2:
FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

DIAGNÓSTICO MÉDICO	FRECUENCIA	
	n = 97 (%)	
Revascularización miocárdica	12	12.4%
Politraumatismo	10	10%
Neumonía adquirida en la comunidad	8	8.2%
Trauma craneoencefálico	8	8.2%
Pos operatorio de cambio valvular aortico	5	5.2%
Shock séptico	4	4.1%
Infarto agudo del miocardio	2	2.1%
Edema pulmonar	3	3.1%
Intoxicación por órgano fosforado	3	3.1%

* Un paciente puede tener mas de una necesidad por esta razón n= total no equivale al 100% en esta tabla.

ANEXO H. TABLA 3:
FRECUENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS DE PACIENTES EN LA UCI

NECESIDADES	FRECUENCIA	
	n = 97 (%)	
Sed	49	50.5 %
Dolor	44	45.5 %
Cambios de posición	37	38.1 %
Dormir	37	38.1 %
Hambre	30	30.9 %
temperatura	26	26.8 %
Eliminación	21	21.6 %

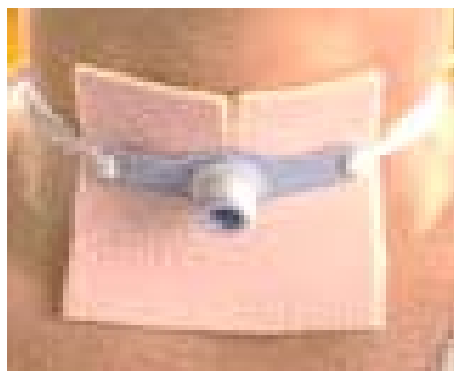
Un paciente puede tener más de una necesidad por esta razón n= total no equivale al 100% en esta tabla.

ANEXO I. TABLA 4:
OTRAS NECESIDADES

OTRAS NECESIDADES	FRECUENCIA n = 97 (%)	
Tubo oro-traqueal	57	58.8%
Conocimiento sobre la enfermedad	43	44.3%
Fecha día, mes , año	36	37.1%
Luz	30	30.9%
Comunicación con la familia	28	28.9%
Traqueostomía	20	20.3

Un paciente puede tener mas de una necesidad por esta razón n= total no equivale al 100% en esta tabla.

ANEXO J. DIBUJO 1:
INSTRUCTIVO PRELIMINAR DE NECESIDADES BÁSICAS





Febbraio 1999

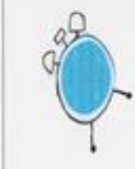


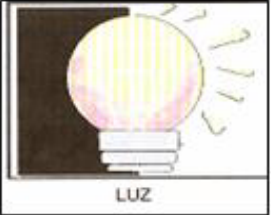
Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom							
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	

ANEXO K. DIBUJO 2:
INSTRUCTIVO PILOTO DE COMUNICACIÓN NO VERBAL

SED	DOLOR	CAMBIOS DE POSICION	DORMIR
			

HAMBRE	FRIO	CALOR	BAÑO
			

PRESENCIA DEL TUBO	PREOCUPACIÓN	FECHA Y HORA	
			
		FECHA	Y HORA

LUZ	FAMILIA
	

ANEXO L. LETRAS DEL ABECEDARIO

a b c d e f g h i

j k l m n ñ o p q

r s t u v w x y z