



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA  
BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS  
DE KRISTEN SWANSON PARA LOS  
PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN  
MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)  
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE  
CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO DE  
UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE  
ATENCIÓN**

**Linamaría Lozano González**

**Mónica Silva Cabrera**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Especialización Enfermería Cardiorespiratoria

Bogotá, Colombia

2014



**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA  
TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON PARA  
LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO  
INVASIVA (VMNI) HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE  
CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO DE UN HOSPITAL DE  
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

**Linamaría Lozano González**

**Mónica Silva Cabrera**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título  
de:

**Especialista en enfermería Cardiorrespiratoria**

Director (a):

Enfermera Especialista en Enfermería Cardiorrespiratoria  
Astrid Yohana Gómez Martínez

Línea de Investigación:

Línea autocuidado para la salud cardiovascular y respiratoria

Grupo de Investigación:

Grupo de investigación para la salud cardiorrespiratoria

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Especialización Enfermería Cardiorespiratoria

Bogotá, Colombia

2014



## Dedicatoria

*A nuestras familias que apoyaron nuestras decisiones y nos fortalecieron en los momentos más difíciles donde requerimos de amor y comprensión.*

*A nuestros pacientes ya que requieren de profesionales de enfermería que busquen mejorar sus experiencias de salud con el menor impacto posible, al igual que para sus familias que confían las vidas de sus seres más queridos y esperan que respondamos a las necesidades como seres humanos que estamos al cuidado de ellos.*

*A la universidad Nacional, a la facultad de Enfermería por poner a nuestra disposición nuestros maestros, recursos físicos para lograr aportar al conocimiento y aportar a nuestra profesión.*

*Especialmente a nuestro asesor quien gracias a su dedicación, conocimiento y experiencia siempre nos ayudó a visualizar que todo era posible y lograr nuestros objetivos.*



## **Agradecimientos**

En primer lugar a Dios, quien es ese ser supremo que nos brinda talentos y oportunidades para estar al cuidado de las personas que requieren de nuestra atención

A nuestras familias que brindaron su tiempo, apoyo para la consolidación de nuestras metas como personas y profesionales

A nuestro asesor Astrid Gómez Enfermera Especialista en cuidado Cardiorrespiratorio quien es un ejemplo de profesional de enfermería porque desde conocimientos académicos y como ser humano, siempre nos acompañó durante el proceso.

A los pacientes y profesionales de enfermería vinculados al Hospital Santa Clara y a la institución quienes permitieron conocer sus necesidades y crear una propuesta de cuidado que fortalezca el cuidado orientado al bienestar del paciente.



# PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON PARA LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

## Resumen

Este trabajo es una propuesta de cuidado cuyo objetivo era generar una propuesta de cuidado basado en la Teoría Kristen Swanson dirigida a enfermeras que cuidan pacientes con EPOC exacerbado entre los 40 y 80 años que requieren de VMNI hospitalizados en la UCI y UCII de un Hospital de tercer nivel de atención. Esta surge de la necesidad de identificar desde la relación enfermera paciente que intervenciones de enfermería facilitan el bienestar de este. Para su desarrollo se utilizó el marco lógico y la aplicación de encuestas semi-estructuradas a 3 pacientes y 20 enfermeras vinculadas a la UCI y UCII en un hospital de tercer nivel de Bogotá D.C., encontrando como principal resultado que las enfermeras reconocen como su mayor necesidad el adquirir conocimientos sobre la terapia y por el contrario los pacientes reconocen como un vacío de cuidado que el componente relacionado con el “Estar con”. En conclusión la propuesta describo intervenciones que lograron el bienestar y éxito del paciente.

**Palabras clave:** ventilación mecánica no invasiva, colaboración enfermera-paciente, enfermedad obstructiva crónica, presencia enfermería, relación enfermera paciente.

# NURSING CARE PROPOSAL BASED ON THE THEORY OF KRISTEN SWANSON CARE FOR PATIENTS WITH COPD AND NON-INVASIVE MECHANICAL VENTILATION (NIV) HOSPITAL IN INTENSIVE CARE UNIT AND INTERMEDIATE OF A TERTIARY HOSPITAL CARE

## Abstract

His work is a proposal of care, whose objective is generating a proposal of care based on the Kristen Swanson Theory. This proposal is aimed to nurses that take care of COPD patients with exacerbations, between the ages of 40 and 80 years, who require NIV and who are hospitalized in both, the ICU and the step-down ICU, in a tertiary care hospital. This work arises from the need to identify nursing interventions that benefit the nurse-patient relationship from the patient standpoint. The proposal was done utilizing the logical framework, and semi-structured questionnaires to 3 patients and 20 nurses that are affiliated with a tertiary care hospital in Bogotá D.C. Main findings show that nurses recognize their greatest need is to learn about the therapy or plan of care, while patients recognize that the component of care missing is "Being With." In conclusion the proposal describe interventions that achieved the success and welfare of the patient.

**Keywords:** Non-invasive ventilation, Nurse–patient collaboration, Chronic obstructive pulmonary disease, Nursing presence, Nurse-patient relationship

# Contenido

Contenido

	Pág.
<b>Resumen .....</b>	<b>IX</b>
<b>Lista de tablas .....</b>	<b>XIII</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Marco de referencia .....</b>	<b>3</b>
1.1 Área Problema .....	3
1.2 Problema.....	5
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos .....	10
1.4.1 Objetivo general.....	10
1.4.2 Objetivos específicos .....	10
1.5 Descripción .....	10
1.6 Resultados esperados.....	11
1.7 Referente Conceptual .....	11
1.7.1 Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y exacerbación.....	11
1.7.2 Ventilación mecánica no invasiva (VMNI): .....	12
Proporciona dos niveles de presión de aire positiva en pacientes con respiración espontánea. Este modo disminuye el trabajo respiratorio ya que se parece más a la mecánica ventilatoria normal. ....	13
1.7.3 Ventilación mecánica no invasiva (VMNI): .....	14
1.7.4 Valoración del paciente.....	15
1.7.5 Gestión de las necesidades del paciente y el medio ambiente .....	17
1.7.6 Gestión de la fase post-diagnostica. ....	18
<b>2. Referente Metodológico.....</b>	<b>21</b>
2.1 Teoría de Kristen Swanson: Cuidado Informado Para El bienestar de Otros”... 21	21
2.1.1 Supuestos de la teoría de cuidado informado para el bienestar de otros: nivel filosófico .....	22
2.1.2 Conceptos de la teoría de cuidado informado para el bienestar de otros: nivel teórico .....	25
2.1.3 Teoría de cuidado informado para el bienestar de otros: nivel empirico.....	26
2.1.4 Aplicación de la teoría a la propuesta de cuidado .....	27
2.1.5 Modelo conceptual colaboracion enfermera paciente .....	35
2.1.6 COMPONENTES DE LA SITUACIÓN PROBLEMA PARA LOS PACIENTES CON VMNI Y EPOC EXACERBADO .....	36

<b>3. Diseño Metodológico.....</b>	<b>39</b>
3.1 Participantes .....	39
3.2 Herramientas .....	40
3.3 Universo y muestra .....	40
3.3.1 Universo:.....	40
3.3.2 Muestra: .....	40
3.3.3 Técnica de selección de participantes .....	41
3.3.4 Actividades.....	41
<b>4. Consideraciones Éticas.....</b>	<b>43</b>
4.1 PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL .....	44
4.1.1 Integralidad .....	44
4.1.2 Individualidad. ....	44
4.1.3 Dialogicidad.....	44
4.1.4 Calidad.....	45
4.1.5 Continuidad.....	45
4.2 Consentimiento Informado.....	47
<b>5. Resultados .....</b>	<b>49</b>
5.1 Resultados y análisis de los hallazgos encontrados desde la aplicación de la encuesta a enfermeras:.....	49
5.2 Resultados y análisis de los hallazgos encontrados desde la aplicación de la encuesta a pacientes.....	55
<b>6. Discusión.....</b>	<b>61</b>
<b>7. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>67</b>
7.1 Conclusiones .....	67
7.2 Recomendaciones .....	68
<b>A. Anexo: Matriz del Marco logico.....</b>	<b>89</b>
<b>B. Anexo: Encuesta al paciente con EPOC exacerbado usuario de ventilación mecánica no invasiva .....</b>	<b>92</b>
<b>C. Anexo: Encuesta al profesional de Enfermería que cuida al paciente con EPOC exacerbado usuario de ventilación mecánica no invasiva .....</b>	<b>101</b>
<b>D. Anexo: Consentimiento Informado.....</b>	<b>106</b>
<b>E. Anexo: Propuesta de Cuidado .....</b>	<b>107</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>108</b>

## Lista de tablas

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Caracterización demográfica del grupo de enfermeras.....	49
<b>Tabla 2.</b> Pregunta 1. La ventilación mecánica es una actividad exclusiva del terapeuta respiratorio y el médico .....	50
<b>Tabla 3.</b> Pregunta 2. Usted como enfermera se involucra atendiendo las necesidades del paciente durante todo el proceso de la terapia. ....	51
<b>Tabla 4.</b> Pregunta 3.Cuál es su principal necesidad de conocimiento acerca del cuidado de enfermería al paciente con EPOC exacerbado usuario de ventilación mecánica no invasiva. ....	52
<b>Tabla 5.</b> Pregunta 4.Cuál es la intervención de enfermería que usted prioriza cuando le brinda cuidado al paciente con EPOC exacerbado usuario de ventilación mecánica no invasiva .....	54
<b>Tabla 6.</b> Caracterización demográfica del grupo de pacientes. ....	56
<b>Tabla 7.</b> Pregunta 1.La enfermera estuvo con usted y le explico cuáles serían las molestias que sentiría durante la utilización de la máscara? .....	56
<b>Tabla 8.</b> Pregunta 2. Durante la terapia cómo comunico sus necesidades a la enfermera .....	57
<b>Tabla 9.</b> Pregunta 3. Cuáles molestias usted tuvo durante el uso de la terapia. ....	58
<b>Tabla 10.</b> Pregunta 4. Durante el tratamiento con la máscara que hizo su enfermera ..	59



# Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), es una enfermedad prevalente en la población mayor de 60 años. Los episodios de aumento de los síntomas más allá de las variaciones usuales de la enfermedad y que requieren cambio en el tratamiento son llamadas exacerbaciones. Aunque la mayoría de estas son tratadas ambulatoriamente o en sala general, algunos pacientes requieren ser trasladados a cuidado intensivo bien sea para monitorizar el patrón respiratorio o para brindar soporte ventilatorio.

La ventilación mecánica no invasiva ha demostrado ser una herramienta efectiva para tratar este tipo de pacientes logrando disminuir la necesidad de intubación oro traqueal, al mismo tiempo la frecuencia de complicaciones y la mortalidad.

Sin embargo, no todos los pacientes con EPOC exacerbado a quienes se inicia ventilación mecánica no invasiva (VMNI) logran el efecto terapéutico esperado. Un porcentaje de ellos fracasará requiriendo ser intubado para lograr el soporte requerido. Los factores que se asocian con fracaso son tener un APACHE alto, neumonía asociada y PaCO<sub>2</sub> mayor de 50mmHg. Adicionalmente, factores independientes del paciente como la experiencia del equipo tratante y la escogencia de una interface adecuada están directamente relacionadas con el éxito o el fracaso de la terapia.

La capacidad de observación de los miembros del equipo así como su conocimiento y experiencia para identificar tempranamente los problemas y realizar los ajustes necesarios son factores cardinales para llevar la terapia a buen recaudo. En este punto es determinante recordar que el profesional de enfermería es quien permanece el mayor tiempo con los pacientes durante la hospitalización, siendo así la persona con más posibilidades de identificar los problemas de adaptación con el ventilador e iniciar su corrección estableciendo una relación enfermera-paciente colaborativa a través de un cuidado humanizado.

Derivado de lo anteriormente presentado, se identificó la necesidad de desarrollar una propuesta de cuidado de enfermería para pacientes con EPOC exacerbado y VMNI hospitalizados en la Unidad de cuidado intensivo e intermedio de una Institución de Salud de Tercer Nivel, mediante la aplicación de la metodología del marco lógico con el fin de identificar las necesidades de los pacientes, de las enfermeras y los tipo de colaboración enfermera- paciente, de tal forma que el desarrollo de esta propuesta de cuidado se orientó hacia el bienestar, satisfacción de las necesidades del paciente y el fortalecimiento de una relación reciproca enfermera paciente.



# 1. Marco de referencia

## 1.1 Área Problema

La principal complicación por la que un paciente con EPOC requiere de ventilación mecánica No Invasiva es la falla respiratoria aguda, como lo refiere Frutos y Ferguson<sup>1</sup> esta constituye una de las principales causas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos en Estados Unidos, siendo responsable del 69% de los ingresos. Este mismo autor refiere que la falla respiratoria aguda en los pacientes críticamente enfermos tiene una mortalidad alta que oscila entre el 25% en los pacientes sin ninguna comorbilidad adicional y hasta un 65% en pacientes con enfermedad pulmonar previa y otras enfermedades asociadas, representando una mortalidad hasta del 70% de los casos, en este tipo de pacientes.

Sumado a lo anterior, la iniciativa global para la EPOC, "GOLD"<sup>2</sup>, establece que la estrategia terapéutica de oro para el tratamiento de la falla respiratoria derivada de la exacerbación de la EPOC, incluye el uso de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), la cual trae consigo múltiples beneficios a los pacientes pero también implica algunas complicaciones y ciertas dificultades, especialmente en relación con el acople a la terapia, razón por la cual, el éxito de la misma puede verse entorpecido y puede llegar a generar rechazo por parte de los pacientes.

En relación con lo anteriormente mencionado, es de gran relevancia el papel que el profesional de enfermería juega en las unidades de cuidado intensivo e intermedio, dado que son ellos, quienes acompañan a los pacientes y a sus familiares en el proceso de la enfermedad y derivado de esto, deben ser capaces de identificar las necesidades de cuidado y buscar su satisfacción.

---

<sup>1</sup> FRUTOS, Fernando. FERGUSON, Niall. et al. Acute respiratory distress syndrome: underrecognition by clinicians and diagnostic accuracy of three clinical definitions.[En línea]. En Critical Care Medicine. Octubre 2005. Vol. N° 10. , págs. Pág. 2228-34. {citado en noviembre de 2013}. Disponible en (<http://www.medscape.com/viewarticle/515450>)

<sup>2</sup> ROISIN, Roberto. VESTO, Jorge. et al. ESTRATEGIA GLOBAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC. [En línea] Adaptado 2013. {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en ([www.docenciamfycbuenosaires.files.wordpress.com/2013/03/gold\\_report\\_2013\\_feb20.pdf](http://www.docenciamfycbuenosaires.files.wordpress.com/2013/03/gold_report_2013_feb20.pdf))

Es así como surge la necesidad de actuar y generar desde el interés particular, una propuesta de intervención encaminada a identificar las necesidades y el fenómeno de interacción enfermera - paciente, que padece EPOC y que es usuario de la ventilación mecánica no invasiva. Esta necesidad se sustenta además, en la escasa literatura que existe desde el cuidado de enfermería a nivel latinoamericano, en relación con este fenómeno y cuyo conocimiento es fundamental para poder implementar las intervenciones que contribuyan al bienestar del paciente y éxito de la terapia.

Teniendo en cuenta la poca literatura desarrollada por enfermeras, se pueden señalar algunos artículos que aportan al conocimiento del estado del arte, y a nuestro fenómeno de interés se encuentran “Nurse–patient collaboration<sup>3</sup>”, artículo en el cual se presenta un modelo de cuidado enfermera- paciente con el desarrollo de 4 categorías de interacción (Doble colaboración orientada, La colaboración orientada al bienestar, la colaboración orientados a los resultados, La colaboración ausente) lo cual permite a visualizar de manera más empírica el tipo de relación enfermera paciente y como esta contribuye el concepto al que se refiere Kristen Swanson “Estar con”.

Del mismo modo el estudio de tipo cualitativo descriptivo de Sørensen D., Frederiksen K<sup>4</sup>., y colaboradores: permite identificar el rol de la enfermera

---

<sup>3</sup> SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. LOMBORG, Kristen. Nurse patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. [En línea]. En International Journal of Nursing Studies. Enero de 2013. {citado marzo de 2013}. Disponible en ([www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/abstract))

<sup>4</sup> SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. Y LOMBORG, Kristen. Practical wisdom: A qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. [En línea]. En Intensive Critical Care Nursing. Enero de 2013. {Citado en Noviembre 14 de 2012}. Disponible en([www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U6UsbzmFgk0J:www.researchgate.net/publication](http://www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U6UsbzmFgk0J:www.researchgate.net/publication))

experimentada al momento de proporcionar cuidado ya que es quien ha desarrollado habilidades capaces de identificar fácilmente las posibles complicaciones derivadas del uso de la VMNI, la autoras las agrupan en tres componentes 1) Lograr la adaptación a la VMNI, 2) Asegurar una ventilación efectiva y 3) Responder atentamente las percepciones de los pacientes sobre la ventilación mecánica no invasiva, estos componentes permiten identificar intervenciones de enfermería que facilitan el acompañamiento y el bienestar del paciente usuario de VMNI.

Dado que la propuesta de Cuidado busca brindar bienestar al paciente con EPOC usuario VMNI como estrategia para lograr éxito con la terapia desde el cuidado de enfermería; es la Teoría “Cuidado informado para el bienestar de otros” de Kristen Swanson la que brinda herramientas a través de los 5 conceptos: “Estar con”, “Hacer por”, “Conocer” “Capacitar” Y “Mantener la confianza”<sup>5</sup> comprenden de manera integral el cuidado, brindado a un ser de apoyo, no solo físico sino también espiritual, en especial soporte desde el establecimiento de una relación empática, un acompañamiento constante y una interacción recíproca lo cual se traduce en el concepto de “Estar con” permitiendo identificar al profesional de Enfermería aspectos importantes de los fenómenos involucrados que requieren una atención prioritaria, los cuales solo son reconocidos cuando la enfermera (o) se pone en el lugar de otra persona teniendo en cuenta sus múltiples dimensiones y finalmente influyen la toma de decisiones, comportamientos y experiencias.

En conclusión, los estudios muestran que la condición de enfermo con EPOC y usuario de VMNI ostenta un alto grado de necesidades, las cuales se intensifican o se satisfacen según el tipo de relación enfermera paciente. De allí la necesidad de generar una propuesta de cuidado orientada al bienestar de este grupo de pacientes, basada en la identificación de las necesidades de cuidado percibidos por los pacientes y profesionales de enfermería.

## 1.2 Problema

El aumento de las complicaciones asociadas a la ventilación mecánica invasiva y los beneficios demostrados con la ventilación mecánica no invasiva, han conducido a que los profesionales de salud busquen otras alternativas de

---

<sup>5</sup> ALLIGOOD, Martha. MARRINER, Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición. España: Elsevier, 2011. Pág.766-777

tratamiento que permitan optimizar las acciones terapéuticas con el fin de lograr la estabilización y recuperación del paciente que presenta agudización de la EPOC. Actualmente, la terapia con VMNI se implementa con mayor frecuencia en servicios de cuidado crítico, particularmente en las unidades de cuidado intermedio de una institución de tercer nivel de atención y complejidad en la que existe la necesidad de desarrollar una guía o directrices que conduzca a el cuidado de este tipo de pacientes y finalmente al éxito de la terapia con VMNI.

De igual forma se evidencia la necesidad de generar estrategias que faciliten el rol de la enfermera al momento de brindar cuidado al paciente con VMNI desde la relación de colaboración enfermera- paciente, de tal forma que el proceso de acople o sincronía entre el ventilador y el paciente sea más fácil y efectivo, pero además que la enfermera refuerce habilidades relacionadas con el acompañamiento del paciente y la presencia auténtica, sin dejar de lado el fortalecimiento de la capacidad de reconocer aquellos factores que impiden que este proceso se lleve a cabo de forma adecuada y derive en un mayor tiempo de estancia en UCI y con VMNI.

### 1.3 Justificación

El En la actualidad la literatura internacional como la publicada por Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias en México<sup>6</sup>, revela que la prevalencia de la EPOC en muchos países desarrollados está aumentando y con ello las tasas de mortalidad asociadas generalmente a la exacerbación de la enfermedad, especialmente en las personas mayores de 60 años, representando así un problema de salud pública.

Bazurto<sup>7</sup>, en su artículo, refiere que la EPOC es la cuarta causa de muerte en el mundo y la 7<sup>a</sup> en Colombia, esperándose un aumento de la prevalencia y

---

<sup>6</sup>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. En Segundo consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. [En línea] Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2003. {Citado en septiembre 2 de 2012.} Disponible en ([www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/ins031b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/ins031b.pdf))

<sup>7</sup>BAZURTO, M. PARADA, O. MARTÍNEZ C. Factores relacionados con mortalidad en insuficiencia respiratoria crónica en EPOC. [En línea]. En Revista colombiana de neumología. Vol

mortalidad por esta enfermedad en las próximas décadas, esta mortalidad se encuentra relacionada con la exacerbación de la enfermedad, pero además, aquellos pacientes que ingresan a cuidado intensivo tiene una mortalidad significativa cercana al 27%.

Por su parte, Barry Mc Brien y colaboradores<sup>8</sup> en su artículo Non-invasive ventilation: a nurse-led service refiere que según la evidencia encontrada “el tratamiento estándar para pacientes con exacerbaciones de la enfermedad obstructiva crónica (EPOC), incluye el manejo temprano con ventilación no invasiva (VMNI), ya que la ventilación ha demostrado reducir las tasas de fracaso de la terapia de oxígeno y el tratamiento con broncodilatadores y esteroides. Ésta también reduce las complicaciones y la mortalidad, la necesidad de intubación y la duración de la estancia hospitalaria en aquellas personas con EPOC que es nuestra población de interés.

Teniendo en cuenta lo anterior se evidencia que la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es uno de los tratamientos más asertivos en pacientes con EPOC exacerbado en poblaciones entre los 40 y 80 años, rango de edad promedio en quienes se hará la de intervención.

Sumado a lo anterior, cuando un paciente con EPOC exacerbado en fase aguda ingresa a la unidad de cuidado intensivo o intermedio se encuentra con un equipo interdisciplinario conformado por el médico, la enfermera, el auxiliar de enfermería y el fisioterapeuta, quienes buscan brindarle una atención completa, que mejore los síntomas y disminuya la mortalidad. Partiendo de que el profesional de enfermería es quien permanece el mayor tiempo con el paciente y tiene un contacto directo con él, es la persona más indicada para intervenir en cada fase del proceso, teniendo no solo un conocimiento teórico-práctico de la terapia y conociendo la patología, pero además, teniendo en cuenta las complicaciones de la terapia, los deseos del paciente, su familia, el apoyo psicológico que lograra aumentar el potencial de recuperación del paciente y lograr buena calidad en la atención.

Para lograr lo anteriormente mencionado, es importante tener en cuenta el modelo de Sørensen<sup>9</sup> y colaboradores en su artículo “Practical wisdom: A

---

14 N° 3. {Citado en Septiembre de 2002}. Disponible en ([www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum14302factores.htm](http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum14302factores.htm))

8 MCBRIEN, Barry. REILLY, R. WYNNE, C. Non-invasive ventilation: a nurse-led service. [En línea]. En Emergency Nurse. Octubre 2009. N° 17(6) Pág. 30. {Citado en 10 septiembre de 2012}. Disponible en (<http://www.sinab.unal.edu.co:3673/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi>)

<sup>9</sup> SØRENSEN, Dorthe,. Practical wisdom: A qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. Op cit., pág, 4

qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses” donde se propuso que las enfermeras no pueden tomar buenas decisiones clínicas o éticas, sin una buena comprensión de la ciencia de la enfermería y la medicina, así como una comprensión de los valores y preferencias del paciente, lo que sustenta porque las enfermeras deben concentrar su atención en el conocimiento de este tipo de terapias, pero principalmente basar el arte de enfermería en brindar cuidado, buscando fortalecer la interacción enfermera paciente, esto se hace también evidente en el artículo citado por Sørensen<sup>10</sup> y colaboradores “Nurse–patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation, donde enfatizan que el éxito de la terapia depende de la colaboración entre la relación enfermera-paciente bien sea recíproca, orientada a los resultados y al bienestar.

El modelo citado por Sørensen nos acerca a una realidad de cuidado dirigida hacia el bienestar que puede enriquecer la teoría de mediano rango de Kristen M. Swanson “Cuidado informado para el bienestar de otros”, donde a través del cuidado con compromiso y responsabilidad; teniendo en cuenta cinco conceptos que comprenden de manera integral el cuidado brindado a un ser que requiere de apoyo, no solo físico sino también espiritual. Siendo estos conceptos el conocer, estar con, hacer por, capacitar y mantener la confianza, proporcionando estos, una empatía con el otro y un significado de la experiencia de salud, lo que le permite identificar aspectos importantes a la enfermera de los fenómenos involucrados que requieren una atención prioritaria que solo son reconocidos cuando el profesional se pone en el lugar de otra persona basando su intervención en los aspectos que considera importantes por medio de una valoración detallada teniendo en cuenta las dimensiones del ser humano.

Dichos aspectos han estado presentes en enfermería pero en cierta medida ha sido opacados por la tecnología, la rutina, la mecanización de los procesos, la inexperiencia y la colaboración ausente de la relación enfermera- paciente.

Basadas en lo anteriormente mencionado, surge el interés en realizar una propuesta de cuidado donde el profesional de enfermería identifique las intervenciones que facilitan el acompañamiento del paciente como parte esencial del logro de su bienestar y con ello el éxito de la terapia; en donde la

---

10 SØRENSEN, Dorthe,. Nursepatient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation Op. cit., p, 4.

enfermera sea pieza clave porque cuenta con los conocimientos teórico prácticos necesarios para el proceso de la ventilación mecánica no invasiva pero además de intervenciones que busquen el cuidado recíproco basados en la escucha activa, la presencia auténtica y la comunicación efectiva y el entendimiento de las necesidades de cada persona.

Según lo sustentado anteriormente y teniendo en cuenta los patrones de significancia a nivel empírico y disciplinar como lo refiere DURAN<sup>11</sup> este trabajo de grado contribuye conocimiento de enfermería porque desde el aporte de teorías de mediano rango como las propuestas por Kristen Swanson y Modelos de cuidado como el Modelo de Colaboración de Sorensen propuestas desde el marco epistemológico de la ciencia, se hace imprescindible desarrollar de manera rigurosa conocimiento que sustente desde la teoría, las intervenciones para aquellos pacientes con EPOC usuarios de VMNI, que permitan lograr el bienestar brindando un cuidado con calidad. Desde el punto de vista disciplinar este trabajo aporta al conocimiento propio de enfermería, dado que es evidente el vacío en el desarrollo de intervenciones a pacientes con EPOC y VMNI donde la relación enfermera paciente y cuidado humanizado no se desliguen.

Como refiere Pinto<sup>12</sup>, también se hace evidente desde el patrón social, que el profesional de enfermería contribuya con el desarrollo de este tipo de conocimiento porque es el que le permitirá ser reconocido como un profesional con criterios científicos que aporte al equipo interdisciplinar desde sus acciones independientes, interdependientes y dependientes, logrando ser reconocido dentro de la sociedad científica como un profesional que al brindar cuidado directo identifica las necesidades de un paciente con EPOC y VMNI, con el objetivo de que se cumpla de manera oportuna con el tratamiento y la persona sujeto de cuidado logre adaptarse fácilmente a dicho tratamiento.

Partiendo de esto, se hace necesario el desarrollo de *una propuesta de cuidado* que facilite la implementación de la terapia, de tal forma que el profesional de enfermería siendo la persona que brinda cuidado directo durante la hospitalización, sea participe activo y responsable, en conjunto con los demás integrantes del equipo multidisciplinario, de cuidar al paciente con EPOC y VMNI, desde el enfoque de interacción enfermera paciente.

---

<sup>11</sup>DURAN DE VILLALOBOS, Maria Mercedes. Marco epistemológico de la enfermería. [En línea]. En Aquichan, Norteamérica, 2, may. 2009. {Citado el 24 marzo} Disponible en: ([www.aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/35](http://www.aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/35)).

<sup>12</sup>PINTO AFANADOR, Natividad. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. [En línea] Avances en Enfermería, Norteamérica, 20, sep. 2010. {Citado marzo 2013}. Disponible en ([www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312).)

## 1.4 Objetivos

### 1.4.1 Objetivo general

Generar una propuesta de cuidado basado en la Teoría de Kristen Swanson dirigida a enfermeras que cuidan pacientes con EPOC exacerbado, entre los 40 y 80 años que requieren de VMNI, hospitalizados en la UCI y UCII de un Hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de Bogotá.

### 1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las necesidades de cuidado de los pacientes con EPOC exacerbado, entre los 40 y 80 años, que requieren de VMNI hospitalizados en la UCI y UCII de un hospital de tercer nivel de atención.
- Identificar las necesidades de las enfermeras al momento de brindar cuidado a los pacientes entre los 40 y 80 años con EPOC exacerbado que requieren de VMNI hospitalizados en la unidad de cuidado UCI y UCII de un hospital de tercer nivel de atención.
- Conocer los tipos de colaboración enfermera- paciente que se establecen en el momento de cuidado.
- Desarrollar una guía de cuidado basada en las necesidades encontradas logrando un cuidado orientado al bienestar de los pacientes entre los 40 y 80 años con EPOC exacerbado que requieren de VMNI hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de una institución de tercer nivel de la ciudad de Bogotá.

## 1.5 Descripción

Mediante la construcción de una Propuesta de cuidado Enfermería orientado al bienestar del paciente con EPOC exacerbado usuario de VMNI, basadas en la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson y el Modelo de Cuidado e Sorensen, se pretende ofrecer intervenciones de enfermería que sustentadas desde el conocimiento disciplinar, le permitan al profesional de enfermería resolver

problemas de la práctica diaria en el cuidado de estos pacientes y finalmente lograr un acompañamiento que facilite el bienestar de los mismos y por ende el éxito de la terapia

## 1.6 Resultados esperados

Contar con una Propuesta de cuidado Enfermería orientado al bienestar del paciente con EPOC exacerbado usuario de VMNI que brinde recomendaciones y fortalezcan las intervenciones que involucren a el profesional de enfermería al momento de brindar cuidado orientado al bienestar desde el establecimiento de una interacción enfermera paciente reciproco y el crecimiento sea mutuo logrando la adaptación del paciente a la terapia.

## 1.7 Referente Conceptual

### 1.7.1 Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y exacerbación

La enfermedad obstructiva crónica se define como la limitación del flujo aéreo, que generalmente es progresiva y está asociada a una respuesta inflamatoria que lleva a la remodelación y estreches de las vías aéreas (bronquitis obstructiva) y destrucción del parénquima (enfisema), lo que se traduce en la pérdida de la retracción elástica del pulmón. Esta enfermedad se caracteriza por un deterioro progresivo del flujo de aire a través de los pulmones y vías respiratorias, conduciendo a un deterioro de la oxigenación y al Fracaso respiratorio que conlleva a la muerte.<sup>13</sup>

Como lo refiere MCBRIEN<sup>14</sup> se refiere a que cuando se presenta una exacerbación de la enfermedad generalmente se asocia a procesos inflamatorios e infecciosos que conducen a:

---

13 SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA. Terapia intensiva. 4 Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2007.

14 MCBRIEN, Barry. REILLY, R. WYNNE, C. Non-invasive ventilation: a nurse-led service. [En línea]. En Emergency Nurse. Octubre 2009. N° 17(6) Pág. 30. {Citado en 10 septiembre de 2012}. Disponible en (<http://www.sinab.unal.edu.co:3673/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi>)

- Deterioro del intercambio gaseoso de tipo hipoxemia o hipercapnia por alteraciones en la ventilación-perfusión y presencia de hipo ventilación alveolar por disfunción de los músculos respiratorios o aumento en los requerimientos ventilatorios.
- Deterioro de la mecánica respiratoria asociándose a aumento de las secreciones e inflamación que provoca un incremento de la resistencia al flujo aéreo y que junto con la pérdida de la elasticidad conducen al fenómeno que hiperinflación pulmonar que lleva a cambio en el rendimiento de los músculos respiratorios haciéndose ineficientes.

Estas dos consecuencias grandes, más el aumento de la presión intratorácica reduce el retorno venoso hacia el corazón y con ello el gasto cardíaco que junto con la hipoxemia excesiva llevan a un aumento importante del trabajo respiratorio, que si llega a ser excesivo requerirá soporte ventilatorio para mantener el aparato cardiovascular funcional.

### **1.7.2 Ventilación mecánica no invasiva (VMNI):**

Como lo refiere Jennifer Wilbeck<sup>15</sup> La ventilación mecánica no invasiva se define como el soporte ventilatorio sin el uso de una vía aérea artificial que emplea tubo endotraqueal o traqueotomía, la cual proporciona presión positiva a las vías respiratorias a través del uso de diferentes tipos de mascarillas, cuyo fin es el reclutamiento positivo y con ello el aumento de la presión alveolar que produce que estos permanezcan abiertos.

Jennifer Wilbeck<sup>16</sup> refiere en su artículo Non-invasive ventilación: a nurse-led service que hay diferentes modos ventilatorios en la ventilación Mecánica No invasiva: el modo presión positiva continua en la vía aérea y presión positiva de la vía aérea bilevel evidenciándose más en el contexto el uso de la primera y a nivel domiciliario el segundo modo.

---

15 WILBECK, Jennifer. FISCHER, Michael. Noninvasive Ventilation in Emergency Care. [En línea] En Advanced Emergency Nursing Journal. Abril 2009. N° 31, Vol. 2. Pag, 161–169. {Citado Noviembre de 2013}. Disponible en ([http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article\\_ID=862940](http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article_ID=862940))

16 Ibid,. Pág. 12.

- CPAP: Presión positiva continua de la vía aérea:

La presión positiva continua de la vía aérea conduce a la contracción alveolar que en consecuencia aumenta la superficie disponible para el intercambio de gases y la disminución de la hipoxemia. En este modo se requiere que el paciente realice la respiración espontáneamente. En cuanto a los parámetros preestablecidos se incluyen una FIO<sub>2</sub> del 40% con presión espiratoria final CPAP / positivo presión de 10 cm H<sub>2</sub>O.

Una de las principales consecuencias es que la CPAP, es que en este modo la presión positiva aumenta además, la presión intratorácica, lo que puede conducir a una disminución de la precarga y poscarga lo que reduce finalmente el gasto cardiaco.

- BIPAP: Presión positiva de la vía aérea bilevel:

Proporciona dos niveles de presión de aire positiva en pacientes con respiración espontánea. Este modo disminuye el trabajo respiratorio ya que se parece más a la mecánica ventilatoria normal.

Niveles de presión:

- Nivel mayor de presión durante la fase de inhalación para aumentar la respiración espontánea del paciente.
- Nivel inferior de presión durante la fase de exhalación para permitir que el paciente exhale más fácil contra un menor flujo y exhalar completamente, liberando una mayor cantidad de dióxido de carbono. En cuanto a los parámetros preestablecidos constituyen la configuración típica es como sigue: FIO<sub>2</sub>: 40%, IPAP: 14 cm H<sub>2</sub>O y EPAP: 6 cmH<sub>2</sub>O

Beneficios de la ventilación mecánica no invasiva

El mayor beneficio de la VMNI es reducción de los riesgos asociados con la ventilación mecánica invasiva y las intubaciones innecesarias disminuyendo los costos, las complicaciones, la duración del tiempo de ventilación y las estancias en la UCI mientras se mejora las tasas de mortalidad.

Los pacientes con EPOC exacerbado se benefician porque disminuye el trabajo respiratorio y la disnea, en consecuencia se mejora la ventilación alveolar, evitando el colapso de los mismos, mejora la oxigenación, reduciendo así la retención de CO<sub>2</sub><sup>17</sup>, disminución del shunt intrapulmonar y las consecuencias generadas por la acidosis respiratoria que en la mayoría de los casos se presenta y explica el deterioro neurológico, reduce las infecciones nosocomiales, los efectos adversos de la sedación y con ello las complicaciones, las estancias hospitalarias prolongadas, aun mas, si este tipo de terapia se complementa con la terapia farmacológica, el soporte social y la oxigenoterapia.

Riesgos de la ventilación mecánica no invasiva

- No se deben utilizar en pacientes que requiere una vía aérea segura y protegida, por ello está contraindicado en los pacientes con alteración del estado de conciencia.
- Está contraindicada en pacientes hemodinámicamente inestables. Al tener en cuenta los riesgos de la terapia es necesario identificar que situaciones contraindican el uso de esta terapia evaluando las potenciales complicaciones una hora después de inicio de la terapia y posteriormente cada 4 horas ya que produce disminución del retorno venoso y por consiguiente de gasto cardiaco.
- La hipoventilación.
- El barotrauma.
- Distensión gástrica.

### **1.7.3 Ventilación mecánica no invasiva (VMNI):**

Deben estar presentes dos o más de los siguientes criterios<sup>18</sup>:

- Uso de músculos accesorios para respirar

---

17. BERSTE, Andrew. Best practices for noninvasive ventilation. [En línea]. Canadian Medical Association Journal. CMAJ, Febrero 2011. N° 183 Vol, (3). {Citado Noviembre de 2013}. Disponible en: ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324861](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324861))

18 CHRIS Kallus. OLDMIXON, Cecilia. Clinical application of noninvasive ventilation [En línea]. Nursing Management. May 2009. Pág, 45. {Citado Noviembre 2013}. Disponible en ([www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article\\_ID=859644&Journal\\_ID=54013&Issue\\_ID=859617](http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article_ID=859644&Journal_ID=54013&Issue_ID=859617))

- Respiración paradójica
- Frecuencia respiratoria de más de 25 respiraciones / minuto
- Disnea (moderada a grave o aumento en la EPOC pacientes)
- PaCO<sub>2</sub> mayor de 45 mm Hg, con un pH de menos a 7,35
- PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> relación de menos de 200
- Ausencia de secreciones excesivas
- Estabilidad hemodinámica

### 1.7.4 Valoración del paciente

En los servicios de cuidado crítico es necesario realizar una valoración completa del paciente antes, durante y al finalizar la terapia con el fin de identificar posibles necesidades o problemas y así establecer el plan de acción, mediante el establecimiento de las intervenciones y finalmente la evaluación. McBrien Barry Y Rosaleen Reilly en su artículo “*La ventilación no invasiva: un servicio dirigido por enfermeras*”<sup>19</sup> se refiere a la valoración del paciente centrada en la realización de exámenes clínicos incluyendo:

- Documentar antecedentes.
- Documentación de medicación actual.
- Establecer historia de la presentación de síntomas.
- Medición de la presión arterial sistémica, del pulso y la frecuencia respiratoria además de la temperatura, coloración de la piel.
- La evaluación del tórax y uso de músculos accesorios con el fin de valorar la eficacia de la respiración y la adecuación de la ventilación.
- Medición de la concentración de gases en sangre.
- Tomar rayos X de tórax

Evaluación del estado hemodinámico

---

19 MCBRIEN, Barry. REILLY, R. WYNNE, C. Non-invasive ventilation: a nurse-led service. [En línea]. En Emergency Nurse. Octubre 2009. N° 17(6) Pág. 30. {Citado en 10 septiembre de 2012}. Disponible en (<http://www.sinab.unal.edu.co:3673/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi>)>

En cuanto al estado hemodinámico Stefano Bambi<sup>20</sup> en su artículo, hace referencia a la evaluación del estado hemodinámico, teniendo en cuenta la nemotecnia ABC, haciendo especial énfasis en la evaluación de los problemas relacionados con la circulación. Como se muestra a continuación:

- Evaluación de Signos vitales

WILBECK <sup>21</sup> amplía la valoración rigurosa de los signos vitales, dado que alteraciones en alguno de los parámetros puede estar indicando aumento de la presión intratorácica, lo que compromete el retorno venoso y por lo tanto compromete la precarga, es por ello que se deben evaluar cualquier signo de bajo gasto cardiaco. Siempre teniendo en cuenta que si no se evidencian ningún beneficio en un lapso de 1-2 horas o se evidencia fatiga muscular se debe considerar la entubación orotraqueal.

- Evaluación de la Oximetría y gases arteriales

Según WILBECK <sup>22</sup> la utilización de la oximetría de pulso proporciona un medio no invasivo y las medidas de las tendencia de la oxigenación con la medición de gases sanguíneos, en particular el PH y los niveles de PaCO<sub>2</sub>, indicaran cambios en la oxigenación y la perfusión cada 1-2 horas hasta que el paciente esté estable. De acuerdo a su interpretación se deben considerar si los parámetros ventilatorios son susceptibles de ser modificados.

---

20 STEFANO Bambi. Noninvasive Positive Pressure Ventilation. An ABC Approach for Advanced Nursing in Emergency Departments and Acute Care Setting. [En línea]. Dimensions of Critical Care Nursing. November/December 2009. {Citado Noviembre de 2013}. Disponible en: ([www.journals.lww.com/dccjournal/toc/2009/11000](http://www.journals.lww.com/dccjournal/toc/2009/11000))

21 WILBECK Jennifer, FISCHER Michael. Noninvasive Ventilation in Emergency Care. [En línea] Advanced Emergency Nursing Journal Vol. 31, No. 2, pp. 161–169. April 23, 2009. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en ([http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article\\_ID=862940](http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article_ID=862940))

22 Ibid., p, 16.

- Evaluación de los problemas relacionados con la función neurológica

Como refiere Bambi<sup>23</sup> la evaluación del estado de conciencia se debe realizar de manera constante ya que se relaciona con los niveles elevados de PaCO<sub>2</sub> y de bajo gasto cardiaco como se mencionó anteriormente. De igual forma se debe identificar y tratar el dolor en el paciente. El uso de la morfina está indicado en este tipo de pacientes.

- Manejo de todo tipo de drenajes.

Según Bambi<sup>24</sup> se debe establecer el uso de sondas nasogástricas para el caso en que se produzcan insuflación gástrica y distensión abdominal

- Exposición completa y evaluación de la temperatura y la integridad de la piel.

Un sistemático examen puede ayudar a prevenir las úlceras por presión producto de la interfaz y la piel del paciente, esto se hará mediante la evaluación de la temperatura y la zona en donde la piel tiene contacto con la máscara.

### **1.7.5 Gestión de las necesidades del paciente y el medio ambiente**

Las enfermeras deben garantizar repetidos contactos entre la familia, el paciente y el médico, para ponerlos al día sobre la evolución de la presentación clínica y eventualmente el resultado.

De igual forma se debe Informar al paciente las acciones de tipo médico y el consentimiento de los procedimientos con el fin de obtener el mayor nivel de cooperación y disminuir la ansiedad del paciente.

---

23 STEFANO Bambi. Noninvasive Positive Pressure Ventilation. An ABC Approach for Advanced Nursing in Emergency Departments and Acute Care Setting Op Cit. P, 16.

24 Ibid., p, 16.

### 1.7.6 Gestión de la fase post-diagnostica.

Desarrollo de acciones en el momento que la terapia tiene algún fracaso evaluando un tipo de vía aérea artificial o la opción del destete del oxígeno, asegurando el aporte de una FIO<sub>2</sub> necesaria para el paciente.

Con el fin de saber si se ha obtenido éxito con la terapia McBrien <sup>25</sup>, se refiere a tener en cuenta los siguientes criterios de eficacia para la VMNI con el fin de evaluar si la terapia está teniendo éxito o si debe ser modificada.

CRITERIOS DE EFICACIA	CRITERIOS DE RESOLUCIÓN
<p>Deben ser observados y mostrar mejoría en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia cardíaca y respiratoria.</li> <li>• La presión arterial</li> <li>• Los niveles sanguíneos de saturación de gas.</li> <li>• Nivel de Conciencia.</li> <li>• Movimiento de la pared torácica.</li> <li>• Uso de músculos accesorios</li> <li>• La coordinación del esfuerzo respiratorio con ventilador.</li> <li>• Ajuste máscara y laceración de la piel en la nariz debido a la fricción de la máscara</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El pH de los pacientes vuelve a entre 7,35 y 7,45</li> <li>• La concentración de dióxido de carbono está entre 4,5 - 6.0</li> <li>• El trabajo de la respiración se ha vuelto a la normalidad</li> </ul>

---

<sup>25</sup> MCBRIEN, Barry. REILLY, R. WYNNE, C. Non-invasive ventilation: a nurse-led service. [En línea]. En Emergency Nurse. Op cit, P, 15.





## 2.Referente Metodológico

### 2.1 Teoría de Kristen Swanson: Cuidado Informado Para El bienestar de Otros”

Nuestra propuesta de cuidado estará basada en la teoría de cuidado de Kristen M. Swanson “Cuidado informado para el bienestar de otros”, ya que esta teoría permite, como lo enuncia su nombre, promover el bienestar de otros, a través del cuidado con compromiso y responsabilidad; teniendo en cuenta cinco conceptos que comprenden de manera integral el cuidado brindado a un ser que requiere de apoyo, no solo físico sino también espiritual. Dichos aspectos han estado presentes en enfermería pero que en cierta medida ha sido opacados por la tecnología, la rutina, la mecanización de los procesos, la inexperiencia y la colaboración ausente de la relación enfermera- paciente.

En la teoría de Swanson se define el cuidado como *“una forma de fomentar las relaciones con otro ser valioso hacia quien uno tiene un sentido personal de compromiso y responsabilidad”*<sup>26</sup>. A partir de este axioma se concluye que al enunciar “fomentar” se busca crecimiento y promoción de la salud en cada paciente, “formas de relacionarse” enmarca el medio más importante para crear cuidado, las relaciones terapéuticas enfermera paciente y enfermera familia, con “otro valioso ser” reconocemos la importancia de cada paciente y así mismo respetamos su dignidad como persona y su voluntad, “hacia quien uno tiene un personal sentimiento de compromiso y responsabilidad”, indicando que a cada uno de los pacientes lo vemos en su individualidad, pedimos su participación y nos empeñamos en cumplir las metas trazadas para su cuidado, con el objetivo de impactar en su calidad de vida y de forma más extensa en la situación de salud del país, ya que si la intervención es exitosa, se conseguirá marcar huella en el tratamiento de los pacientes con una de las patologías con mayor carga de morbilidad y mortalidad y su consecuente discapacidad y alto costo derivado de la misma.

---

<sup>26</sup> ALLIGOOD, Martha. MARRINER, Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición. Editorial Elsevier España 2011. Pag, 766-777.

Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso revisar la teoría desde el punto de vista filosófico, teórico y empírico.

### **2.1.1 Supuestos de la teoría de cuidado informado para el bienestar de otros: nivel filosófico**

La teoría desarrolla los siguientes supuestos a fin de conocer cada uno de los elementos.<sup>27 28</sup>

- **PERSONA / CLIENTE:** Define que las personas son seres únicos con particularidades (pensamientos, sentimientos y comportamientos), muchas de éstas, influenciadas por el factor genético (determina las características humanas únicas de cada ser humano), una dote espiritual (conecta a la persona con el ser supremo o fuerza que da guía a la vida) y la capacidad para ejercer su libre voluntad (escoger y tomar decisiones libremente).

Se entiende que las personas son moldeadas y moldean el ambiente donde viven y que dado que la persona tiene libre escogencia, la enfermera debe ser fiel observadora de estos dos aspectos, con el objetivo de no agredir el contexto y voluntad del otro (objeto de cuidado). Por supuesto, no se debe obviar que la categoría “otro”, comprende la persona a quien se dirige el cuidado, el grupo objeto de atención, el asunto social a intervenir (otro generalizado) y/o la propia enfermera como cuidado de sí mismo. En donde la enfermera “toma el liderazgo por la abogacía de los derechos humanos, la igualdad del acceso a la asistencia sanitaria y otras causas humanistas”<sup>29</sup>.

Lo anterior se resume en que el ser tiene ya condiciones genéticas, determinantes espirituales y libre escogencia que influyen las experiencias vitales, es decir la enfermera debe entender que no puede cuidar al otro sin tener en cuenta todas las dimensiones de la persona ya que estas pueden determinar las respuestas del paciente o su familia a las intervenciones de cuidado sin desligar su consentimiento o ciertos factores que pueden afectar su libre albedrío.

---

<sup>27</sup> Minitexto Fundamentación integrada, Especialización Enfermería Cardio-respiratoria, Universidad Nacional de Colombia, 2010

<sup>28</sup> White. Patrones del conocimiento: Revisión crítica y actualización. 1995.

<sup>29</sup> *Ibíd.* P., 20.

Para nuestro caso, el supuesto persona, se encuentra constituido por los pacientes hombres y mujeres, con EPOC exacerbado que requieren de VMNI en una UCI de una Institución de III Nivel, cada una de las decisiones, conductas y sentimientos que tome se ven influenciadas por las dimensiones (genética, espiritual) y su individualidad es reconocida al momento en que él ejerce su capacidad de libre albedrío.

- **AMBIENTE:** Es cualquier contexto que puede influir o ser influido por la persona u objeto de cuidado. “Los campos de influencia son muchos e incluyen la política, la cultura, lo social, lo biofísico, lo psicológico y lo espiritual”. Al examinar la influencia del ambiente se debe tener en cuenta las demandas, las limitaciones y los recursos con los que cuentan los participantes y el ambiente en sí que los rodea. De esta forma se puede concluir que el ambiente puede llegar a influir en la persona o viceversa la persona influir en el ambiente.

En el caso seleccionado el supuesto ambiente, se relaciona con las familias de cada uno de los pacientes, la UCI, la misma Institución de salud y por supuesto cada uno de los pacientes seleccionados con sus particularidades y sus enfermeras.

- **SALUD / BIENESTAR:** Salud puede ser entendida de múltiples formas, ausencia de enfermedad, capacidad de adaptarse como búsqueda de bienestar, entre otras, pero Enfermería se centra en la manera cómo viven las personas, sea cual sea la condición de enfermedad o bienestar en la que se encuentran, es decir, cuyo objetivo central no es la mejoría de la enfermedad sino ayudar a que las personas recobren o mantengan su nivel óptimo de vivir o bienestar según sus necesidades y ambiente.

Cabe hacer claridad sobre el término bienestar, como la vivencia con un grado de compromiso con la vida y la muerte, vivir las experiencias y llenarse de significado, poder ser en todas las facetas que lo hacen humano: en la espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relacionarse, la sexualidad entre otros más. Así pues, sanar se convierte en el proceso de liberación del dolor interior, establecimiento de significados nuevos, restablecimiento de relaciones y encuentro de una totalidad renovada. De esta forma salud, enfermedad, desviación y patología son fenómenos que se definen socialmente y por ende están influenciados por valores sociales, ideas políticas, normas culturales y aspectos económicos. En resumen salud / bienestar se entiende como lo que cada persona escoge ser y como vivirlo.

Para nuestro tema el supuesto salud / bienestar, se encuentra enmarcado por la condición de la EPOC en cada uno de los pacientes, el reconocimiento de cada uno de ellos de su enfermedad y de las diferentes etapas de la misma, la evaluación por parte de la enfermera de los mecanismos de afrontamiento de cada uno de los pacientes especialmente ante la VMNI y el significado que

tiene para él su patología y tratamiento, el nivel de compromiso con su cuidado y la capacidad para autocuidarse.

- **ENFERMERÍA:** Es el cuidado informado. Comúnmente las enfermeras dan respuestas a los llamados de cuidado que las personas hacen, lo que clarifica el rol funcional para quienes sirven y brindan cuidado. El cuidado informado de las enfermeras va desde las capacidades prácticas básicas, hasta la experiencia que brinda el amplio conocimiento y el vasto recorrido práctico, que en últimas permite encontrar el equilibrio entre el cuidado que la enfermera debe dar para asegurar el bienestar y lo que la persona le corresponde realizar para aprender a autocuidarse. La enfermera debe entonces reconocer lo que constituye bienestar, aplicar el cuidado con un alcance profundo y reconocer ampliamente al otro como objeto de cuidado, es decir, debe aplicar el cuidado desde lo técnico y el conocimiento, teniendo en cuenta cada uno de los patrones del conocimiento de enfermería, para así conseguir dignificar al otro, dignificarse a sí misma y crear un cambio en cada uno de los integrantes de la relación de cuidado. En definitiva, enfermería puede ser observable, comprendido e interpretado por aquellos que verdaderamente desean observar conscientemente y describir inductivamente a las enfermeras y su práctica.

Para nuestro tema el supuesto enfermería, se encuentra enmarcado por el deseo de conseguir que cada paciente conozca y acepte la terapia de VMNI lo cual les permita adaptarse a la misma y vivir el momento de hospitalización en UCI con el mínimo de incomodidades posibles. Adicionalmente, conseguir desde lo biofísico alternativas que mejoren su estado o lo estabilicen. Por supuesto la enfermera no olvida la voluntad de cada paciente que le permita cuidarlo.

Dado que la enfermera es quien permanece las 24 horas al cuidado del paciente y pone a disposición del sujeto de cuidado el conocimiento empírico, estético, personal, ético y el de su experiencia clínica proporcionando así un cuidado integral (relacionado con el rol independiente, interdependiente, dependiente); le facilita reconocer las necesidades de cuidado como son las fisiológicas, las de comunicación etc, que otros profesionales del equipo interdisciplinario pueden obviar, los cuales son importantes para lograr la adaptación a la terapia.

### 2.1.2 Conceptos de la teoría de cuidado informado para el bienestar de otros: nivel teórico

En esta teoría de mediano rango se habla de procesos de cuidado y sus dimensiones y se proponen como rasgos comunes las relaciones de cuidado<sup>30 31</sup>.

- **Conocer:** es hacer lo posible para entender un evento según el significado que tiene para el otro. Las subdimensiones de este proceso se relacionan con no hacer suposiciones a priori sobre el significado de un evento, centrarse en el cuidado, valoración continua en busca de claves que conduzcan a comprender la realidad del otro, para que finalmente se logre conocer y así mismo comprometerse uno con el otro en el proceso de cuidado. La eficiencia y eficacia del conocer se amplía mediante conocimiento empírico, estético y ético. Adicionalmente, la enfermera cuenta con una educación en la que además de comprender los problemas biofísicos de sus pacientes, entiende aquellos relacionados con su cultura, espíritu y sentimientos, fenómeno que le permite conocer mejor al otro, objeto de cuidado. Finalmente, es importante que la enfermera tenga un buen conocimiento de sí misma, lo que permitirá identificar los ítems en los que puede ayudar al otro y las capacidades y disposición con las que cuenta para hacerlo.
- **Estar con:** es estar emocionalmente presente para el otro. Comprende las subdimensiones, estar ahí, disponible, comprendiendo cualquier sentimiento, sin llegar a agobiar al que es cuidado. Es más que saber, es compartir la realidad del otro y demostrar que le importa al cuidador y está disponible y lista para compartir con el otro. Es dar tiempo, presencia auténtica, así no sea física, escucha activa y respuestas reflexivas contingentes.
- **Hacer por:** significa hacer por el otro lo que él o ella harían por sí mismos si esto fuera posible. Las subdimensiones comprenden ser confortador,

---

<sup>30</sup> SWANSON, Kristen. Image, The nursing scholarship. Mayo 1993. Vol. 25. N° 4 (352 – 357). Traducción Edilma de Reales. 2008.

<sup>31</sup> SWANSON, Kristen. Nursing Research, May – Jun 1991. Vol. 40. N° 3 (161 – 166). Traducción Edilma de Reales. Junio 2008.

anticiparse, proteger las necesidades del otro, desempeñarse de forma hábil y competente, proteger de daños, de tal forma que preserve la dignidad del otro cuidado. Es ayudar al otro a realizar lo que por sí no puede, pero al mismo tiempo ayudando a que gane independencia tan pronto como sea posible.

- **Capacitar:** significa que se facilita al otro su paso por las transiciones y eventos no familiares. El cuidador que capacita es el que usa su conocimiento experto para el mejoramiento del otro, da tal forma que se encuentre en capacidad de practicar el autocuidado. Las subdimensiones comprenden, informar y explicar, ofrecer apoyo emocional y permitir la expresión de sentimientos, llevar al que se cuida a que enfoque sus preocupaciones, examine alternativas de solución y las valide por medio de la retroalimentación. La meta es asegurar el bienestar de larga duración del otro y así éste, se encuentre en la capacidad de practicar autocuidado al grado más completo posible.
- **Mantener la confianza:** significa sostener la fé y las capacidades que el otro tiene para sobreponerse a unos eventos o a una transición y enfrentar un futuro con significado. Las subdimensiones comprenden mantener al otro en estima y creer en él, mantener una actitud positiva y de esperanza durante todo el recorrido con los otros. En resumen es conocer, estar con, hacer por y capacitar al otro para que dentro de su contexto elija el camino que más significado le dé a su vida. Es preservar su ideal de vida.

En conclusión el primer concepto *conocer*, que se refieren a las capacidades de las personas para dar cuidado, segundo concepto *estar con*, es estar emocionalmente presente con el otro, el tercero *hacer por*, es hacer al otro lo que él o ella, harían por sí mismo si fuera posible, el cuarto *posibilitar*, siendo esto, facilitar la capacidad del otro para crecer, curar o practicar el autocuidado, finalmente mantener las creencias, que es sostener la fe del otro, para pasar un evento y enfrentar un futuro con significado.

### 2.1.3 Teoría de cuidado informado para el bienestar de otros: nivel empirico

Los conceptos descritos por Swanson son aplicables tanto en la teoría como en la práctica, por tanto brinda el sustento suficiente para el desarrollo de nuestra propuesta. En resumen, la teoría es socialmente significativa puesto que aporta conceptos, que generan una transformación no solo en la práctica de enfermería sino en el ser humano que brinda cuidado y el ser humano que recibe este

cuidado; es decir que enfermería trasformaría su pensamiento y centraría su cuidado conociendo y comprendiendo primero los sentimientos del otro y luego los propios. De tal manera, se adquieren conocimientos para perfeccionar la práctica y mejorar la capacidad disciplinar.

#### **2.1.4 Aplicación de la teoría a la propuesta de cuidado**

La teoría de conocimiento informado para beneficio de otros de Swanson, induce a la enfermera a ser empática con el otro, lo que le permite identificar aspectos importantes de los fenómenos involucrados que requieren una atención prioritaria que solo son reconocidos cuando el profesional de enfermería se pone en el lugar de otra persona basando su intervención en los aspectos que considera importantes, por medio de una valoración detallada teniendo en cuenta las dimensiones de la persona, ya que es ésta la que influencia la toma de decisiones, comportamientos y experiencias; ofreciendo los cuidados que el otro requiere y no es capaz de prodigarse por sí solo, además del acompañamiento que se brinda y el constante proceso de enseñanza y capacitación al otro basándose en los patrones de conocimiento que son reconocidos únicamente por la enfermera.

Como ya se mencionó, es importante reconocer que el Modelo de cuidado de Kristen Swanson propone 5 conceptos básicos (conocer, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias) que dan significado a los actos de cuidado y cuyo resultado será el bienestar del paciente; por tanto es imperativo identificar y conocer cómo se aplican estos conceptos, en el desarrollo de la propuesta, teniendo en cuenta el marco conceptual y algunos supuestos del modelo conceptual de colaboración desarrollados por Sørensen<sup>32</sup> ya que esta autora proporciona elementos que facilitan la puesta en práctica del concepto de estar con.

Cuidados: los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. En los pacientes con EPOC y usuarios de VMNI son aquellas intervenciones que se derivan del acompañamiento auténtico que facilitan la adaptación del paciente

---

<sup>32</sup>SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjoern. LOMBORG, Kristen. Nurse patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. [En línea]. En International Journal of Nursing Studies. Enero de 2013. {citado marzo de 2013}. Disponible en ([www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/abstract))

a la terapia y solo son identificados por el profesional de enfermería pues es quien conoce la situación individual del paciente y su entorno.

Conocer: La atención en un paciente con EPOC comienza por conocer cómo la persona está experimentando los síntomas de la enfermedad, qué conoce sobre la terapia VMNI, cómo percibe la terapia, cómo el comportamiento de ésta puede afectar la estabilidad de la dinámica de vida de quien la padezca, pues en muchas oportunidades estas personas se sienten excluidas, por la sensación constante de fatiga y ahogo limitando muchas veces su actividad.

Los pacientes con EPOC a menudo manifiestan síntomas como disnea, fatiga y sensación de ahogo, acompañados de sentimientos de desesperanza, en este punto la enfermera se empeña en entender un evento teniendo en cuenta lo que realmente significa para el otro esta situación. Por eso, el primer paso es escuchar al paciente e identificar las causas del problema y cómo esto se está manifestando en cada una de las dimensiones de la persona a intervenir y como lo está afrontando.

El rol de la enfermera en este proceso es escuchar atentamente las narraciones del enfermo y personal de enfermería, para poder entender e interpretar el significado de sus experiencias, es lograr entrar en las vivencias del otro para poder compartir momentos especiales. Pero inicialmente se necesita que haya un conocimiento propio del otro. Al existir este conocimiento el profesional de enfermería aprende a identificar actitudes, intereses y motivaciones del sujeto que le permiten implementar intervenciones específicas de los hallazgos más relevantes.

Para conocer se necesita que el profesional de enfermería sea capaz de ver holísticamente al otro, se requiere sensibilidad por parte de este, conocimiento empírico, estético y ético que le permitan identificar y atender necesidades humanas.

Estar con: “Es estar emocional y moralmente presente manteniéndose disponible y compartiendo sentimientos de alegría o dolor de los otros”<sup>33</sup>, es hacer que el enfermo se dé cuenta que su experiencia es importante para el cuidador, que experimenta e imagina la situación del paciente y así mismo que el cuidador o profesional de enfermería encuentre la importancia de sus actos.

La necesidad de los pacientes de sentir que los entienden y que están con ellos, ese acompañamiento, se transforma en una ayuda para vivir y se desarrolla por la

---

<sup>33</sup> ALLIGOOD Martha Raile, MARRINER Tomey . Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición. Editorial Elsevier España 2011. Pag, 766-777.

solidaridad de estar con la persona, se manifiesta por la presencia auténtica física y no física del cuidador.

Hacer por: La sensación constante de fatiga o ahogo especialmente cuando no hay control de la enfermedad o ésta se exagera, hace necesario que el paciente necesite del otro (Enfermera) para suplir necesidades fisiológicas (respirar – oxigenar) y poder llevar a cabo sus actividades cotidianas. En este cuidado la enfermera se anticipa, satisface las necesidades vitales del otro, para nuestro caso por medio de la terapia con VMNI, reduce el dolor, brinda confort y las ejecuta de forma hábil y competente. Cuando realmente hay empatía nuestros actos van encaminados para eliminar lo que resulta intolerable para el enfermo.

El profesional de enfermería hace por el enfermo lo que él no puede hacer por sí mismo, pero que realizaría si le fuera posible

Capacitar: El profesional de enfermería implementa un plan de actividades que le permitan al paciente lograr autocuidarse, por supuesto manteniendo una supervisión directa y permanente, permitiendo recalcar y hacer retroalimentaciones de las actividades o conceptos que no hayan quedado claros.

Mantener la confianza: Se continúa fortaleciendo el conocimiento hacia el paciente, se reconocen los logros alcanzados y se motiva a la persona para que no abandone lo obtenido.

CONCEPTO	APLICACIÓN
<p><b>CUIDADOS</b></p> <p>Los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.<sup>34</sup></p>	<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover la confianza y seguridad facilitando que el paciente exprese sus sentimientos</li> <li>▪ Escuchar atentamente al paciente cuando expresa sus sentimientos.</li> <li>▪ Escuchar atentamente a los profesionales de enfermería cuando expresa sus inquietudes ante la VMNI en el cuidado del otro.</li> <li>▪ Determinar el nivel de conocimiento de las personas sobre la enfermedad y la terapia de VMNI</li> <li>▪ Responder las inquietudes en forma clara y sencilla</li> <li>▪ Individualizar los planes de enseñanza de</li> </ul>

<sup>34</sup> Ibid., p, 28.

**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE  
KRISTEN SWANSON PARA LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO  
INVASIVA (VMNI)**

	<p>acuerdo al nivel de aprendizaje valorado y las necesidades encontradas. (Enfermera y paciente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluar los factores que más afectan al paciente en el proceso de atención con VMNI.</li> <li>▪ Proporcionar al paciente un ambiente de confianza y tranquilidad</li> </ul> <p>Estos se traducen en las intervenciones que son proporcionadas por los profesionales de enfermería a los pacientes usuarios de ventilación mecánica no invasiva los cuales conectan las necesidades del paciente con los demás miembros del equipo de salud que intervienen en el proceso.</p>
<p><b>ESTAR CON</b></p> <p>“significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona para transmitir disponibilidad y compartir”<sup>35</sup> conocimientos sin abrumar a la persona cuidada”<sup>36</sup>.</p>	<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promover la confianza y seguridad facilitando que exprese sus sentimientos</li> <li>▪ Escuchar atentamente al paciente cuando expresa sus sentimientos.</li> <li>▪ Mantener contacto utilizando recursos para la comunicación como lenguaje escrito, gestual, llamados sonoros, permitiendo que el paciente realmente se dé cuenta que la enfermera se encuentra disponible incondicionalmente para ser escuchado y resolver situaciones incómodas, dudas e inquietudes.</li> <li>▪ Proporcionar al paciente un ambiente de confianza y tranquilidad</li> </ul> <p>La enfermera desde su presencia autentica con el paciente, utilizando recursos obtenidos a través del patrón estético, el acompañamiento físico, a través de palabras o compartir sentimientos, se lograra que el paciente identifique que el rol de la</p>

<sup>35</sup>Ibid., p, 28.

<sup>36</sup> Ibid., p, 28.

	<p>enfermera es participativo y sanador al momento de adaptarse a la terapia.</p> <p>Este concepto se relaciona con los modelos de colaboración específicamente con dos modelos de colaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doble colaboración en donde la enfermera trabajaba simultáneamente con un enfoque centrado en el paciente (entendiendo las necesidades del paciente a partir de la comunicación y el intercambio de conocimientos)</li> <li>▪ Colaboración orientada al bienestar, La enfermera se centra en acomodar pacientemente al paciente, a satisfacer las necesidades y cumplir con sus preferencias y estar atenta a la comunicación no verbal del mismo, esto le permite al paciente sentir cercana la presencia de la enfermera y estar allí para él.</li> </ul>
<p><b>HACER POR</b></p> <p>“Significa hacer por los otros lo que se haría por uno mismo, si fuera posible incluyendo adelantarse a, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado respetando su dignidad.”<sup>37</sup></p>	<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>Asistir al enfermo en las actividades de la vida diaria como bañarse, arreglarse, asistir los alimentos, que le representen un alto consumo de oxígeno y que pueda incrementar la fatiga y disnea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporcionar la terapia de VMNI cuando se indique, propendiendo por la efectividad de la misma y la comodidad del paciente.</li> <li>▪ Control gasométrico periódico.</li> <li>▪ Instaurar medidas de protección ante posibles complicaciones de la VMNI</li> <li>▪ Realizar evaluación periódica para llevar un control estricto sobre la estabilidad de la</li> </ul>

<sup>37</sup> Ibid., Pág, 28.

**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE  
KRISTEN SWANSON PARA LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO  
INVASIVA (VMNI)**

---

	<p>enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proteger la intimidad del paciente, preservar la dignidad de este.</li> <li>▪ Realización de un cronograma u horario para la administración de los medicamentos y actividades de cuidado, teniendo en cuenta la complejidad del tratamiento</li> <li>▪ Explicar al paciente y la familia las implicaciones de la terapia de VMNI.</li> </ul> <p>Este se refiere a la ayuda protectora que le puede facilitar la enfermera desde las acciones terapéuticas, es decir, desde su conocimiento empírico y científico acerca de las indicaciones de la ventilación mecánica no invasiva, las necesidades con EPOC exacerbado, las principales necesidades de confort, la valoración física y su correlación paraclínica al momento de continuar o finalizar la terapia.</p> <p>Este concepto se relaciona con el modelo de colaboración propuesto por Sørensen orientado al bienestar y hacia los resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El primero corresponde a que la enfermera y el paciente colaboran para mejorar el bienestar y la tolerancia de la VMNI para alcanzar el éxito, donde la enfermera resuelve los principales efectos secundarios (falta de aliento, sed, cansancio, insomnio, calor, ruido, molestias máscara, dificultades de comunicación). Ella puede desarrollar intervenciones que le permitan evitar estas complicaciones y lograr una mejor adaptación a la terapia y el éxito de la terapia.</li> <li>▪ La enfermera y el paciente colaboran para mejorar los beneficios de los pacientes del tratamiento (mejorar la respiración). Es decir que recurre a sus conocimientos científicos relacionados con ajustes técnicos en la</li> </ul>
--	--

	<p>ventilación.</p> <p>Las intervenciones se centran en evitar la asincronía entre el paciente- ventilador, evitar fugas de la máscara, el modo de ventilación y la configuración titulando la VNI a los resultados de los gases sanguíneos.</p>
<p><b>POSIBILITAR</b></p> <p>“Es facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos centrándose en acontecimiento, informando , explicando, apoyando, dando validez a sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y retroalimentando.” <sup>38</sup></p>	<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explicar las razones por las cuales se requiere de la VMNI.</li> <li>▪ Exponer la importancia del seguimiento de un cronograma u horario para la administración de los medicamentos y realización de actividades de cuidado, teniendo en cuenta la complejidad del tratamiento.</li> <li>▪ Explicar al paciente y la familia la importancia de la adherencia al tratamiento para evitar progresión de la exacerbación y mayores complicaciones</li> <li>▪ Informar a la familia y el paciente sobre signos de alarma, los cuales deban ser manejados oportunamente</li> <li>▪ Informar al paciente sobre los efectos secundarios de la terapia de VMNI Y VMI</li> <li>▪ Comunicación permanente con el paciente y cuidador sobre efectos indeseables de la terapia.</li> <li>▪ Capacitar sobre el manejo del oxígeno en casa según orden médica y necesidad del paciente</li> <li>▪ Planear periodos de descanso dentro de la terapia según pertinencia</li> <li>▪ Enseñanza de la utilización de mecánica corporal</li> </ul> <p>La enfermera desde su presencia autentica, sus conocimientos científicos y empíricos enmarcados dentro de los modelos colaboración orientada al bienestar, resultados y doble colaboración adquiridos se retroalimentan</p>

<sup>38</sup> Ibid., Pág, 28.

**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE  
KRISTEN SWANSON PARA LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO  
INVASIVA (VMNI)**

	<p>durante todo el proceso a fin de buscar estrategias que faciliten la sincronía con la terapia y el afrontamiento a la situación que es desconocida para el paciente teniendo en cuenta los sentimientos y necesidades del paciente.</p>
<p><b>MANTENER LAS CREENCIAS</b></p> <p>Se relaciona con “mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y enfrentarse al futuro con significado, manteniendo un optimismo realista”<sup>39</sup></p>	<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentivar y felicitar al paciente cada vez que obtenga un logro o una meta.</li> <li>▪ Mantener una relación terapéutica continua que permita que el paciente tenga la certeza que cuenta con su enfermera en cualquier momento y por tanto le garantiza la asistencia presente de su profesional de salud que le apoya.</li> </ul> <p>La enfermera lograra creer en la capacidad del paciente para enfrentarse y lograr con éxito adaptarse a la utilización de la terapia (confianza en si mismo) porque le proporcionara los recursos relacionados los conocimientos científicos al alcance de él y actitudes que puede enseñárselas.</p> <p>Este concepto se relaciona con el modelo de coloración propuesto por Sørensen<sup>40</sup> en donde la doble colaboración, el entendimiento de las necesidades del paciente y el intercambio de conocimientos y de las mecanismos que el puede desarrollar junto con la enfermera mecanismos de afrontamiento, permitiéndole a la enfermera confiar en las respuestas que va a tener al paciente con la terapia.</p>

Aunque la propuesta de cuidado se basa en la teoría *Teoría De Kristen M. Swanson: “Cuidado Informado Para El Bienestar De Otro*, se tendrá en cuenta el

<sup>39</sup> Ibid., Pág, 28.

<sup>40</sup> Ibid., Pág, 28.

modelo de conceptual de colaboración enfermera paciente, a fin de aproximar el concepto de *estar con*, a la práctica diaria de enfermería.

### 2.1.5 Modelo conceptual colaboracion enfermera paciente

Sørensen D<sup>41</sup>, hace referencia a 4 categorías de colaboración enfermera-paciente, (Doble colaboración orientada, La colaboración orientada al bienestar, la colaboración orientada a los resultados, la colaboración ausente) en los cuales se basaran la identificación del problema y la aplicación de la propuesta de intervención, a continuación se especifica cada una de la categorías.

- Doble colaboración orientada

La colaboración entre la enfermera y el paciente, se da para mantener la tolerancia a la VMNI optimizando el confort para lograr con éxito la terapia.

Las enfermeras trabajaban simultáneamente con un enfoque centrado en el paciente (entendimiento de las necesidades del paciente a partir de la comunicación y el intercambio de conocimientos) y el tratamiento eficaz con medidas de confianza los cuales orientan los cuidados de enfermería

- La colaboración orientada al bienestar

Enfermera y el paciente colaboran para mejorar el bienestar y la tolerancia de la VNI para alcanzar el éxito, donde la enfermera resuelve los principales efectos secundarios (falta de aliento, sed, cansancio, insomnio, calor, ruido, molestias máscara, dificultades de comunicación).

La enfermera se centra en acomodar pacientemente al paciente, a satisfacer las necesidades y cumplir con sus preferencias y estar atenta a la comunicación no verbal del mismo.

---

<sup>41</sup> SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. LOMBORG, Kristen. Nurse patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. [En línea]. En International Journal of Nursing Studies. Enero de 2013. {citado marzo de 2013}. Disponible en ([www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/abstract)).

- La colaboración orientada a los resultados

La enfermera y el paciente colaboran para mejorar los beneficios del tratamiento (mejorar la respiración). La enfermera le da menos preferencia al paciente a favor de la salud y la seguridad del paciente centrándose en los ajustes técnicos en la ventilación.

Las actividades se centran en evitar la asincronía entre el paciente- ventilador, fugas de la máscara, el modo de ventilación y la configuración titulando la VMNI, según los resultados de los gases sanguíneos.

- La colaboración ausente.

Las preocupaciones de las enfermeras y los pacientes son opuestas y no se colaboran para sentirse cómodo y mejorar con los cuidados de la enfermera, ya que el paciente busca la comodidad, mientras que el objetivo de la enfermera era evitar ser responsable de cualquier falló.

En esta categoría las enfermeras experimentan estrés y eso influye en la interacción enfermera-paciente de manera desfavorable. Pudiendo presentarse esto, debido a la carga de trabajo y la falta de experiencia de la profesional.

### **2.1.6 COMPONENTES DE LA SITUACIÓN PROBLEMA PARA LOS PACIENTES CON VMNI Y EPOC EXACERBADO**

SORENSEN<sup>42</sup> y colaboradores realizó una investigación de tipo cualitativo descriptivo en las Unidades de cuidado Intensivo con enfermeras de experiencia, describiendo las principales situaciones problemas evidenciadas al momento de brindar cuidado a un paciente con EPOC Exacerbado y VMNI, las cuales se describen en 3 componentes interrelacionados (lograr adaptación a la VMNI,

---

<sup>42</sup> SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. LOMBORG, Kristen. Nurse patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. [En línea]. En International Journal of Nursing Studies. Enero de 2013. {citado marzo de 2013}. Disponible en ([www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/abstract))

asegurar una ventilación efectiva, responder atentamente a las percepciones de los paciente con VMNI), las cuales se profundizaran a continuación: lograr adaptación a la VMNI, asegurar una ventilación efectiva y Responder atentamente a las percepciones de los pacientes con VMNI

Lograr adaptación a la VMNI

Se refiere a las situaciones problemáticas relacionadas con:

- La selección de la máscara: tomar decisiones con respecto al uso de ciertas mascararas basándose en la percepción que tenía la enfermera con respecto a la conformación del rostro del paciente. "el uso de sus ojos y los oídos experimentados."<sup>43</sup>
- La fugas de aire se relacionan con el ajuste de la máscara, el cambio de la misma, pudiendo esto causar tanto la incomodidad para el paciente como la inadecuada ventilación.
- La ventilación sincrónica: es causada típicamente por la disnea, la ansiedad o la frecuencia respiratoria alta. Esto se solucionan si las enfermeras mantienen comunicación con los pacientes para guiar, apoyar y alentar a recuperar el control de su respiración y corregir el ritmo para que el ventilador pueda sincronizar con el patrón respiratorio del paciente.

Asegurar una ventilación efectiva

- El asegurar una buena ventilación, es una responsabilidad compartida entre el equipo interdisciplinario, pero la enfermera desde su criterio, mediante la valoración de medidas subjetivas busca soluciones inmediatas, ajustando el modo del ventilador permitiendo una ventilación efectiva, evitando de esta manera las posibles complicaciones.

Responder atentamente a las percepciones de los pacientes con VMNI

- Este relacionado con el tratamiento de cualquier molestia que se pueda dar con el uso de la ventilación, además de estar atento a la satisfacción de necesidades, como la presión de la mascarilla, fugas de aire, calor, ruido,

---

<sup>43</sup> Ibid., P,36.

**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE  
KRISTEN SWANSON PARA LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO  
INVASIVA (VMNI)**

---

boca, ansiedad. El estar atento a estas necesidades incluye también desarrollar empatía con el paciente.

## 3. Diseño Metodológico

Para el desarrollo de la propuesta de cuidado para los pacientes con EPOC y ventilación mecánica no invasiva (VMNI) hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de una institución de tercer nivel de complejidad y de atención de la ciudad de Bogotá, se pretende hacer uso del marco lógico, ya que esta metodología permite poder de comunicar los objetivos de un proyecto clara y comprensiblemente en un sólo marco o matriz. Adicionalmente, su poder reside en que éste puede incorporar todas las necesidades y puntos de vista de los actores involucrados en el proyecto y su entorno.

Para el desarrollo se tuvo en cuenta un primer paso, en donde se desarrolló específicamente la metodológica del Marco Lógico que incluye: Identificación del problema, análisis de los involucrados, análisis de problemas, análisis de los objetivos (árbol de objetivos y jerarquía) y análisis (selección) de estrategias; para posteriormente mediante la Matriz de Marco Lógico – MML elaborar el plan operativo. Ver anexo A.

### 3.1 Participantes

- Profesionales de Enfermería que laboren en una unidad de cuidado intensivo de una institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Bogotá, en el periodo comprendido entre el mes de noviembre.
- Pacientes con EPOC exacerbado que requieran de VMNI hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo de una institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Bogotá, en el periodo comprendido entre el mes de noviembre.

*Los participantes deben cumplieron con las siguientes características, a fin de construir una guía basada en problemas reales de la práctica.*

- Pacientes con EPOC exacerbado y que requieran de VMNI, con edades entre los 40 y 80 años, hombres o mujeres sin déficit neurológico,

hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo de una Institución de tercer nivel de la ciudad de Bogotá y que deseen participar.

- Enfermeras que desempeñen sus labores en una Unidad de Cuidado intensivo de una Institución de tercer nivel de la ciudad de Bogotá que deseen participar.

## 3.2 Herramientas

Las herramientas utilizadas para el desarrollo de la propuesta se diseñaron basados en los conceptos de la teoría de Sorensen, y lo propuesto por Kristen Swanson sobre la relación enfermera paciente. Con base en lo anterior se diseñó:

- Encuesta para aplicar a los pacientes con EPOC exacerbado y uso de VMNI. (Anexo B).
- Encuesta para aplicar a los profesionales de enfermería que laboran en la UCI de la Institución de Salud seleccionada. (Anexo C).

## 3.3 Universo y muestra

### 3.3.1 Universo:

Todos los pacientes ingresados a la UCI con EPOC exacerbado y requerimiento de VMNI durante el periodo comprendido entre los meses de octubre y noviembre de 2013.

Enfermeras que laboran en la UCI.

### 3.3.2 Muestra:

20 enfermeras que laboran en la unidad de cuidado intensivo y 3 pacientes con EPOC exacerbado que requieren de VMNI, los cuales cumplieron con las características referidas. Con esta muestra se espera aplicar una prueba piloto y así identificar de manera general la situación a fin de lograr obtener información acerca de las necesidades para el desarrollo de la guía.

### 3.3.3 Técnica de selección de participantes

Se realizó la selección del grupo de participantes de forma intencional, tomándose pacientes con EPOC exacerbado que requieran de VMNI que ingresen a la UCI de la Institución de tercer nivel en el periodo comprendido entre los meses de octubre y noviembre de 2013 que cumplan con las características antes mencionados.

### 3.3.4 Actividades

Una vez establecidos las características de los participantes, se desarrolló la propuesta en tres fases:

- Fase I: Aval institucional, con la presentación de la propuesta por parte de las enfermeras responsables junto con el asesor y el profesor representante de la universidad en el convenio docente asistencial en el Hospital Tercer Nivel de Atención como parte de una actividad de la práctica.
- Fase II: Las enfermeras responsables aplicaron la encuesta al personal de enfermería que laboraba en la unidad de cuidado intensivo e intermedio. En segunda instancia aplicaron una encuesta a los pacientes con EPOC y uso de VMNI en la unidad de cuidado intensivo e intermedio, los datos derivados de esto se registraron en los formularios diseñados para tal fin.
- Fase III: Tabulación y análisis de los de datos obtenidos, donde se identificaron características de la muestra y la distribución de frecuencias en cada uno de los aspectos evaluados con las encuestas, a partir de los cuales se identificó las principales necesidades de cuidado de los pacientes y las necesidades del equipo de enfermería además de los tipos de colaboración enfermera paciente.
- Fase IV: A partir del análisis de los datos obtenido en las encuestas, se elaboró una Propuesta de cuidado teniendo en cuenta las necesidades manifestadas por los pacientes y el equipo de enfermería con el fin de brindar herramientas que facilitaran el cuidado basado en el bienestar del paciente con EPOC y ventilación mecánica no invasiva (VMNI) hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de un hospital de tercer nivel de complejidad y de atención.



## 4. Consideraciones Éticas

La presente propuesta se encuentra enmarcada dentro de las actividades propias del profesional de enfermería, según la ley 266 de 1996, en la que se afirma: “La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar”<sup>44</sup>. De esta manera al desarrollar esta propuesta se estaría contribuyendo al mejoramiento del cuidado de enfermería a un colectivo, que para este caso serán los pacientes con EPOC exacerbado usuarios de la VMNI.

Así mismo, para el desarrollo de la presenta propuesta se tuvo siempre en cuenta la observación juiciosa y acuciosa de los dictámenes de la ley 911 de 2004<sup>45</sup>, por la cual “se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia,...” de tal forma que se tenga como base los mínimos éticos que acepta todo el conglomerado de la disciplina.

---

<sup>44</sup>5. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [En línea] Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996. {Citado en diciembre de 2013}. Disponible en: ([www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley\\_0266\\_1996.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html))

<sup>45</sup> 6. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA..Por la Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. [En línea] Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004 . {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en:([http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf))

## 4.1 PRINCIPIOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios<sup>46</sup> y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería la Integralidad, Individualidad, Dialogicidad, Calidad, Continuidad. La aplicabilidad que se le da a cada uno de ellos en el desarrollo de esta propuesta, se explica a continuación:

### 4.1.1 Integralidad

Se evidencia en la prestación de atención a los pacientes con EPOC usuarios de ventilación mecánica no invasiva en su condición crítica de salud, teniendo en cuenta no solo las carencias relacionadas con el proceso enfermedad, sino también, lo biofísico, lo psicológico y lo espiritual, con el fin de identificarlas y generar una propuesta de cuidado que contribuya a la atención de enfermería basadas en el bienestar del paciente.

### 4.1.2 Individualidad.

A pesar de que se aplicó la misma encuesta a los pacientes con EPOC usuarios de ventilación mecánica no invasiva, se conoció la situación individual de cada uno de ellos, desde los conceptos de la teoría de cuidado informado para el bienestar propuestos por KRISTEN M. SWANSON.

### 4.1.3 Dialogicidad.

La comunicación constante y asertiva entre los pacientes con EPOC usuarios de ventilación mecánica no invasiva teniendo en cuenta su condición crítica de salud, constituyen un punto importante en la prestación de una atención con

---

<sup>46</sup> PRIETO DE ROMANO Gloria Inés, FLÓREZ DE JAIMES Martha Lucía. Consentimiento informado en enfermería. [En línea]. En Revista Actualizaciones en enfermería. N°. 12 No. 1 Marzo 2009 ISSN 0123-5583. {Citado septiembre de 2013}. Disponible en: ([www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Editorial.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Editorial.htm) visitado el 28 enero de 2010).

calidad centrada en el paciente y su familia. Brindando espacios en el que el paciente, su familia y la enfermera expresan sus preocupaciones, inquietudes, temores, carencias, etc., para de esta forma dar una respuesta a sus necesidades de cuidado.

#### **4.1.4 Calidad**

La asistencia y ayuda brindadas por enfermería, deben tener como características indispensables la efectividad y la eficiencia; este proceso que se llevará a cabo, busca la identificación de las necesidades de cuidado de los pacientes con EPOC usuarios de ventilación mecánica no invasiva en su condición crítica de salud, de su familia y del profesional de enfermería, las cuales se reconocieron y se llevaron a la práctica a partir de los elementos proporcionados por la Teoría de cuidado informado para el bienestar propuestos por KRISTEN M. SWANSON en donde se reconoce a la persona como el centro de la atención, lo cual redundó en la satisfacción de todos los agentes involucrados.

#### **4.1.5 Continuidad.**

Por medio del desarrollo de la guía de cuidado, se proponen intervenciones para que el profesional de enfermería las ejecute y le permitan evaluar constantemente el bienestar del paciente y su respuesta frente al desarrollo de la terapia durante todo el proceso de atención dentro de la unidad de cuidado intensivo hasta que logre la recuperación o mejoría de la condición crítica de salud que lo lleva a requerirla. Adicionalmente, se buscó que por medio de esta guía se proporcionen los mecanismos para que el personal de enfermería asegure los cuidados a estos pacientes sin interrupción.

Esta propuesta de cuidado contó con el conocimiento y aprobación previa de la institución de tercer nivel de la ciudad de Bogotá, y se constituyó como una actividad de la práctica enmarcada dentro del convenio docente asistencial, durante el desarrollo de los estudios de Especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria,

Los resultados fueron presentados en su totalidad en la institución involucrada, dándose a conocer además de la justificación y el propósito del proyecto, los beneficios esperados así como la posibilidad de rehusarse a participar o retirarse del mismo de manera voluntaria.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993<sup>47</sup> del Ministerio de Salud, acorde con los requisitos establecidos en el Artículo 5, para esta propuesta prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y a la privacidad de los participantes así como la protección de sus derechos y su bienestar y fueron ellos quienes decidieron si deseaban o no participar en el desarrollo de la propuesta.

Por tal razón, para el desarrollo de esta propuesta fue fundamental contar con el consentimiento informado de los pacientes seleccionados garantizando en todo momento la confidencialidad de la información recopilada en el proceso, así como la posibilidad de aclarar eventuales dudas antes, durante o después del proceso. Dicho consentimiento está ajustado a los requisitos establecidos en el Artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993<sup>48</sup>. Los datos se recogieron en las fechas y en los lugares acordados previamente, establecidos de común acuerdo con el personal de la institución involucrada en el estudio.

Las autoras de la propuesta se comprometieron a mantener principios éticos como la **veracidad**, a través del uso exacto de los datos para la presentación de los resultados obtenidos, citando en los casos pertinentes, las fuentes de información o de referencia; la **fidelidad**, es decir, la obligación de cumplir con aquello a lo que uno se ha comprometido y mantener la confidencialidad; la **reciprocidad**, en el proceso de desarrollo de la propuesta se espera que las personas conozcan más sobre su salud y sean capaces de cuidar de ella. En este sentido, los resultados de la propuesta serán publicados y dados a conocer a la comunidad académica y a las instituciones, para que sean utilizados en beneficio de los colectivos involucrados.

Con relación a la propiedad intelectual, la elaboración de este proyecto siguió las directrices emanadas del Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia, así como del Acuerdo 007 de 2008 del Consejo Superior Universitario de esta misma Universidad, respetando los derechos patrimoniales de la Universidad por las razones establecidas en el Artículo 16 del Acuerdo 035 ya mencionado.

---

<sup>47</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución n° 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [En línea]. {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en: ([www.invima.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2977:resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993&catid=147:resoluciones-medicamentos-&Itemid=203](http://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2977:resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993&catid=147:resoluciones-medicamentos-&Itemid=203))

<sup>48</sup> Ibid., P.46.

## 4.2 Consentimiento Informado

El consentimiento informado es un proceso gradual y permanente de comunicación más que un acto formal aislado. Implica una relación interpersonal entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado. En este, se debe tener en cuenta los valores del ser humano: libertad, respeto, confianza, prudencia, comprensión y voluntad, y ejerciendo el principio de autonomía toma una decisión con responsabilidad ética<sup>49</sup>.

“Para que la decisión que tome la persona sea considerada autónoma, el consentimiento informado debe cumplir las siguientes condiciones: que la persona sea capaz de tomar decisiones, que se tomen de manera voluntaria y libre y que se adopten tras comprender y ponderar la información recibida. En las prácticas académicas el consentimiento informado lo solicitará la docente con participación del estudiante, de ninguna manera se forzará la decisión de la persona sujeto de cuidado, prima el ejercicio de su autonomía”<sup>50</sup>.

A fin de aplicar las encuestas a los pacientes y las enfermeras se respetará los parámetros éticos para estudios con seres humanos incluyendo el consentimiento informado, que será firmado por el participante antes de iniciar el proceso en donde se dará a conocer el propósito de la investigación, los objetivos de la misma, cuál será la obtención de los datos, la descripción de los beneficios y se garantizará la fidelidad, es decir, el anonimato y la confidencialidad de la información que él o ella suministre a las enfermeras responsables. Una vez finalizado el proceso tanto la institución como los participantes conocerán acerca de las intervenciones que el profesional de enfermería desarrolló a fin de generar la propuesta de cuidado. En este sentido, los resultados de la investigación serán publicados y dados a conocer a la comunidad académica y a las instituciones, para que sean utilizados en beneficio de los colectivos involucrados.

Se sabe además que la información de la propuesta es importante para cualificar el cuidado de enfermería y no hay riesgos importantes para los participantes. De ser identificado lo contrario la propuesta será ajustada o suspendida. Se cuenta con la revisión de un grupo experto en ética para retroalimentar y vigilar el desarrollo de trabajo. (Anexo D)

---

<sup>49</sup> 16. PRIETO DE ROMANO Gloria Inés, FLÓREZ DE JAIMES Martha Lucía. Consentimiento informado en enfermería. [En línea]. En Revista Actualizaciones en enfermería. N°. 12 No. 1 Marzo 2009 ISSN 0123-5583. {Citado septiembre de 2013}. Disponible en: ([www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Editorial.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Editorial.htm) visitado el 28 enero de 2010).

<sup>50</sup> Ibíd.



## 5.Resultados

### 5.1 Resultados y análisis de los hallazgos encontrados desde la aplicación de la encuesta a enfermeras:

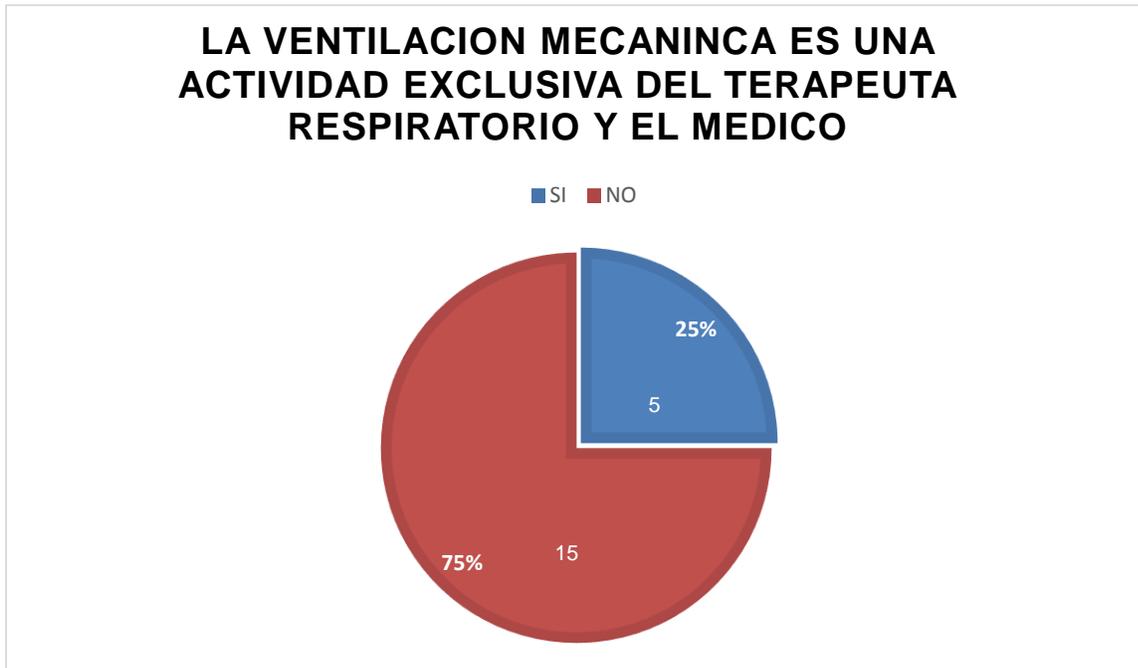
Las encuestas diseñadas para identificar las necesidades de bienestar del paciente y el tipo de colaboración enfermera paciente fueron aplicadas a un total de 20 enfermeras, que laboran en las unidades de cuidado intensivo e intermedio de un Hospital de Tercer Nivel de la ciudad de Bogotá. La encuesta contó con un total de 4 ítems, cada uno de los cuales recogía información acerca de los conceptos de la Teoría de Kristen Swanson y el tipo de colaboración enfermera paciente propuesto por Sorensen.

Del total de enfermeras que se desempeñan en las 3 unidades de cuidado intensivo (30 profesionales de enfermería) 20 participaron en el desarrollo de la encuesta. El grupo de enfermería que participó, fue en su mayoría del género femenino 18(90 %), las edades de los mismos oscilaron entre los 23 a los 55 años (100 %), con niveles de estudio de pregrado 9 (45%) y posgrado 9 (55%), con participación por turnos, mañana 7 (35%), tarde 7 (35%) noche 6 (30%). En la tabla 1, se presentan los datos sobre la caracterización demográfica del grupo de enfermeras.

**Tabla 1.** Caracterización demográfica del grupo de enfermeras.

<b>CARACTERISTICA</b>	<b>RANGO</b>	<b>FRECUENCIA</b>
<b>EDAD</b>	20-29	6
	30-39	5
	>40	9
<b>TURNO</b>	Mañana	7
	Tarde	7
	Noche	6
<b>GENERO</b>	Femenino	18
	Masculino	2
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	Universitario	9
	Especialización	11

**Tabla 2.** Pregunta 1. La ventilación mecánica es una actividad exclusiva del terapeuta respiratorio y el médico

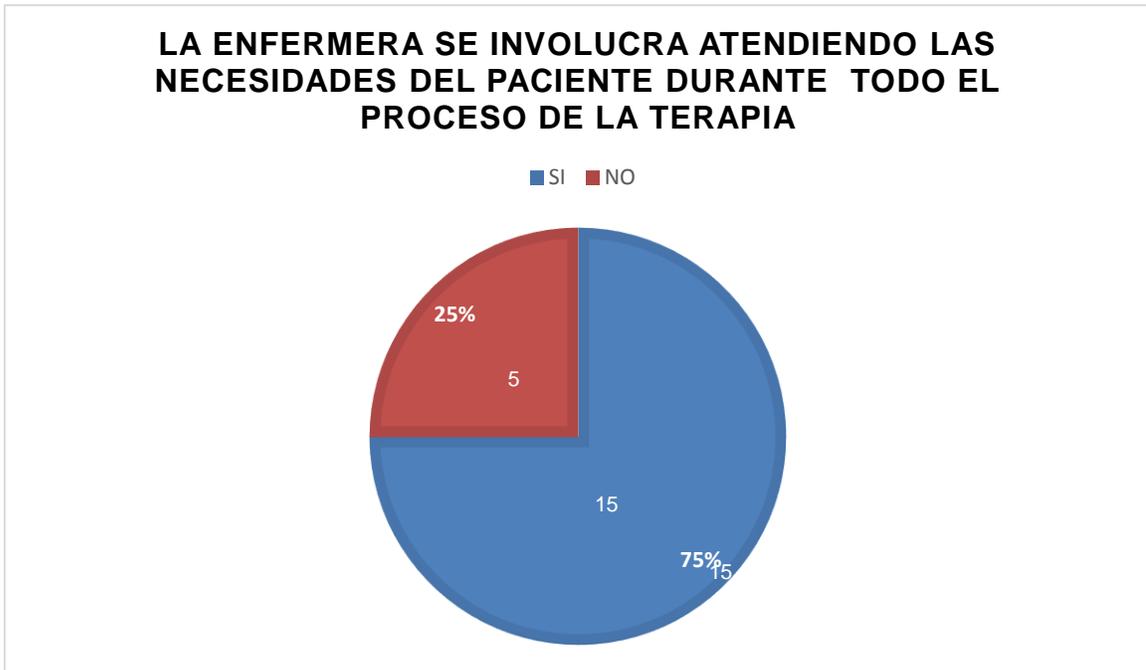


De acuerdo con los hallazgos el 75% (15) de las enfermeras consideran que la ventilación mecánica no invasiva, a pesar de que en la Institución es una actividad delegada al fisioterapeuta, no es una actividad exclusiva del mismo y /o del médico. Este aspecto puede relacionarse con el hecho de que la enfermera es quien brinda cuidado directo y continuo (24 Horas al día) al paciente y su familia y en respuesta a esto y a su deseo innato de proporcionar cuidado integral y de generar bienestar en el paciente, desarrolla actitudes y aptitudes que los demás profesionales dejan de lado al momento de instalar la terapia, haciéndose participe de la misma.

El restante 25% (5) de las enfermeras reconocen que la ventilación mecánica no invasiva, es una intervención exclusiva del terapeuta y del médico tratante. Esto puede indicar que la presencia, la comunicación y la escucha activa no se encuentran lo suficientemente fortalecidos al momento del cuidado, y pueden ser un obstáculo para establecer una relación terapéutica recíproca que haga

evidente la identificación de necesidades del paciente, su familia y responde a las mismas

**Tabla 3.** Pregunta 2. Usted como enfermera se involucra atendiendo las necesidades del paciente durante todo el proceso de la terapia.

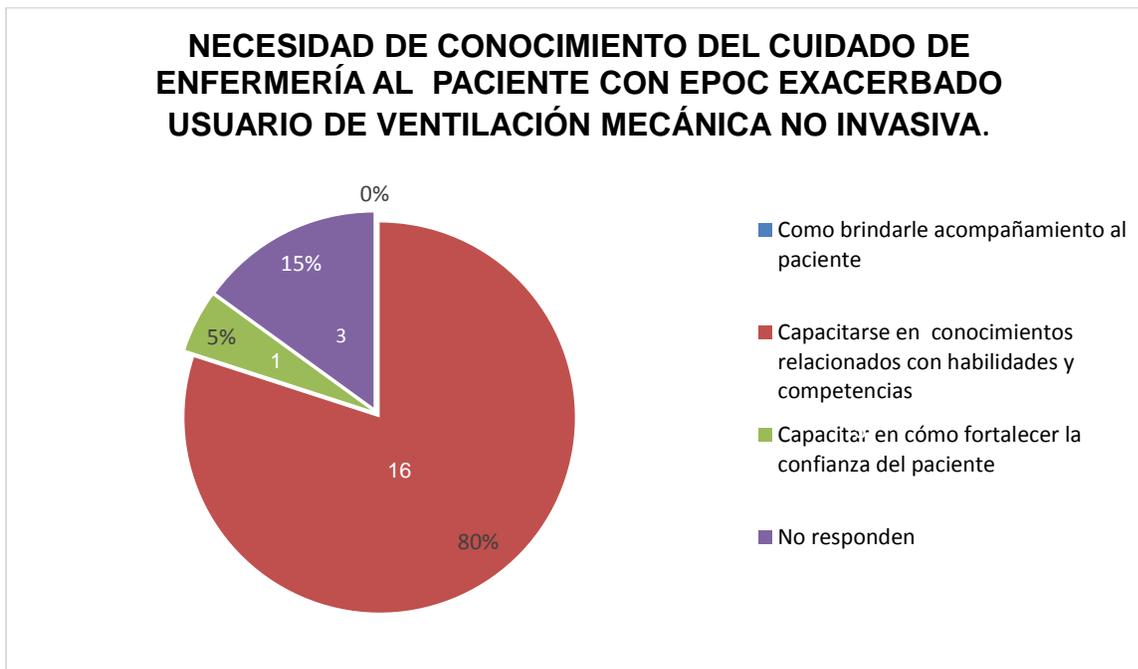


En relación con la pregunta 2, el 25 % (5) de las enfermeras no se involucran en el proceso de la terapia de VMNI, lo que puede responder a la presencia de un modelo de colaboración ausente, en donde la enfermera (o) experimenta sensaciones de estrés y desinterés al momento de instaurar la terapia, aspecto que podría estar relacionado con la sensación de angustia por desconocimiento o dado que encuentran poco relevante conseguir el bienestar del paciente desde intervenciones no mecánicas.

En contraste con la identificación del rol responsable de la terapia, el 75 % (15) de las enfermeras reconocen que se involucran en el proceso de la terapia con VMNI, al ser este un tratamiento del cual se hacen partícipes. Esta respuesta proporciona indicios de cierto deseo o intención de mantener una relación de doble colaboración o al menos de colaboración orientada hacia el bienestar, lo cual hace necesario el desarrollo de competencias, que le permitan al profesional de enfermería contar con los conocimientos suficientes y adecuados, que oriente el cuidado, en donde el fin sea el bienestar del paciente. Por tanto, se hace

evidente la necesidad de fortalecer estos aspectos, adicionalmente proporcionar las recomendaciones de atención a partir de una propuesta de cuidado, que establezca puntualmente actividades que ayuden al acompañamiento del paciente durante la terapia.

**Tabla 4.** Pregunta 3.Cuál es su principal necesidad de conocimiento acerca del cuidado de enfermería al paciente con EPOC exacerbado usuario de ventilación mecánica no invasiva.



A la pregunta 3, el 80% (16) de las enfermeras reconocen que el capacitarse en conocimientos es su principal necesidad de cuidado, lo cual se relaciona muy bien con el modelo de colaboración orientada hacia los resultados. Por otro lado, esta información, se correlaciona muy bien con el concepto de “Hacer por” propuesto por Kristen Swanson en su teoría, en donde la enfermera pone a disposición del paciente su conocimiento científico con el fin de lograr el bienestar del paciente, lo cual demuestra aún más, la necesidad de generar una guía que contenga entre otros aspectos, las recomendaciones para el fortalecimiento de este concepto.

El 15% (3) de las encuestadas, no respondieron a esta pregunta.

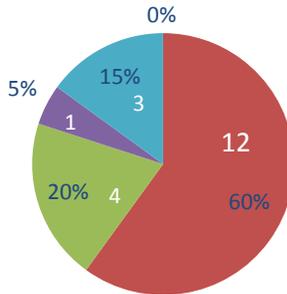
Una enfermera, que corresponde al (5%), describe que el capacitarse en cómo fortalecer la confianza del paciente es su principal necesidad de cuidado, lo cual se puede relacionar con el hecho de ser especialista en enfermería, donde sus conocimientos relacionados con habilidades y competencias ya están sólidos y requiere profundizar en conceptos como Mantener la confianza o Estar con

Por último, ninguna de las enfermeras reconocen la necesidad de capacitarse en conocer como brindar acompañamiento al paciente, que corresponde al concepto de “Estar con” según la Teoría de K. Swanson, esto podría estar relacionado con la importancia que dan a los conocimientos técnico – científicos, lo cual pone en segundo plano, la inclusión de las dimensiones espiritual y psicológica, como talentos prioritarias e influyentes en el bienestar del paciente.

Derivado de este análisis, es clara la necesidad de generar una propuesta de cuidado que contenga las intervenciones orientadas bajo los conceptos de la Teoría de Kirsten Swanson: “Hacer Por” y “Estar con” con el fin de brindar recomendaciones relacionadas con competencias propias de enfermería en lo relacionado al conocimiento científico de la terapia, pero además, intervenciones en donde la enfermera refuerce esa presencia auténtica, fortalezca la confianza en su cuidador y logre generar medidas de autocuidado en el paciente.

**Tabla 5.** Pregunta 4. Cuál es la intervención de enfermería que usted prioriza cuando le brinda cuidado al paciente con EPOC exacerbado usuario de ventilación mecánica no invasiva

**INTERVENCIONES PRIORITARIAS DURANTE EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE USUARIO DE LA VENTILACION MECANINCA NO INVASIVA.**



- Participa usted Con paciencia y calma escuchando al paciente las preferencias del paciente durante el tratamiento con la ventilación mecánica no invasiva y se las comunica al equipo de trabajo de su unidad
- Le proporciona información relacionada con los posibles molestias derivadas de la terapia
- Centra sus intervenciones en los evaluar desajustes técnicos de la ventilación
- Se concentra en el tiempo que el paciente permanece con la terapia y lo informa en la entrega de turno
- no responden

De acuerdo con las respuestas dadas a la pregunta 4, es cierto que el 60% (12) de las enfermeras reconocen que la actividad en la que priorizan su atención se relaciona con las molestias derivadas de la terapia, de acuerdo a esto, se puede inferir que sus intervenciones están dirigidas, según el modelo de colaboración enfermera paciente propuesto por Sorensen, en la colaboración orientada hacia el bienestar del paciente, en donde la interacción enfermera paciente se centra en identificar y evaluar los efectos secundarios de la terapia.

El 20% (4) de las enfermeras que participaron, describen que centran sus intervenciones, según el modelo de colaboración de Sorensen, orientándolas hacia el resultado, ya que su objetivo es recuperar el patrón respiratorio y los ajustes técnicos de acuerdo con sus conocimientos y sus habilidades dándole menos preferencia al paciente y a sus necesidades.

El 15% (3) del total de las encuestadas, no respondió la pregunta, hallazgo significativo con respecto al total de personas que participaron que corresponde a las mismas enfermeras que consideran que la VMNI es una actividad exclusiva de el terapeuta y/o medico tratante; lo que se puede relacionar al modelo de colaboración ausente, es decir que las preocupaciones de las enfermeras y de

los pacientes son opuestas, ya que el paciente busca la comodidad mientras que el objetivo de la enfermera es evitar ser responsable de cualquier fallo de la terapia, siendo esta actividad poco participativa y delegada a otros profesionales

El 5% (1) de las enfermeras centra sus intervenciones en actividades relacionadas con el modelo de colaboración de Sorensen orientada a los resultados, en donde los hallazgos encontrados durante el cuidado solo son informados, dándole menos preferencia al paciente en favor de la salud y su seguridad centrándose en los ajustes técnicos.

De acuerdo con los hallazgos es claro que existe ausencia de la doble colaboración recíproca, (0%) de la cual nos habla Sorensen, dado que del total de las enfermeras que participaron, ninguna se interesa por trabajar simultáneamente con un enfoque centrado en el paciente. Lo cual demuestra que no es evidente el entendimiento de las necesidades del paciente a partir de la comunicación asertiva y el intercambio de conocimientos,. Lo anterior es ratificado por Kristen Swanson, en su Teoría, cuando propone que el bienestar del paciente solo se logra si se integran, el acompañamiento del paciente a través de la presencia auténtica de la enfermera, el fortalecimiento de la confianza a través del reconocimiento de las actitudes asertivas frente a su condición crítica de salud sin desconocer los conocimientos científicos de la enfermera y la educación apropiada al paciente acerca de la terapia.

## **5.2 Resultados y análisis de los hallazgos encontrados desde la aplicación de la encuesta a pacientes**

Las encuestas destinadas a explorar las necesidades de bienestar del paciente y el tipo de colaboración enfermera paciente fueron aplicadas a un total de 3 pacientes con diagnóstico de EPOC exacerbado que requieren VMNI como parte de su tratamiento, los cuales se encontraban hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo e intermedio de un Hospital de Tercer Nivel de la ciudad de Bogotá. La encuesta contó con un total de 4 ítems. Estas encuestadas fueron aplicadas en el periodo de tiempo comprendido entre el 18 de octubre al 8 de noviembre de 2013.

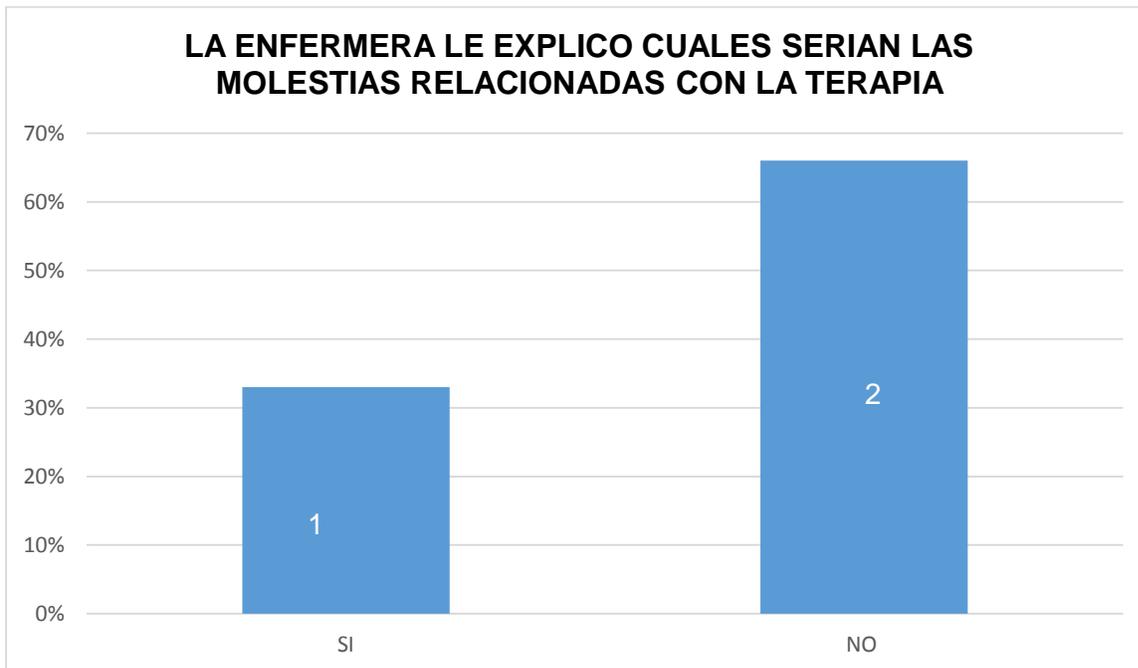
Del total de pacientes que se encuestaron en las 3 unidades de cuidado intensivo, la totalidad (3 – 100%) fueron mujeres, las edades de las mismas oscilaron entre los 70 a los 76 años, con niveles de estudio de primaria 2 (66%), ninguna 1 (33%) estado civil casadas 100% (3) y ocupación (3 – 100%) amas de casa.

En la tabla 6, se presentan los datos sobre la caracterización demográfica del grupo de PACIENTES.

**Tabla 6.** Caracterización demográfica del grupo de pacientes.

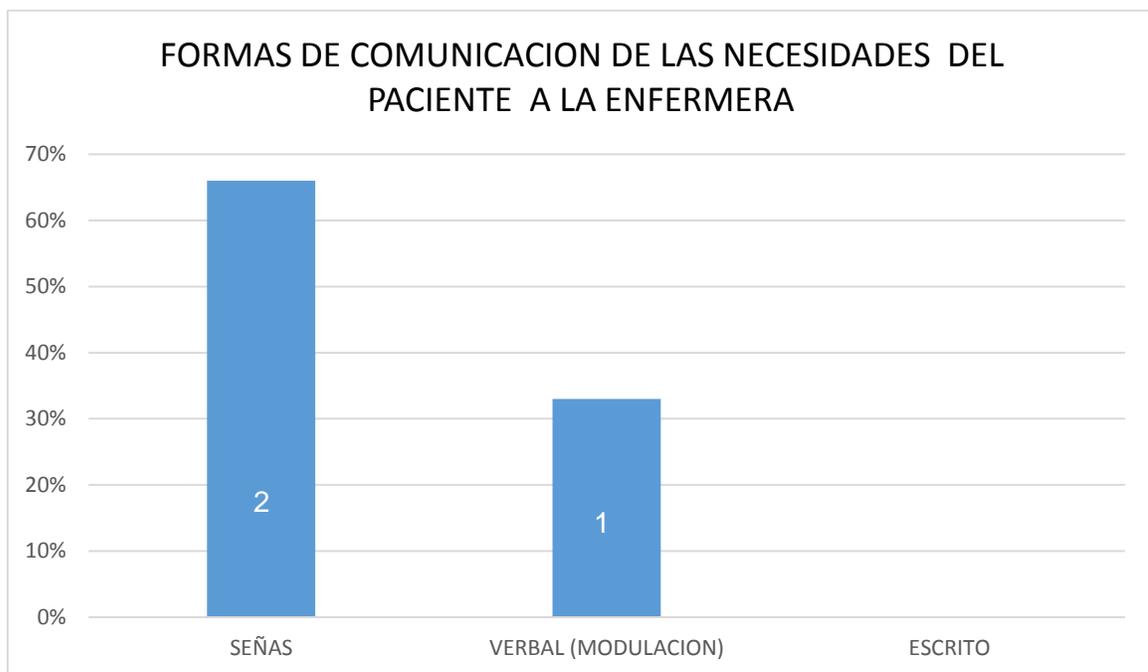
<b>RESULTADO</b>	<b>RANGO</b>	<b>FRECUENCIA</b>
<b>EDAD</b>	70 - 80	3
<b>GENERO</b>	Femenino	3
<b>OCUPACION</b>	Ama de casa	3
<b>NIVEL ESCOLARIDAD</b>	primaria	2
	ninguna	1
<b>TIEMPO DE ESTANCIA EN UCI</b>	3-5	1
	Mayor 5	2

**Tabla 7.** Pregunta 1. La enfermera estuvo con usted y le explico cuáles serían las molestias que sentiría durante la utilización de la máscara?



A la primera pregunta, la mayoría de pacientes 2 (66%) respondieron que no reconocen en la enfermera como la persona que brinda un acompañamiento sanador, lo que nos lleva a identificar en el Modelo de Swanson, la poca información suministrada al paciente lo que se traduce en “capacitar”, Sin embargo un (1) 33% reconocen que la enfermera sí estuvo presente durante todo el proceso de instalación de la terapia. Lo que puede explicar que la enfermera capacita y proporciona información adecuada al momento del cuidado.

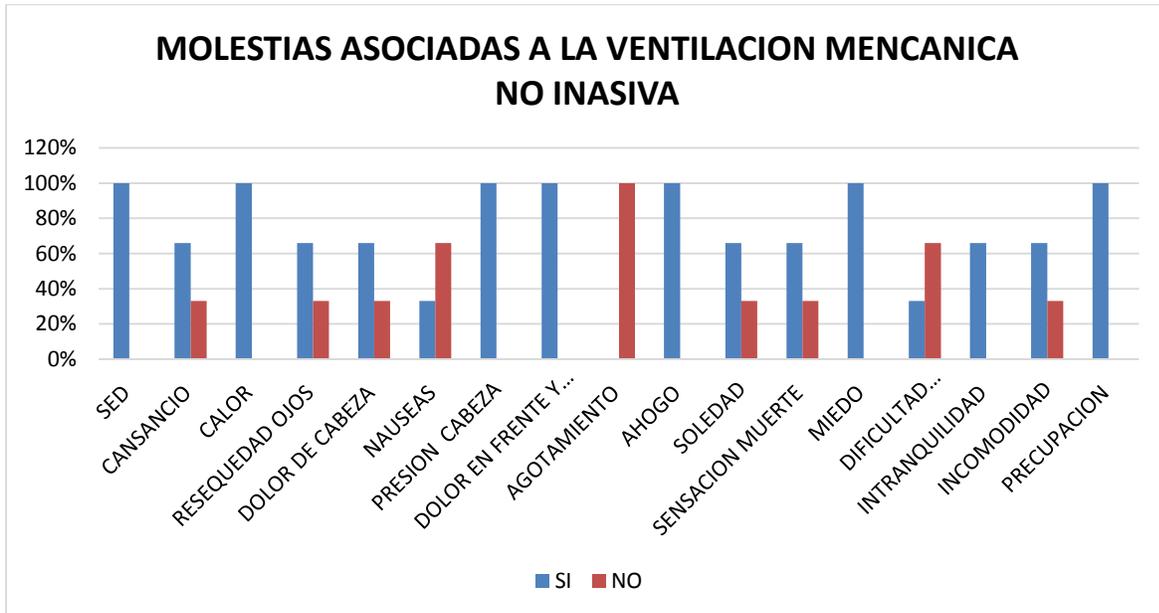
**Tabla 8.** Pregunta 2. Durante la terapia cómo comunico sus necesidades a la enfermera



En relación con la pregunta 2, fue evidente que la mayoría de pacientes 2 (66%) describen que usaron la comunicación con señas como mecanismo para comunicar sus necesidades a la enfermera. El (33%) 1 de los pacientes usaron el lenguaje verbal para hacer saber sus necesidades. Según estos resultados es claro que la enfermera debe encontrarse disponible auténticamente para sus pacientes, (estar con) de tal forma que logre reconocer los llamados de cuidado que el paciente haga y de esta forma consiga establecer un ambiente de confianza que oriente la relación terapéutica.

**Tabla 9.** Pregunta 3. Cuáles molestias usted tuvo durante el uso de la terapia.

PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON PARA LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)

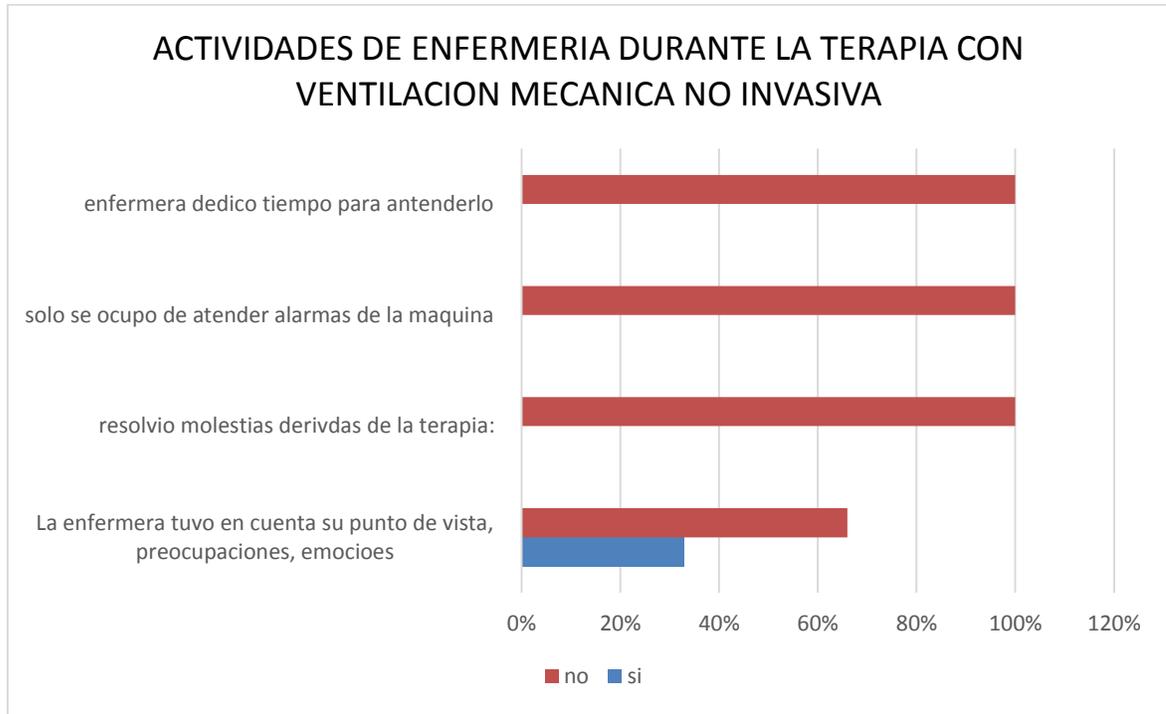


Según la pregunta 3, las principales molestias referidas por los pacientes 3 (100%) fueron: el miedo, el ahogo, el dolor en frente y pómulos, el calor, la sed, preocupación, la presión en la cabeza y la sensación de muerte.

Siendo La sensación de muerte una de las respuestas más claras y enfáticas por dos de las pacientes (66%) que refieren “me ahogo y siento que me voy a morir”. Según la manifestación de las pacientes muy importante y relevante en los resultados, es clara la importancia del “estar con” en ese momento donde el bienestar no se ha podido lograr por falta de acompañamiento haciendo que el acoplamiento a la terapia no sea el adecuado.

Por orden de frecuencia las siguientes molestias de los 3 pacientes (100%) fueron la incomodidad, la intranquilidad, la soledad, el dolor de cabeza, la resequedad de los ojos y el cansancio, por otro lado las que menos molestias representan son el agotamiento, las náuseas y la dificultad de comunicación.

De acuerdo a lo anterior, es indudable que el bienestar del paciente durante la terapia se logra cuando se toman en cuenta acciones terapéuticas encaminadas al tratamiento farmacológico, la adecuada posición corporal, evolución con relación a los resultados de los paraclínicos; sin dejar de lado medidas alternativas que se proponen desde el estar con, como la presencia autentica de la enfermera, comunicación asertiva y escucha activa, que ayuden a disminuir los niveles de ansiedad y estrés, miedo, intranquilidad, soledad, lo cual finalmente redundará en el éxito de la terapia.

**Tabla 10.** Pregunta 4. Durante el tratamiento con la máscara que hizo su enfermera?

De acuerdo con las respuestas obtenidas a la pregunta 4, es innegable que las actividades de enfermería que los pacientes reconocen durante la terapia de ventilación mecánica no invasiva, se pueden enmarcar dentro del modelo de colaboración ausente de Sorensen y por tanto no responden a las necesidades de cuidado que los pacientes manifestaron. Es claro que los pacientes identifican a la enfermera con un rol poco participativo, que va encaminado a los resultados y la manipulación de los elementos técnicos, desconociendo la multidimensionalidad del ser humano y sobre la que se puede influir para mejorar el bienestar. Lo que se evidencia cuando los pacientes 3 (100%) contestan que no se dedicó tiempo para atenderlo, que solo se ocupó de atender las alarmas y que no resolvió molestias derivadas de la terapia.

En contraste, un 33% (1) de los pacientes identifica que la enfermera sí estuvo presente durante el proceso de evolución de la terapia, brindando un acompañamiento desde el estar con, y preocupándose por sus necesidades, realizando intervenciones de acuerdo con sus conocimientos e identificando sus necesidades y atendiendo el llamado de enfermería.

**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS  
DE KRISTEN SWANSON PARA LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA  
NO INVASIVA (VMNI)**

---

## 6. Discusión

La realización de este trabajo final baso su desarrollo en la teoría de K. Swanson<sup>51</sup>, la cual busca brindar un cuidado humanizado a través de la promoción del bienestar del paciente, ya que de este depende el resultado favorable de la terapia con VMNI. Mediante la aplicación de conceptos de su teoría de mediano rango, estar con, hacer por, posibilitar, conocer y mantener la confianza; se logra brindar un cuidado holístico que fomenta una relación reciproca enfermera paciente con el fin de fortalecer el acompañamiento permanente, dado que el profesional de enfermería es quien conoce las necesidades del paciente, por estar en contacto continuo con él, logrando comunicarlo al grupo interdisciplinario.

Dado que el concepto de “Estar con” de la teoría es abstracto, para el profesional de enfermería, resulta difícil llevarlo a la práctica, lo que concuerda con lo referido por Iseminger<sup>52</sup> et al, quien refiere que utilizar empíricamente el conocimiento metafísico con el fin de lograr satisfacer necesidades globales de los pacientes, puede ser posible a través de conceptos conocidos dentro de la Ciencia de Enfermería como la presencia autentica; es por ello que se buscó Modelos de cuidado como el propuesto por Sorensen<sup>53</sup> (modelo interacción enfermera-paciente), donde el concepto “Estar con” representado como la presencia autentica es posible aplicarlo a partir de modelos, como la doble colaboración orientada, en donde las enfermeras a través de la presencia autentica, trabaja simultáneamente con un enfoque centrado en el paciente. Esto se ve reflejado según Ashworth (1) citado por Sorensen<sup>54</sup>, en donde refiere que la

---

<sup>51</sup> 1. ALLIGOOD, Martha. MARRINER, Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición. España: Elsevier, 2011. P,766-777.

<sup>52</sup> ISEMINGER, Karen,. FRANCESCA, Levitt,. KIRK, Lisa,. Healing During Existential Moments: The “Art” of Nursing Presence. En Nursing Clinic. Vol 44. 2009. Pag 447–459.

<sup>53</sup> SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. LOMBORG, Kristen. Nurse patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. [En línea]. En International Journal of Nursing Studies. Enero de 2013. {citado marzo de 2013}. Disponible en ([www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/abstract)).

<sup>54</sup> Ibid,. P,61.

ventaja de la colaboración se refleja en la satisfacción del paciente, la mejora del cumplimiento de la terapia y elevación de la dignidad humana.

Teniendo en cuenta lo anterior y mediante la aplicación de las encuestas a 20 enfermeras y 3 pacientes, se logró identificar principalmente que para las enfermeras su mayor interés se concentra en el conocimiento relacionado con las molestias de la terapia y menos interés en el conocimiento del “Estar con”. Este hallazgo se correlaciona con lo encontrado en la literatura a partir de la revisión crítica de los artículos disponibles de investigaciones realizadas por Enfermeras, en donde se encuentra que de los 9 artículos pertinentes, sus diseños y resultados se relacionan hacia modelos de colaboración orientadas al resultado (20, 17, 18, 27, 13, 19, 23, 12) , 2 de estos 10 artículos se direccionan hacia Modelos de colaboración orientadas al bienestar (22), y solo 2 orientados hacia Modelos de Colaboración (20 ,21) aunque se debe tener en cuenta que fueron desarrollados en contextos diferentes al Latinoamericano.

De acuerdo con lo anterior, esto puede coincidir con hallazgos un poco más específicos como los que describe Sorensen<sup>55</sup>, donde refiere que a algunas enfermeras les resulta difícil fortalecer, animar y apoyar al paciente a la vez que atender la máquina y solucionar los problemas derivados del tratamiento, representando este último la colaboración orientada al resultado. O por lo expuesto por Barrera citado por Iseminger<sup>56</sup>, quien refiere que la presencia auténtica no puede ser fácilmente conseguida ya que por lo general se asocian a “ la falta de tiempo percibida relacionados con proporciones bajas de personal, complejidad del paciente, malestar intenso, falta de comunicación significativa y el bajo valor percibido de la actividad”, aunque es necesario tener en cuenta que como lo refiere el mismo autor se necesitan de pocos minutos para lograrla y convertirse en resultados significativamente positivos ya que “reduce la ansiedad y genera ambientes donde se fomenta la curación “<sup>57</sup>. Esto puede también dificultarse según resultados que se encontraron a partir de la revisión de literatura realizada por esta misma autora, en donde lo asocia a que la enfermera, asume su trabajo como un oficio donde el beneficio es netamente económico.

---

<sup>55</sup> Ibid., P, 61.

<sup>56</sup> ISEMINGER, Karen,. FRANCESCA, Levitt,. KIRK, Lisa,. Healing During Existential Moments: The “Art” of Nursing Presence. Op cit., P, 60.

<sup>57</sup> ISEMINGER, Karen,. FRANCESCA, Levitt,. KIRK, Lisa,. Healing During Existential Moments: The “Art” of Nursing Presence. Op cit., P, 60.

Por el contrario, se encontró que los pacientes manifiestan una gran necesidad de cuidado a través del acompañamiento recíproco, lo que se evidencia en que 2 de los 3 paciente respondieron que no a la pregunta “la enfermera le explico cuáles serían las molestias relacionadas con la terapia”, solo un paciente contestó que la enfermera tuvo en cuenta su punto de vista, preocupaciones y emociones y del total de los pacientes respondieron que la enfermera no le dedico tiempo para atenderlo; estos hallazgo concuerdan con lo que menciona Sorensen<sup>58</sup> en su artículo con la tipología de colaboración ausente, ya que las enfermeras se encuentran estresadas debido a que estas intervenciones representan un aumento en la carga de trabajo y desafíos que influyen desfavorablemente en la colaboración enfermera paciente para lograr resultados positivos de la ventilación mecánica no invasiva.

Iseminger reconoce esta misma necesidad identificada por los pacientes relacionadas con el “Estar con”, específicamente con la presencia auténtica y refiere que “puede ser mejorada si la enfermera reconoce y acepta las practicas que han sido identificadas como beneficiosas para la práctica en general de Enfermería”<sup>59</sup> mediante la aplicación de intervenciones de enfermería (NIC) en donde se incluye las intervenciones relacionadas con la presencia de enfermería tales como “la escucha activa , orientación anticipada, reducción de la ansiedad , ayuda a la decisión , humor, presencia (definido como estar con otra, física y psicológicamente, en tiempos de necesidad ) etc. y la clasificación de los resultados NOC”<sup>60</sup> aumenta la percepción del paciente frente al acompañamiento permanente de su enfermera.

Según lo mencionado anteriormente, y desde los aciertos y desaciertos que se obtienen de la confrontación de los hallazgos obtenidos a partir de la aplicación de las encuestas y la revisión de la literatura, validan el desarrollo de un Propuesta de Cuidado de Enfermería para los pacientes con EPOC usuarios de Ventilación Mecánica No invasiva, que finalmente logre mejorar los resultados de

---

<sup>58</sup> SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. LOMBORG, Kristen. Nurse patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. [En línea]. En International Journal of Nursing Studies. Enero de 2013. {citado marzo de 2013}. Disponible en ([www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/abstract)).

<sup>59</sup> ISEMINGER, Karen,. FRANCESCA, Levitt,. KIRK, Lisa,. Healing During Existential Moments: The “Art” of Nursing Presence. Op cit,. P, 60.

<sup>60</sup> ISEMINGER, Karen,. FRANCESCA, Levitt,. KIRK, Lisa,. Healing During Existential Moments: The “Art” of Nursing Presence. Op cit,. P, 60.

**PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS  
DE KRISTEN SWANSON PARA LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA  
NO INVASIVA (VMNI)**

---

la terapia, identificar el rol de enfermería desde las actividades independientes dentro del equipo interdisciplinario, fortalecer el patrón de significancia social de la práctica de enfermería, lo que se traduzca en cuidado de calidad, centrado en el paciente que mejore la satisfacción del paciente y su familia, del personal de Enfermería y de la Institución logrando finalmente el BIENESTAR DEL PACIENT





## **7. Conclusiones y recomendaciones**

### **7.1 Conclusiones**

El desarrollo de propuestas de cuidado basados en el conocimiento disciplinar de enfermería, permite la aplicación de Teorías como la que propone Kristen Swanson "Cuidado informado para el bienestar de otros" y Modelos de cuidado específicos como el elaborado por Sorensen y colaboradores; que contribuyen al cuidado humanizado e individualizado, logrando la atención del paciente de manera holística, ya que desde la aplicación de los 5 conceptos "Conocer", "Estar Con", "Hacer Por", "Mantener La Confianza" Y "Posibilitar" se logra fortalecer la relación recíproca enfermera paciente, en donde se conocen las necesidades del paciente y se desarrollan intervenciones acordes a estas, que mejoran los resultados de terapias altamente tecnificadas como la VMNI y finalmente la satisfacción del paciente, la enfermera y la institución mejorando así la práctica de enfermería.

Es positivo identificar que la mayoría de profesionales de enfermería reconoce que la terapia con VMNI no es una actividad exclusiva de los demás profesionales, pero no hacen parte activa de la misma, lo que se relaciona con la necesidad de conocimiento manifestada por ellos, relacionada con habilidades y competencias de ésta, desplazando el interés por conocer y resolver las necesidades de los pacientes, lo cual puede ser superado si se fortalece este conocimiento desde la aplicación del proceso de enfermería y se sensibiliza sobre la influencia de la relación empática, recíproca y el rol curativo de la enfermera desde las intervenciones independientes del profesional en el resultado y la adherencia al tratamiento.

El interés que las enfermeras manifiestan por adquirir conocimientos sobre la VMNI y las intervenciones prioritarias que realizan durante la atención con más frecuencia, como dedicarse a solucionar molestias y el no reconocimiento de la enfermera, por parte del paciente, como la persona que les informa sobre la misma y sus molestias, explica el planteamiento de colaboración ausente y la comunicación no asertiva, entendiéndose que las necesidades del paciente y el intercambio de conocimientos no van en la misma dirección.

Se evidencia el poco interés de conocimiento relacionado con el acompañamiento del paciente, así como el fortalecimiento de la confianza por parte de las enfermeras, lo que se refleja desde la práctica, mediante el concepto de “ESTAR CON” de la teoría de KRISTEN SWANSON, en correlación, los pacientes lo identifican como un vacío y como una necesidad de cuidado ya que ninguno identificó que la enfermera dedicara tiempo para atenderlo, resolver molestias derivadas de la terapia o conocer las preocupaciones, emociones y puntos de vista

Utilizar el conocimiento metafísico de manera empírica como una medida para lograr el bienestar de un paciente con EPOC exacerbado usuario de VMNI puede resultar difícil, puede ser posible si conceptos como “Estar con” se traducen en términos de acompañamiento, colaboración recíproca, elementos que proporciona de manera más específica Modelos de Cuidado como los propuestos por Sorensen y otros elementos como comunicación asertiva y la presencia auténtica, para lograr integrar este conocimiento en una propuesta de cuidado, ofreciendo una solución, dado que proporciona las herramientas para mejorar la práctica y la atención del paciente.

La aplicación de metodologías como las proporcionadas por el marco lógico son estrategias metodológicas pertinentes que ayudan a desarrollar propuestas de cuidado como esta, que buscan resolver problemas derivados de la práctica de enfermería reconocidas desde un interés personal.

## 7.2 Recomendaciones

El desarrollo de propuestas de cuidado basados en el conocimiento disciplinar de enfermería, permite la aplicación de Teorías como la que propone kristen Swanson “Cuidado informado para el bienestar de otros” y Modelos de cuidado específicos como el elaborado por Sorensen y colaboradores; que contribuyen al cuidado humanizado e individualizado, logrando la atención del paciente de manera holística, ya que desde la aplicación de los 5 conceptos “Conocer”, “Estar Con”, “Hacer Por”, “Mantener La Confianza” Y “Posibilitar” se logra fortalecer la relación recíproca enfermera paciente, en donde se conocen las necesidades del paciente y se desarrollan intervenciones acordes a estas, que mejoran los resultados de terapias altamente tecnicadas como la VMNI y finalmente la satisfacción del paciente, la enfermera y la institución mejorando así la práctica de enfermería.

Es positivo identificar que la mayoría de profesionales de enfermería reconoce que la terapia con VMNI no es una actividad exclusiva de los demás profesionales, pero no hacen parte activa de la misma, lo que se relaciona con

la necesidad de conocimiento manifestada por ellos, relacionada con habilidades y competencias de ésta, desplazando el interés por conocer y resolver las necesidades de los pacientes, lo cual puede ser superado si se fortalece este conocimiento desde la aplicación del proceso de enfermería y se sensibiliza sobre la influencia de la relación empática, recíproca y el rol curativo de la enfermera desde las intervenciones independientes del profesional en el resultado y la adherencia al tratamiento.

El interés que las enfermeras manifiestan por adquirir conocimientos sobre la VMNI y las intervenciones prioritarias que realizan durante la atención con más frecuencia, como dedicarse a solucionar molestias y el no reconocimiento de la enfermera, por parte del paciente, como la persona que les informa sobre la misma y sus molestias, explica el planteamiento de colaboración ausente y la comunicación no asertiva, entendiéndose que las necesidades del paciente y el intercambio de conocimientos no van en la misma dirección.

Se evidencia el poco interés de conocimiento relacionado con el acompañamiento del paciente, así como el fortalecimiento de la confianza por parte de las enfermeras, lo que se refleja desde la práctica, mediante el concepto de “ESTAR CON” de la teoría de KRISTEN SWANSON, en correlación, los pacientes lo identifican como un vacío y como una necesidad de cuidado ya que ninguno identificó que la enfermera dedicara tiempo para atenderlo, resolver molestias derivadas de la terapia o conocer las preocupaciones, emociones y puntos de vista

Utilizar el conocimiento metafísico de manera empírica como una medida para lograr el bienestar de un paciente con EPOC exacerbado usuario de VMNI puede resultar difícil, puede ser posible si conceptos como “Estar con” se traducen en términos de acompañamiento, colaboración recíproca, elementos que proporciona de manera más específica Modelos de Cuidado como los propuestos por Sorensen y otros elementos como comunicación asertiva y la presencia auténtica, para lograr integrar este conocimiento en una propuesta de cuidado, ofreciendo una solución, dado que proporciona las herramientas para mejorar la práctica y la atención del paciente.

La aplicación de metodologías como las proporcionadas por el marco lógico son estrategias metodológicas pertinentes que ayudan a desarrollar propuestas de cuidado como esta, que buscan resolver problemas derivados de la práctica de enfermería reconocidas desde un interés personal.







## A. Anexo: Matriz Marco Lógico.

	INDICADORES DE EVALUACION	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>PROPOSITO:</b></p> <p>Que esta propuesta de cuidado se aplique en la UCI del Hospital de tercer nivel por parte de las enfermeras que allí laboran.</p>	<p>Numero de enfermeras que aplicarían la propuesta de cuidado</p> <hr/> <p>Número de enfermeras totales del servicio de UCI.</p>	<p>Identificar que las actividades y el cuidado de enfermería que se brinda al paciente con EPOC y VMNI, se desarrollen con base en la teoría de rango medio de Swanson.</p> <p>Evaluar en los pacientes el cuidado ofrecido por las Enfermeras de la UCI, con la escala propuesta por Swanson. (Anexo 4).</p>	<p>Que las directivas y/o coordinaciones de la clínica no permitan su aplicación.</p> <p>Que el personal de enfermería sea reacio a establecer cambios tendientes brindar un cuidado para el bienestar, propuesto por Swanson.</p>
<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Diseñar una propuesta de cuidado de enfermería orientado al bienestar dirigido a pacientes con EPOC exacerbado entre los 40 y 80 años que requieren de VMNI en la UCI de un hospital de 3 nivel de la ciudad de Bogotá, con base en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson.</p>	<p>Propuesta de cuidado de enfermería orientado al bienestar del paciente con EPOC exacerbado usuario de VMNI.</p>	<p>Entregar la propuesta de cuidado, a la coordinación del Departamento de Enfermería y a cada una de las UCI, para que posteriormente sea aplicada a los pacientes con EPOC exacerbado usuarios de VMNI.</p>	<p>El hospital de tercer nivel puede negarse a que se realice la propuesta en la UCI.</p> <p>Las enfermeras de la UCI y los pacientes con EPOC y VMNI pueden negarse a participar en la realización de la encuesta</p>

			No reconocimiento por parte de las directivas y enfermeras asistenciales de la importancia del sustento teórico para el quehacer diario de enfermería.
	<b>INDICADORES DE EVALUACIÓN</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>OBJETIVO ESPECÍFICOS:</b>			
<b>1. Identificar las necesidades de cuidado de los pacientes entre los 40 y 80 años con EPOC exacerbado que requieren de VMNI hospitalizados en la unidad de cuidado Intensivo de un hospital de 3 nivel</b>	Necesidades de cuidado identificadas en los pacientes con EPOC exacerbado usuario de VMNI hospitalizados en la UCI de un hospital de 3 nivel.	Listado de necesidades identificadas.  Para la realización de la propuesta se aplicara un consentimiento informado  Listado de encuestas.	Dificultad por parte de los enfermeros para identificar las necesidades de los pacientes.  Los pacientes no quieran participar en la propuesta de cuidado.  En las fechas planeadas para la realización de la propuesta puede no presentarse en el servicio los pacientes con las características deseadas
<b>2. Identificar las necesidades de las enfermeras al momento de brindar cuidado a los pacientes entre los 40 y 80 años con EPOC exacerbado que requieren de VMNI hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de un hospital de 3 nivel.</b>	Necesidades de cuidado identificadas en los profesionales de enfermería que laboran en la UCI de un hospital de nivel.	Listado de necesidades identificadas.  Para la realización de la propuesta se aplicara un consentimiento informado.  Listado de encuestas.	Dificultad por parte de los enfermeros para identificar las necesidades de Las enfermeras.  Los enfermeros no quieran participar en la propuesta de cuidado
<b>3. Conocer los tipos de colaboración</b>	Tipos de colaboración	Relación de tipos de colaboración	Dificultad por parte de los enfermeros

<p>enfermera- paciente que se establecen en el momento de cuidado con el fin de plantear estrategias que contribuyan a que la relación sea recíproca y se logre éxito en la terapia utilizada.</p>	<p>enfermera - paciente identificadas en la relación con los pacientes con EPOC y VMNI hospitalizados en UCI de un hospital de 3 nivel.</p>	<p>enfermera paciente.  Listado de encuestas</p>	<p>para identificar los tipos de colaboración enfermera – paciente.  Los enfermeros y pacientes no quieran participar en la propuesta de cuidado</p>
	<p><b>INDICADORES DE EVALUACIÓN</b></p>	<p><b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b></p>	<p><b>SUPUESTOS</b></p>
<p><b>4. Desarrollar estrategias de cuidado de enfermería orientadas al bienestar de los pacientes con EPOC exacerbado usuarios de VMNI que permitan al profesional de enfermería fortalecer “estar con, mantener la confianza, capacitar y hacer por” según la Teoría de K. Swanson</b></p>	<p>Propuesta de cuidado de enfermería orientado al bienestar que contenga las estrategias creadas para que las enfermeras estén presentes auténticamente.</p>	<p>Listado de estrategias producto de las necesidades identificadas.  Propuesta de cuidado.</p>	<p>Dinámica de servicios altamente tecnificados que truncan la relación enfermera – paciente.</p>

**PLAN DE ACCION DE LA PROPUESTA DE CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES CON EPOC EXACERBADO USUARIOS DE VMNI HOSPITALIZADOS EN UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**Objetivo número 1:** Identificar las necesidades de cuidado de los pacientes entre los 40 y 80 años con EPOC exacerbado que requieren de VMNI hospitalizados en la unidad de cuidado Intensivo de un hospital de tercer nivel.

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	INDICADOR DE VERIFICACIÓN
<p>Seleccionar pacientes teniendo en cuenta las características establecidas e informar sobre la propuesta de cuidado.</p> <p>Aplicar consentimiento informado a los pacientes que cumplan con las condiciones deseadas.</p> <p>Aplicar la encuesta a los pacientes para identificar sus necesidades de cuidado</p> <p>Extraer necesidades de cuidado identificadas. Teniendo en cuenta el: <b>CONOCER</b></p>	<p>Responsables de la propuesta: Dos enfermeras estudiantes de la especialización enfermería cardiopulmonar.</p> <p>Pacientes con EPOC exacerbado usuarios de VMNI hospitalizados en UCI. Papelería utilizada en la encuesta y un lapicero</p> <p>Consentimientos informados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° pacientes seleccionados / N° total de pacientes</li> <li>• Numero consentimientos aplicados / Número de participantes</li> <li>• Número encuestas respondidas en su totalidad. / Número total de encuestas aplicadas</li> </ul>	<p>Encuestas diligenciadas, con las respuestas dadas.</p> <p>Matriz de análisis de datos</p>
<p>Clasificar las necesidades identificadas en los pacientes de acuerdo a las proposiciones de cuidado para el bienestar que plantea Swanson</p>	<p>Responsables de la propuesta: Dos enfermeras estudiantes de la especialización enfermería cardiopulmonar.</p> <p>Teoría de cuidado de K. Swanson.</p>		<p>Matriz de clasificación entre necesidades identificadas y proposiciones de cuidado de la teoría de Swanson.</p>

**Objetivo número 2:** Identificar las necesidades de las enfermeras al momento de brindar cuidado a los pacientes entre los 40 y 80 años con EPOC exacerbado que requieren de VMNI hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo del HSC

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	INDICADOR DE VERIFICACIÓN
<p>Aplicar consentimiento informado a las enfermeras que cuidan pacientes con EPOC y VMNI.</p> <p>Aplicar la encuesta a los enfermeras para identificar su necesidades al momento de brindar cuidado al paciente con EPOC</p> <p>Extraer necesidades identificadas en las enfermeras. Teniendo en cuenta el: <b>CONOCER</b></p>	<p>Responsables de la propuesta: Dos enfermeras estudiantes de la especialización enfermería cardiopulmonar.</p> <p>Enfermeras que laboran en UCI.</p> <p>Papelería utilizada en la encuesta y un lapicero</p> <p>Consentimientos informados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de enfermeras que aceptan responder la encuestas / total de enfermeras.</li> <li>• Número consentimientos aplicados / Número de participantes</li> <li>• Número encuestas respondidas en su totalidad. / Número total de encuestas aplicadas</li> </ul>	<p>Encuestas diligenciadas, con las respuestas dadas.</p> <p>Matriz de análisis de datos</p>
<p>Clasificar las necesidades identificadas en las enfermeras de acuerdo a las proposiciones de cuidado para el bienestar que plantea Swanson</p>	<p>Responsables de la propuesta: Dos enfermeras estudiantes de la especialización enfermería cardiopulmonar.</p> <p>Teoría de cuidado de K. Swanson.</p>		<p>Matriz de clasificación entre necesidades identificadas y proposiciones de cuidado de la teoría de Swanson.</p>

**Objetivo número 3:** Conocer los tipos de colaboración enfermera- paciente que se establecen en el momento de cuidado con el fin de plantear estrategias que contribuyan a que la relación sea recíproca y se logre éxito en la terapia utilizada.

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	INDICADOR DE VERIFICACIÓN
<p>Aplicar la encuesta a los enfermeros y a los pacientes para identificar el tipo de colaboración que existe a la hora de brindar y recibir el cuidado.</p> <p>Identificar el tipo de colaboración que es predominante a la hora de cuidar a un paciente con EPOC y VMNI.</p>	<p>Responsables de la propuesta: Dos enfermeras estudiantes de la especialización enfermería cardiorrespiratoria.</p> <p>Papelería utilizada en la encuesta para las enfermeras y los pacientes y un esfero para cada uno de los participantes</p> <p>Consentimientos informados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de enfermeras y pacientes que aceptan responder la encuesta / total de enfermeras y pacientes.</li> <li>• Número de enfermeras a las que se aplica encuesta.</li> <li>• Número de pacientes que aplicaron la encuesta.</li> <li>• Numero de encuestas respondidas en su totalidad / total de encuestas</li> </ul>	<p>Encuestas diligenciadas, con las respuestas dadas.</p> <p>Matriz de análisis de datos</p>
<p>Clasificar los tipos de colaboración enfermera paciente identificadas de acuerdo a las categorías que plantea Sorensen. Teniendo en cuenta: <b>CONOCER, HACER POR, ESTAR CON.</b></p>	<p>Responsables de la propuesta: Dos enfermeras estudiantes de la especialización enfermería cardiorrespiratoria.</p> <p>Modelo conceptual de colaboración enfermera paciente de Sorensen</p>		<p>Matriz de clasificación entre necesidades identificadas y categorías de Sorensen</p>

**objetivo número 4:** Desarrollar estrategias de cuidado de enfermería orientadas al bienestar de los pacientes con EPOC exacerbado usuarios de VMNI que permitan al profesional de enfermería fortalecer “estar con, mantener la confianza, capacitar y hacer por” según la Teoría de K. Swanson

ACTIVIDADES	RECURSOS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	INDICADOR DE VERIFICACIÓN
<p>Revisión literatura</p> <p>Elaborar la propuesta de cuidado de enfermería orientada hacia el bienestar a partir de la revisión de la literatura y de las necesidades encontradas.</p> <p>Socialización de la propuesta al personal que pertenece a la UCI.</p> <p><b>HACER POR, ESTAR CON, MANTENER LA CONFIANZA Y CAPACITAR</b></p>	<p>Responsables del proyecto: dos enfermeras estudiantes de la especialización enfermería cardiorrespiratorio</p> <p>Teoría de cuidado para el Bienestar de K. Swanson.</p> <p>Modelo conceptual de colaboración de Sorensen</p> <p>Computador</p> <p>Papelería</p> <p>Medios audiovisuales para la socialización</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de artículos y textos seleccionados / total de artículos y texto revisados.</li> <li>Número de enfermeras que asiste a la socialización de la guía / N° total de personas convocadas</li> </ul>	<p>Propuesta de cuidado de enfermería orientado hacia el bienestar de los pacientes con EPOC exacerbado usuario de VMNI</p> <p>Listado de asistencia a la socialización de la propuesta.</p>



## B. Anexo: Encuesta al paciente con EPOC exacerbado usuario de ventilación mecánica no invasiva



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADO CARDIORESPIRATORIO

### ENCUESTA AL PACIENTE CON EPOC EXACERBADO USUARIO DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA

Esta encuesta se realiza como parte de las actividades de la práctica, con fin de desarrollar una propuesta de cuidado llamada “Propuesta de cuidado basado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson para los pacientes con EPOC y ventilación mecánica no invasiva (VMNI) hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de un hospital de tercer nivel de atención”.

Su objetivo es conocer necesidades de usted como paciente y la colaboración que le brinda la enfermera durante la terapia.

FECHA: \_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° SECUENCIAL: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO

CIVIL: \_\_\_\_\_

GENERO: M: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

CAMA: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE ESTANCIA EN UCI: \_\_\_\_\_



<b>7.2.2 MOLESTIAS</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
12. Sensación de muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Dificultad para comunicarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Intranquilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Incomodidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Durante el tratamiento con la máscara que hizo su enfermera?

<b>7.2.3 ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Le dedico tiempo la enfermera para conocer sus preocupaciones, tuvo en cuenta su punto de vista, preferencias, emociones y resolvió sus necesidades físicas y emocionales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se concentró en resolver las posibles molestias derivadas de la terapia como resequedad en mucosas, distensión abdominal, sed, dificultad para comunicarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Solo se ocupó de atender las alarmas de la máquina y las fugas de la máscara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dedico poco o nada de tiempo para entenderlo y comunicarse con usted.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## C. Anexo: Encuesta al profesional de Enfermería que cuida al paciente con EPOC exacerbado usuario de ventilación mecánica no invasiva



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADO CARDIORESPIRATORIO

### ENCUESTA AL PACIENTE CON EPOC EXACERBADO USUARIO DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA

Esta encuesta se realiza como parte de las actividades de la práctica, con fin de desarrollar una propuesta de cuidado llamada “Propuesta de cuidado basado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson para los pacientes con EPOC y ventilación mecánica no invasiva (VMNI) hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo de un hospital de tercer nivel de atención”.

Su objetivo es conocer necesidades de usted como paciente y la colaboración que le brinda la enfermera durante la terapia.

FECHA: \_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° SECUENCIAL: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO

CIVIL: \_\_\_\_\_

GENERO: M: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

CAMA: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE ESTANCIA EN UCI: \_\_\_\_\_

5. Antes del inicio de la terapia, la enfermera estuvo con usted y le explico cuáles serían las molestias que sentiría durante la utilización de la máscara?

Si  No

6. Durante la terapia cómo comunico sus necesidades a la enfermera?

7.2.4 COMUNICACIÓN	SI	NO
4. LENGUAJE VERBAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. SEÑAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ESCRITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Cuáles de las siguientes molestias usted tuvo durante el uso de la terapia.  
RESPONDA SI O NO

7.2.5 MOLESTIAS	SI	NO
18. Sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Resequedad en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nauseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Presión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dolor en la frente, pómulo o mentón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Agotamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>7.2.5 MOLESTIAS</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
27. Ahogo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Soledad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensación de muerte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Miedo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Dificultad para comunicarse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Intranquilidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Incomodidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Preocupación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante el tratamiento con la máscara que hizo su enfermera?

<b>7.2.6 ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
5. Le dedico tiempo la enfermera para conocer sus preocupaciones, tuvo en cuenta su punto de vista, preferencias, emociones y resolvió sus necesidades físicas y emocionales.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se concentró en resolver las posibles molestias derivadas de la terapia como resequedad en mucosas, distensión abdominal, sed, dificultad para comunicarse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Solo se ocupó de atender las alarmas de la máquina y las fugas de la máscara?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dedico poco o nada de tiempo para entenderlo y comunicarse con usted.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





## D. Anexo: Consentimiento Informado

Lo estamos invitando a participar de manera **VOLUNTARIA** en una propuesta de intervención llamada **PROPUESTA DE CUIDADO BASADO EN LA TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON PARA LOS PACIENTES CON EPOC Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCION ”**

Esta propuesta se desarrolla como parte del trabajo final de la especialización en Enfermería Cardiorrespiratoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, está aprobado por la Institución de salud y cuenta con el respaldo institucional y de la Universidad Nacional de Colombia.

Las enfermeras responsables del estudio son Monica Silva Cabrera, Linamaria Lozano Gonzalez.

El objetivo de esta propuesta es: Generar una propuesta de cuidado basado en la Teoría de Swanson para los pacientes con EPOC exacerbado entre los 40 y 80 años que requieren de VMNI, que contribuyan a lograr el bienestar, pudiendo generar intervenciones que faciliten el uso de la ventilación mecánica no invasiva en pacientes con EPOC reduciendo así las complicaciones y la obtención de los resultados benéficos, reflejados en un menor periodo de hospitalización

**Actividades de la propuesta.** Para realizar esta propuesta, debemos revisar su historia clínica para saber si usted es candidato para participar. Si usted resulta ser un buen candidato, se realizarán los siguientes pasos:

- 1) Una encuesta (para pacientes con EPOC exacerbado y enfermeras que se encuentren en cuidado intensivo). Esta buscará conocer las principales necesidades de los pacientes y de las enfermeras además de los tipos de colaboración percibida por los participantes.

**Condiciones de participación.** Su participación en este es completamente voluntaria lo que significa que usted tomará libremente la decisión de participar y de retirarse en cualquier momento. Si usted decide no participar, usted seguirá contando con los mismos servicios y condiciones de atención a los cuales tiene derecho.

Es importante que usted sepa que ninguno de las actividades de la propuesta (encuesta) tendrá costo para usted ni para su empresa aseguradora de salud. Igualmente, es importante que sepa que usted no recibirá ningún pago por participar en la propuesta.

La información que obtengamos de usted y de otras personas con Ventilación Mecánica no Invasiva y EPOC exacerbado y personal de enfermería, se utilizará únicamente con fines educativos y se manejará con absoluta confidencialidad. Esto significa que su nombre no será revelado y usted siempre será identificado por un número secuencial. De igual forma, en caso de publicación de los resultados del estudio, su nombre no podrá ser identificado.

Las enfermeras vinculadas a la propuesta, cuyos datos se anotan a continuación, estaremos atentas a responder todas sus dudas antes, durante y después de concluida la propuesta.

Monica Silva Cabrera  
Celular: 3133605843

Linamaria Lozano Gonzalez.  
Celular: 3178863605

**Al firmar este consentimiento usted acepta participar de manera voluntaria en esta propuesta**

Yo \_\_\_\_\_ con la cedula de ciudadanía \_\_\_\_\_  
acepto que:

1. Leí o me han leído y explicado completamente la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas que me ayudaron a entender lo correspondiente a mi participación.
2. Entiendo los riesgos y los beneficios y por lo tanto libremente doy mi consentimiento para participar en el estudio de investigación resumido en este formulario. Entiendo que si no acepto, esto no afectará la atención que recibo en esta o en otra institución de salud.

**Paciente voluntario:**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de identificación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nombre de la persona que presentó / explicó el documento:**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **E. Anexo: Propuesta de cuidado**

# **PROPUESTA DE CUIDADO DE ENFERMERIA ORIENTADO AL BIENESTAR DEL PACIENTE CON EPOC EXACERBADO USUARIO DE VENTILACION MECANICA NO INVASIVA**

**LINAMARIA LOZANO GONZALEZ  
MONICA SILVA CABRERA**

---

## 1. ANTECEDENTES:

---

El aumento de las complicaciones asociadas a la ventilación mecánica invasiva y los beneficios demostrados con la ventilación mecánica no invasiva<sup>61</sup>, han conducido a que los profesionales de salud busquen otras alternativas de tratamiento que permitan optimizar las acciones terapéuticas con el fin de lograr la estabilización y recuperación del paciente que presenta agudización de la EPOC.

Actualmente esta terapia se implementa con gran frecuencia en servicios de cuidado crítico, espacios donde el profesional de enfermería debe ser pieza clave para el cuidado integral de los pacientes allí hospitalizados, dado que son quienes se encuentran al cuidado directo y en permanencia constante con el paciente; aunque es evidente la ausencia del reconocimiento puntual de intervenciones de enfermería encaminadas al bienestar del paciente, Kristen Swanson de su Teoría de los cuidados permite promover el bienestar de otros, a través del cuidado con compromiso y responsabilidad teniendo en cuenta cinco conceptos que encierran de manera integral el cuidado brindado a un ser que requiere de apoyo no solo físico sino también espiritual.

Estos conceptos como el “Hacer por”, “capacitar”, “mantener la confianza” y “Estar con” orientan el cuidado humanizado de los pacientes, específicamente los dos últimos que influyen el bienestar, ya que facilitan la identificación de acciones dirigidas a el acompañamiento del paciente y con ella la facilidad con el que el paciente se adapta a el uso de la ventilación mecánica invasiva.

Swanson propone así en su primer concepto **conocimiento**, que se refieren a las capacidades de las personas para dar cuidado, segundo concepto **estar con**, es

---

<sup>61</sup> 17. PY HO, Rosa,. BOYLE ,Martin,. Non-invasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure: Providing competent care.[En línea]. En Australian Critical Care. May 2000. Vol13. Pág. 135–143. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731400706412>).

estar emocionalmente presente con el otro, el tercero **hacer por**, es hacer al otro lo que él o ella, harían por sí mismo si fuera posible, el cuarto **posibilitar**, siendo esto, facilitar la capacidad del otro para crecer, curar o practicar el autocuidado, finalmente **mantener las creencias**, que es sostener la fe del otro, para pasar un evento y enfrentar un futuro con significado<sup>62</sup>.

El incluir conceptos como “Estar con” y “Mantener la confianza” son aspectos pieza clave para lograr una atención integral en donde el paciente reconozca rol sanador y la presencia auténtica de la enfermera que logre articular las necesidades del paciente con las del equipo de salud, pero que pueden ser complicados visualizarlos en la práctica de enfermería y por lo mismo restarle importancia durante la atención del paciente, para ello se recurre al conocimiento propio de la disciplina, relacionados con el cuidado de enfermería a pacientes con ventilación mecánica no invasiva donde se proponen modelos de cuidado como los propuestos por Sorensen en su artículo “Nurse–patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation<sup>63</sup>” en donde a partir de la identificación de la interacción enfermera paciente se logran establecer 4 modelos de colaboración identificando el “modelo Doble colaboración orientada”, este permite que la interacción entre la enfermera y el paciente se da para mantener la tolerancia a la VMNI optimizando el confort para lograr con éxito con la terapia. En esta la enfermera trabaja simultáneamente con un enfoque centrado en el paciente (entendimiento las necesidades del paciente a partir de la comunicación y el intercambio de conocimientos) y el tratamiento eficaz con medidas de confianza los cuales orientan los cuidados de enfermería.

De acuerdo con lo anterior y el conocimiento de las necesidades del paciente y la enfermera se plantea la siguiente propuesta de cuidado al paciente con ventilación mecánica no invasiva, donde se proponen intervenciones que faciliten la identificación de las acciones de enfermería desde la práctica diaria.

---

<sup>63</sup> 20. SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. LOMBORG, Kristen. Nurse patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. [En línea]. En International Journal of Nursing Studies. Enero de 2013. {citado marzo de 2013}. Disponible en ([www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/abstract)).

## 2. JUSTIFICACION:

---

En la actualidad la literatura internacional como la publicada por Instituto Nacional De Enfermedades Crónicas en México<sup>64</sup>, revela que la prevalencia de la EPOC en muchos países desarrollados está aumentando y con ello tasas de mortalidad asociadas generalmente a la exacerbación de la enfermedad especialmente en las personas mayores de 60 años, representando así un problema de salud pública.

Como lo refiere Bazurto<sup>65</sup> en su artículo refiere que la EPOC es la cuarta causa de muerte en el mundo y la 7ª en Colombia, esperándose un aumento de la prevalencia y mortalidad por esta enfermedad en las próximas décadas, esta mortalidad se encuentra relacionada con la exacerbación de la enfermedad, aquellos paciente que ingresan a cuidado intensivo tiene una mortalidad significativa cercana al 27%.

Barry Mc Brien y colaboradores en su artículo Non-invasive ventilation: a nurse-led service refiere que según la evidencia encontrada “el tratamiento estándar

---

<sup>64</sup>10. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. En Segundo consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. [En línea] Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2003. {Citado en septiembre 2 de 2012.} Disponible en ([www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/ins031b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/ins031b.pdf))

<sup>65</sup> 2. BAZURTO, M. PARADA, O. MARTÍNEZ C. Factores relacionados con mortalidad en insuficiencia respiratoria crónica en EPOC. [En línea]. En Revista colombiana de neumología. Vol 14 N° 3. {Citado en Septiembre de 2002}. Disponible en ([www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum14302factores.htm](http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum14302factores.htm))

para pacientes con exacerbaciones de la enfermedad obstructiva crónica (EPOC), recomendado por la BTS (2008), incluye el manejo temprano con ventilación no invasiva (VNI), ya que la ventilación ha demostrado reducir las tasas de fracaso de la terapia de oxígeno y el tratamiento con broncodilatadores y esteroides. Ésta también reduce las complicaciones y la mortalidad, la necesidad de intubación y la duración de la estancia hospitalaria en aquellas personas con EPOC que es nuestra población de interés”<sup>66</sup>

Cuando un paciente con EPOC exacerbado en fase aguda ingresa a la unidad de cuidado intensivo o intermedio se encuentra con un equipo interdisciplinario conformado por el médico, la enfermera, el auxiliar de enfermería y el fisioterapeuta quienes buscan brindarle una atención completa, que mejore los síntomas y disminuya la mortalidad, partiendo de que el profesional de enfermería es quien permanece el mayor tiempo con el paciente y tiene un contacto directo con él, es la persona más indicada para intervenir en cada fase del proceso, teniendo no solo un conocimiento teórico-práctico de la terapia y conociendo la patología sino también teniendo en cuenta las complicaciones de la terapia, los deseos del paciente, su familia, el apoyo psicológico que lograra aumentar el potencial de recuperación del paciente y lograr buena calidad en la atención. Lo anterior concuerda con los hallazgos obtenidos a partir de las aplicación de las encuestas, donde 15 de las 20 enfermeras que participaron consideran que la ventilación mecánica no invasiva, no es una actividad exclusiva del terapeuta o del médico tratante, por el contrario se encontró que 15 de las 20 enfermeras se involucran atendiendo las necesidades del paciente durante todo el proceso de la terapia.

Para lograr lo anteriormente mencionado, es importante tener en cuenta el modelo de Sørensen y colaboradores en su artículo “Practical wisdom: A qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses” donde se propuso que las enfermeras no pueden tomar buenas decisiones clínicas o ética sin una buena comprensión de la ciencia de la enfermería y la medicina, así como una comprensión de los valores y preferencias del paciente, lo que sustenta porque las enfermeras deben concentrar su atención en el conocimiento de este tipo de terapias, pero principalmente basar el arte de enfermería en brindar cuidado, buscando fortalecer la interacción enfermera paciente, esto se hace también evidente en el artículo citado por Sørensen y colaboradores “Nurse–patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation” donde

---

<sup>66</sup> MCBRIEN, Barry. REILLY, R. WYNNE, C. Non-invasive ventilation: a nurse-led service. [En línea]. En *Emergency Nurse*. Octubre 2009. N° 17(6) Pág. 30. {Citado en 10 septiembre de 2012}. Disponible en (<http://www.sinab.unal.edu.co:3673/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi>)

---

enfatan que el éxito de la terapia depende de la colaboración entre la relación enfermera-paciente bien sea recíproca, orientada a los resultados y al bienestar.

El modelo citado por Sørensen nos acerca a una realidad de cuidado dirigida hacia el bienestar que puede enriquecer la teoría de mediano rango de Kristen M. Swanson "Cuidado informado para el bienestar de otros", donde a través del cuidado con compromiso y responsabilidad; teniendo en cuenta cinco conceptos que comprenden de manera integral el cuidado brindado a un ser que requiere de apoyo, no solo físico sino también espiritual. Siendo estos conceptos el conocer, estar con, hacer por, capacitar y mantener la confianza, proporcionando estos, una empatía con el otro y un significado de la experiencia de salud, lo que le permite identificar aspectos importantes a la enfermera de los fenómenos involucrados que requieren una atención prioritaria que solo son reconocidos cuando el profesional se pone en el lugar de otra persona basando su intervención en los aspectos que considera importantes por medio de una valoración detallada teniendo en cuenta las dimensiones del ser humano.

Dichos aspectos han estado presentes en enfermería pero en cierta medida ha sido opacados por la tecnología, la rutina, la mecanización de los procesos, la inexperiencia y la colaboración ausente de la relación enfermera-paciente. Viendo esto plasmado en las encuestas realizadas a un grupo de 20 enfermeras que laboran en la unidad de cuidado intensivo e intermedio de un hospital de tercer nivel, encontrándose que 16 de ellas reconocen que el capacitarse en conocimientos es su principal necesidad de cuidado, relacionándose muy bien con el "hacer por", en contraste, ninguna de las enfermeras reconocen la necesidad de capacitarse en conocer como brindar acompañamiento al paciente, que corresponde al concepto de "Estar con" según la Teoría de K. Swanson. De la misma manera 12 de las 20 enfermeras realizan como actividad prioritaria la atención de las molestias derivadas de la terapia y ninguna enfermera centra sus intervenciones en participar con paciencia y calma escuchando las necesidades del paciente

Es por este motivo el interés en realizar una propuesta de cuidado donde el profesional de enfermería identifique intervenciones que facilitan el acompañamiento del paciente como parte esencial del logro de su bienestar y con ello el éxito de la terapia; en donde la enfermera es pieza clave porque cuenta con los conocimientos teórico prácticos necesarios para el proceso de la ventilación mecánica no invasiva pero además de intervenciones que busquen el cuidado recíproco basados en la escucha activa, la presencia auténtica y la comunicación efectiva y el entendimiento de las necesidades de cada persona.

### 3. OBJETIVOS:

Proporcionar intervenciones de Enfermería dirigidas al bienestar del paciente con EPOC exacerbado usuario de Ventilación Mecánica No Invasiva hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo.

### 4. POBLACION A LA QUE VA DIRIGIDA:

Esta guía está dirigida a los Profesionales de enfermería que laboran en las Unidades de Cuidado intensivo y se encuentran al cuidado de pacientes que cursan con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a una EPOC exacerbado cuyo soporte ventilatorio consiste en la ventilación mecánica no invasiva.

### 5. ESTRATEGIAS DE CUIDADOS ORIENTADOS HACIA EL BIENESTAR

#### **5.1 HACE POR:**

##### 5.1.1 Definición:

Ventilación mecánica es todo aquel procedimiento que utiliza un aparato mecánico para ayudar o suplir la función ventilatoria del paciente. Si el soporte ventilatorio se instaura sin necesidad de establecer una vía endotraqueal (intubación oro o

---

nasotraqueal o traqueostomía) se denomina ventilación mecánica no invasiva (VMNI)<sup>67</sup>.

#### 5.1.2 Indicaciones:

- Insuficiencia respiratoria grave, aguda o crónica reagudizada.
- Insuficiencia respiratoria hipoxémica.
- Paciente con fracaso post-extubación<sup>68</sup>.

#### 5.1.3 Contraindicaciones

De acuerdo con las recomendaciones establecidas en la Guía de práctica Clínica de la revista Alemana de Medicina por Schönhofer B, Kuhlen R, Peter, Neumann P y Cols <sup>69</sup> La contraindicaciones que se limitan el uso de la ventilación Mecánica No invasiva en pacientes con EPOC son:

#### 5.1.4 Las contraindicaciones absolutas:

- La falta de respiración espontánea, jadeando
- Obstrucción anatómica o funcional
- Hemorragia gastrointestinal o íleo

#### 5.1.5 Las contraindicaciones relativas:

- Coma
- agitación masiva
- La retención masiva de secreciones pesar broncoscopia
- Hipoxemia severa o acidosis (pH <7,1)
- La inestabilidad hemodinámica (shock cardiogénico, infarto de miocardio)
- Documentado un estado cirugía gastrointestinal superior

---

<sup>67</sup> RODRÍGUEZ ANTONIO. Cuidados de enfermería en ventilación mecánica no invasiva. Editorial Asociación y Escuela Internacional de Ventilación Mecánica No Invasiva. Tipografía San Francisco, S.A.

<sup>68</sup> Ibit. Pág 3

<sup>69</sup> SCHÖNHOFER, Bernd, KUHLEN, Ralf. NEUMANN, Peter. WESTHOFF, Michael. BERNDT, Cristiana. SITTER, Hemult. . Clinical Practice Guideline: Non-Invasive Mechanical Ventilation as Treatment of Acute Respiratory Failure,[ en línea]. . Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int 2008; 105(24): 424–33. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2696903/>)

#### 5.1.6 Efectos fisiológicos de la ventilación mecánica invasiva en la EPOC Exacerbado.

- a) **Relacionadas con mecánica ventilatoria:** se produce un aumento de la carga mecánica debido a las elevadas resistencias al flujo aéreo y a la hiperinsuflación dinámica que conllevará inicialmente un aumento del trabajo respiratorio y de la PEEP intrínseca. Por una parte, mediante la aplicación de una presión inspiratoria positiva, se disminuye el trabajo respiratorio, se aumenta la ventilación alveolar y se reduce la frecuencia respiratoria, lo que proporciona un alargamiento del tiempo espiratorio y un menor atrapamiento aéreo.
- b) **La hiperinsuflación dinámica** se produce por un tiempo espiratorio insuficiente para alcanzar el volumen de reposo del sistema respiratorio, incrementándose respiración tras respiración.
- c) Relacionado con el intercambio gaseoso, debido al aumento del volumen minuto, se consigue un descenso de la PaCO<sub>2</sub> y un aumento del pH. Por otra parte, la aplicación de una PEEP externa contrarresta el esfuerzo inspiratorio necesario para superar la PEEP intrínseca debida a la hiperinsuflación dinámica que puede llegar a originar hasta el 60% del incremento de trabajo respiratorio, reduciendo de esta forma el trabajo muscular.



con el ventilador mecánico, elegir una adecuada interface nos garantiza el éxito o fracaso de la terapia

#### 5.1.8 Características de la interfase

Una mascarilla ideal es aquella que permite mayor grado de autonomía y confort al paciente, precisando menor tensión de apretado para conseguir un sellado correcto.

Deben tener las siguientes características

- ✓ Confortables, ligeras y atraumáticas, y de bajo peso
- ✓ Transparente para visualizar la aparición de secreciones
- ✓ Hechas en material resistente y flexible

##### 5.1.8.1 Tipo de interfases

1. Mascarilla orales: pieza bucal que se coloca en los labios y se mantiene mediante un dispositivo específico
2. Mascarillas nasales: interfase que incluye la nariz dejando boca por fuera, por lo que requiere que el paciente mantenga boca cerrada.
3. Mascarilla oronasales: cubre nariz y boca, por lo que se reduce la fuga de aire a través de la boca.
4. Mascarilla facial completa: cubre la superficie facial completamente, adaptándose a la forma de la cara

##### 5.1.8.2 Sujeción

Un buen sistema de fijación aumenta la eficacia de la VMNI, y la tolerancia del paciente a ella, disminuyendo las complicaciones a la excesiva presión

La fijación ideal debe ser ligera, atraumática, estable, de fácil colocación y retirada en casos de urgencia

#### 5.1.9 Complicaciones y manejo

Cuidados con la interfase:

- ✚ mantener permeable la vía aérea aspirando e humidificando las secreciones
- ✚ ajustar la mascarilla para evitar fugas
- ✚ controlar las zonas de presión para evitar lesiones cutáneas
- ✚ mantener y corregir la postura del paciente que mejor se adapte a sus necesidades, aconsejable 30-40 grados
- ✚ lavar la mascarilla cuando precise

- 
- ✚ proporcionar una alimentación adaptándola a las pausas pautadas del VMNI
  - ✚ integrar al paciente haciéndolo participe de su cuidado

#### Complicaciones:

- ❖ distensión gástrica
- ❖ intolerancia a la mascarilla
- ❖ fugas aéreas por el mal sellado de la mascara
- ❖ irritación conjuntival
- ❖ sequedad de mucosas
- ❖ lesión en piel principalmente a nivel de la nariz
- ❖ que el paciente no colabore <sup>71</sup>

## 5.2 CAPACITAR

El profesional de enfermería por ser la persona que brinda un cuidado directo en las unidades de cuidado intensivo e intermedio, tiene la responsabilidad de brindar educación al paciente y su familia, en cuanto a todo el proceso de instalación y mantenimiento de la terapia. Para poder tener la destreza de capacitar al otro debe ser una persona poseedora de conocimientos, habilidades y actitudes, que le permitan sensibilizar al paciente e incentivar el autocuidado y el adecuado uso de la terapia que disminuya las complicaciones y favorezca el bienestar

Teniendo en cuenta que la VMNI es un procedimiento que genera gran ansiedad en el paciente por el hecho de ser una terapia desconocida y poco confortable, es preciso que el profesional de enfermería tome tiempo en la instalación de la misma y la capacitación, de esto depende en gran medida que el paciente colabore y que se lleve a cabo con éxito el procedimiento. Para ello se pretenderá mantener un entorno tranquilo, de confianza y de continua retroalimentación.

Es de vital importancia cuando se va a realizar la capacitación tener definida y elegida la mascarilla correcta que se adapte al paciente que va a incidir positivamente en él, haciendo que exista una participación activa y colaboración asertiva, además es preciso tener en cuenta e indicar la posición, que como mínimo ha de estar la cama a 45°, capacitando al paciente sobre la importancia de este cuidado que minimizara el riesgo de aspiración.

---

<sup>71</sup> RODRÍGUEZ, Antonio. Cuidados de enfermería en ventilación mecánica no invasiva [En línea]. {citado en diciembre de 2014}. Disponible en [http://www.actasanitaria.com/filesset/doc\\_59430\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_91742.pdf](http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_59430_FICHERO_NOTICIA_91742.pdf)

Luego de indicar los beneficios que traerá la terapia (Incremento de la ventilación, Mejoría de la función muscular, Reclutamiento, Mejor calidad de sueño, Descanso muscular, Normalización o mejoría gasométrica, Incremento de la PaO<sub>2</sub>)<sup>72</sup> se debe indicar que se dará paso a la instalación de la terapia, donde se debe comprobar el funcionamiento y conexiones del ventilador. Monitorización de constantes vitales como Fc, Fr, TA, Sat O<sub>2</sub>, fijación de la mascarilla mediante arnés. Control hemodinámico periódico. Extracción de gasometrías y comparación con valores previos al inicio de la terapia para identificar signos de mala tolerancia. Es de vital importancia que el paciente entienda que cuando no sea capaz de expulsar secreciones se realizara aspiración de las mismas, igualmente se debe intentar una adaptación paciente-ventilador eficaz mediante la comunicación verbal y no verbal con el paciente o bien administrando la medicación indicada con el objeto de disminuir la sensación de disnea y la ansiedad.<sup>73</sup>

Las primeras horas tras la instauración de la VMNI son vitales, la mejor respuesta a este tipo de ventilación es la disminución de frecuencia respiratoria, del trabajo respiratorio de la sensación de ansiedad y la mejora de los parámetros gasométricos, que se podrá lograr siempre y cuando la comunicación haya sido asertiva y se haya logrado el adecuado entendimiento del paciente viéndose esto reflejado en su colaboración, que finalmente lo va a llevar a un estado de bienestar.

### 5.3 ESTAR CON

De acuerdo con lo propuesto en la Teoría de kristen Swanson este concepto “significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona para transmitir disponibilidad y compartir conocimientos sin abrumar a la persona cuidada<sup>74</sup>. De acuerdo con lo anterior se propondrán intervenciones desarrolladas desde el conocimiento disciplinar en lo relacionado a como la enfermera establece intervenciones que faciliten estar disponible para el paciente para compartir sus sentimientos a través de la escucha activa, y respuesta reflexivas que evidencien el acompañamiento permanente de la enfermera que le facilite compartir, afrontar y adaptarse la situación.

---

<sup>72</sup> RAMOS DE LUCAS P. JAREÑO J. Ventilación mecánica no invasiva. Neumomadrid. Edita: ERGON ISBN: 978-84-8473. 2007

<sup>73</sup> MONTES, Manuel. . LÓPEZ, Carmen. TAPIA DEL RIO Francisco. MESA, Manuel. . Cuidados de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva. [ En línea]. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla, España. 2010. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2010/pagina9.html>)

<sup>74</sup> ALLIGOOD, Martha. MARRINER, Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición. España: Elsevier, 2011. P, 766-777

### 5.3.1 Reconocimiento vivencia de situación crítica de salud.

Antes de instaurar la terapia de acuerdo con la valoración previa realizada por el profesional de enfermería y el equipo interdisciplinario es necesario como parte del desarrollo de este concepto que el tipo de paciente que requiere de la terapia son **PERSONAS** que se encuentran atravesando por una condición crítica de salud en donde atraviesa por condiciones psicológicas especiales que aumentan su grado de vulnerabilidad, es por ello que es necesario reconocer que el estar en un sitio diferente en el que habitualmente se desenvuelve, la modificación de su entorno donde experimentan ruido de monitores luces con lo que se están poco familiarizados generan desconfianza, el aceptar que se atraviesa por una condición de salud que requiere mayor monitoreo, pérdida de la independencia y si se agrega que la atención se realiza en un medio agresivo, desconocido, con modificación de patrón de vida, pérdida en la toma de decisiones; hace que se tenga una visión diferente de conocer necesidades adicionales del paciente y la manera como las está afrontando son necesarias con el fin de reducir la ansiedad .

#### 5.3.1.1 Intervención de enfermería sobre la promoción de un ambiente de curación para los pacientes que reciben ventilación mecánica no invasiva

Las enfermeras pueden asegurar que los pacientes que se encuentran con ventilación mecánica tengan acceso a la luz natural y optimizar la iluminación adecuada para el momento de día, evitando el uso de luces fluorescentes pueden cambiar la iluminación natural de la noche evitando ciclos de sueño, la reorientación frecuente de los paciente frecuente de los pacientes y las descripciones de lo que que está sucediendo en el medio ambiente pueden proporcionar un contexto para los pacientes que tienen dificultad para comunicarse .

De acuerdo con lo anterior la recomendación se relaciona con comprender que el éxito de la atención orientada hacia el bienestar se centra en el reconocimiento de sentimientos relacionados con la ansiedad derivados del proceso patológico, de la situación crítica de salud y propio de la instauración de la terapia por lo anterior la enfermera deberá:

- Informarme de acuerdo con el nivel sociocultural sobre la condición de salud, el procedimiento con el fin de liberarlo de inquietudes y dudas

sobre las dificultades que surjan como la comunicación, alimentación eliminación de secreciones dedicándole el tiempo para contestarle las preguntas.

- Ubique el paciente en posición semifowler, o fowler cabecera de la cama a 45°-60° lo que facilitara la mecánica ventilatoria y sentimientos de ahogo.
- Principal objetivo es mejorar el afrontamiento del paciente para poder intervenir y favorecer la participación del mismo, en el proceso de la terapia para ello se utilizara la comunicación no verbal, verbal y ayudas sonoras.
- Reconozca con el paciente que él puede tener necesidades adicionales que van a ser atendidas por los profesionales y el equipo de salud Buscar medir objetivamente el grado de ansiedad a través de escalas que permitan ver el grado de ansiedad y si es necesario el soporte con otros profesionales.
- Tenga en cuenta los criterios de selección del paciente, los de exclusión y predictores de éxito como: escasa movilización de secreciones, alta puntuación neurológica, bajo índice de APACHE <15, adecuada sincronía de ventilador y correcta adaptación.
- Proporcione vigilancia durante las primeras horas, indague sobre necesidades que usted pueda suplir que le facilite el confort como posición, almohadas, la presencia del familiar mientras de se adapta al terapia
- Proporcionarle ambiente cómodo que le facilite el sueño y periodos de descanso considerando si es necesario la administración de ansiolíticos, analgésicos y suspensión de la terapia en la medida que la condición del paciente lo permita.

### 5.3.2 Sentimientos, signos y síntomas relacionados con la tolerancia de la ventilación

La evaluación de la tolerancia de la ventilación es un medido que permite la valoración de las necesidades de su paciente y brindarle un acompañamiento continuo en la medida que usted las soluciona, esta se concentra en la valoración de los sentimientos referidos del propio paciente y los que usted identifica y no solo los relacionados con la colaboración:

#### **RECOMENDACIONES:**

Durante las primeras horas son el periodo más crítico del cual depende cómo será el transcurso de la terapia, se recomienda al inicio la valoración continua, durante la primera hora cada 15 min, tercera hora cada 30 min y a partir de la 4° hora cada hora y si identifiquen síntomas de intolerancia:

SENTIMIENTOS DE INTOLERANCIA	SIGNOS DE INTOLERANCIA	CRITERIOS DE TOLERANCIA
------------------------------	------------------------	-------------------------

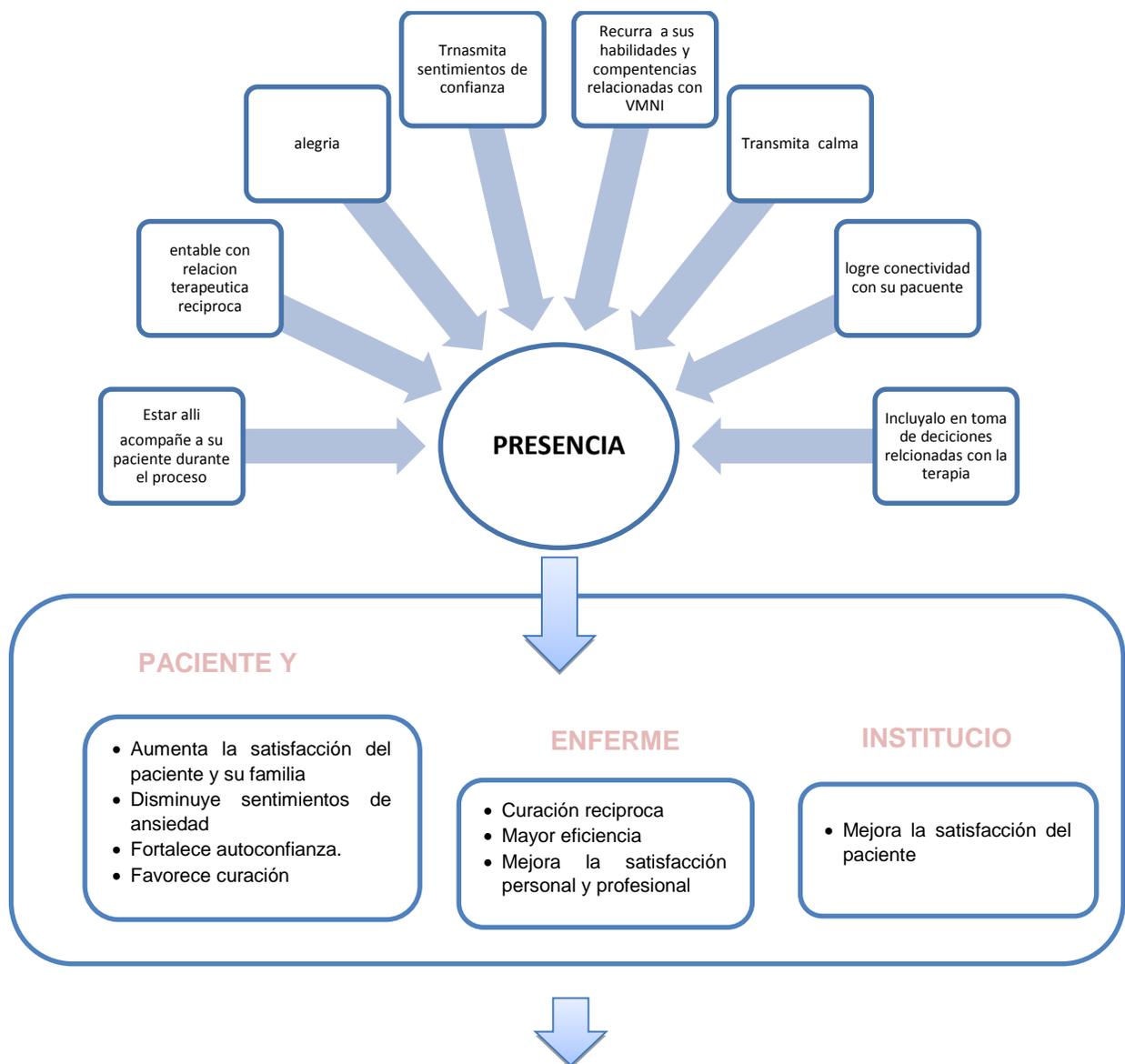
<p>El paciente refiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga y cansancio.</li> <li>• Refiere sensación de sueño.</li> <li>• Sensación de claustrofobia.</li> <li>• Miedo.</li> <li>• Dolor torácico.</li> <li>• Disconfort y molestias generales.</li> <li>• Sensación de ahogo</li> <li>• Deseo de retirada de la interface</li> <li>• Disnea o sensación de falta de aire.</li> </ul>	<p><b>Respiratoria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquipnea.</li> <li>• Respiración paradójica y abdominal.</li> <li>• Respiraciones superficiales.</li> <li>• Coloración cianótica de mucosas y piel.</li> <li>• Tos continua y persistente.</li> <li>• Aleteo nasal.</li> <li>• Respiración intercostal.</li> <li>• Uso de músculos accesorios.</li> <li>• Secreciones respiratorias excesivas.</li> </ul>	<p>No existan síntomas manifestados por el paciente o en el caso de que existan, los signos y síntomas detectados permitan seguir manteniendo la VMNI sin riesgo para el Paciente.</p>
	<p><b>Cardiovascular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquicardia.</li> <li>• Hipotensión/hipertensión.</li> <li>• Frialdad de extremidades.</li> <li>• Sudoración profusa.</li> <li>• Relleno capilar más de 2 segundos.</li> <li>• Palidez extremidades</li> </ul>	<p>Ausencia de signos que manifiesten riesgo para el paciente, con valores gasométricos dentro de la normalidad</p>
	<p><b>Neurológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del nivel de conciencia.</li> <li>• Hiperactividad.</li> <li>• Somnolencia.</li> <li>• Agitación psicomotriz y verbal.</li> </ul>	

### 5.3.3 PRESENCIA:

Una forma de ser consiente el proceso de “Estar con”, como lo menciona Sartre es a través de la presencia, ya que permite el conocimiento de la persona a la que se cuida y mediante la cual se establece un intercambio autentico y reciproco durante la relación terapéutica; porque el paciente identifica que la enfermera está disponible para él y está abierta a la identificación de la experiencia por la que está atravesando. Finalmente cuando el paciente identifica que la enfermera realmente se ocupa de él y de sus necesidades y la presencia es significativa para el paciente, se logran producir resultados positivos en los pacientes. Aunque existen varios tipos de presencia como presencia física, presencia completa,

presencia trascendente es, esta última en donde la atención se centra en el paciente, transmite interés completo a la necesidades mientras proporciona una atención competente.<sup>75</sup>

De acuerdo con lo que propone Iseminger, Levitt F, Kirk L, se pueden recurrir a los siguientes recursos a fin de que durante la atención la presencia de enfermería al paciente con ventilación mecánica no invasiva se logre.



<sup>75</sup> SNYDER Mariah. ,LINDQUIST, Rurth. Complementary & alternative therapies in nursing. [En línea]. Springer Publishing Company2010. {Citado en novimebre de 2013}. Disponible en: ([www.books.google.com.co/books?id=vdI4s1zHPdIC&dq=complementary+and+alternative+therapi+es+in+nursing+6th+edition&hl=es&source=gbs\\_navlinkks](http://www.books.google.com.co/books?id=vdI4s1zHPdIC&dq=complementary+and+alternative+therapi+es+in+nursing+6th+edition&hl=es&source=gbs_navlinkks))

**BIENESTAR**

## 5.3.3.1 Presencia de enfermería durante la ventilación mecánica no invasiva

Estar presente en un paciente incluye tanto Presencia física, y psicológica connota una conexión emocional con el cuidado de un paciente que puede estar estrechamente vinculada a otras interacciones tales como<sup>76</sup>:

- Durante toda el proceso de adaptación a la ventilación mecánica llame al paciente por su nombre, utilice la comunicación no verbal para establecer una relación recíproca como gestos, el tacto y señales, demostración no verbales de aceptación y cariño, comuníquese con palabras asertivas que refuerce las buenas actitudes del paciente como verbalice frases como “está haciendo un buen trabajo”.
- La escucha activa presta atención a la necesidades de los pacientes como los sentimientos de intolerancia, signos de intolerancia 5.3.2
- Tómese 10 a 20s, respire profundo y cierre los ojos para segundos para eliminar las distracciones de modo su foco sea el paciente, repita el nombre del paciente con esto usted lograr en identificar sentimientos de insatisfacción.
- Estar particularmente presente en momentos donde los pacientes ven amenazada su vida, sentimiento que se pueden expresar como “me ahogo” “siento que me voy a morir”, expresión de llanto, esto evoca sentimientos de vulnerabilidad e impotencia. Identifique tempranamente comportamientos de la negación a la utilización de la terapia, incredulidad, desesperación, angustia, ansiedad, insomnio, irritabilidad<sup>77</sup>.

Estas intervenciones a disminuir la ansiedad del paciente y cambia el enfoque desde el entorno altamente técnico a un más personal y el bienestar del paciente.

---

<sup>76</sup> TRACY, Mary. CHLAN, Linda. Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. [En línea]. CriticalCareNurse Vol 31, No. 3, JUNE 2011 27. {Citado noviembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/C31133.pdf>).

<sup>77</sup>ISEMINGER, Kare. LEVITT, Francesca. KIRK, Lisa,. Healing During Existential Moments: The “Art” of Nursing Presence, [En línea]. Nursing Clinics of North America, Volume 44, Issue 4, December 2009, Pages 447-459, ISSN 0029-646. {Citado Noviembre de 2013}. Disponible en ([www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646509000449](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646509000449)) disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0029646509000449/1-s2.0-S0029646509000449-main.pdf?\\_tid=cc469a70-483c-11e3-a1de-0000aacb361&acdnat=1383891351\\_e606f3cb23536c7aae58539490d4c7c2](http://ac.els-cdn.com/S0029646509000449/1-s2.0-S0029646509000449-main.pdf?_tid=cc469a70-483c-11e3-a1de-0000aacb361&acdnat=1383891351_e606f3cb23536c7aae58539490d4c7c2))

La principal precaución para el uso de la presencia es asegurar que la intervención está motivada por las señales del paciente y no forzadas sobre él o ella. Forzando la intervención en un paciente podría dar lugar a un aumento en la ansiedad y una disminución en el nivel de confianza<sup>78</sup>.

#### 5.3.4 Comunicación efectiva:

La comunicación en los pacientes con ventilación mecánica no invasiva permite dar información clara, complementaria dar y un refuerzo frecuente de la realidad. La posibilidad de que la falta de comunicación y la mala interpretación de la información está siempre presente en el entorno de cuidados intensivos tecnificado y se maneja un ritmo muy rápido lo que deteriora interacción reciproca enfermera paciente. Adicionalmente medicamentos analgésicos , agentes sedantes, el dolor y la ansiedad pueden afectar la capacidad del paciente para comprender información compleja.<sup>79</sup> De acuerdo con lo que propone Grossbach<sup>80</sup> se ofrecen estrategias para promover la comunicación efectiva con los pacientes que reciben ventilación mecánica:

##### 5.3.1 Establecimiento de un entorno amigable de comunicación:

- Ajuste su cercanía y posición para que esté visible para el paciente.
- Hable directamente al paciente. A menudo es fácil de ver y hablar ante los miembros de la familia que son capaces de participar en conversaciones con facilidad.
- Reduzca el ruido y la actividad de fondo, la disminución de conversaciones adicionales que se producen en la habitación y cerrar la puerta.

##### 5.3.2 Evaluar las habilidades funcionales que afectan a la comunicación.

Los pacientes que requieren de ventilación mecánica por su condición patológica y la edad de los pacientes pueden tener características personales y funcionales que pueden afectar su capacidad de comunicarse e interactuar en este entorno desafiante.

---

<sup>78</sup> Ibíd. Pag 10.

<sup>79</sup> TRACY, Mary. CHLAN, Linda. Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. [En línea]. CriticalCareNurse Vol 31, No. 3, JUNE 2011 27. {Citado noviembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/C311133.pdf>).

<sup>80</sup> GROSSBACH, Irene. STRANBERG, Sarah. CHLAN Linda. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. [En línea]. Crit Care Nurse. 2011;31(3):46-61. {Citado en Noviembre de 2013}. Disponible en: (<http://ccn.aacnjournals.org/content/early/2010/08/31/ccn2010728.full.pdf>)

- 
- Evalúe las siguientes áreas: Auditiva utiliza algún tipo de dispositivo para escuchar, agudeza visual necesita gafas para leer, dominancia si la persona está derecha o izquierda, evalúe la fuerza muscular que pueda afectar la fuerza de la escritura, identifique el nivel de alfabetización, procedencia y el idioma. Evalúe si tiene algún tipo de alteración cognitiva como afasia etc,
  - Identifique que sistema de comunicación efectiva para el paciente como
  - Movimientos de la cabeza hacia arriba, abajo para contestar preguntas sí / no
  - Mueve los ojos hacia la cabeza para decir sí, cierra los ojos para no
  - Utiliza el parpadeo para contestar si o no, 1 = Sí, 2 = no
  - Que tipo de escritura necesitara para comunicarse y se hará a través de palabras, dibujos
  - Ubique un sistema de llamado para que el paciente logre comunicarse, timbre, señas etc.

### 5.3.3 Anticiparse a las necesidades de los pacientes:

- Identifique y valide el significado de las expresiones faciales, verbalice al paciente
- su observación parece enojado, molesto, asustado, triste o feliz.
- Identifíquese y trate de identificar posibles causas de los sentimientos y proporcione soluciones.
- Mantenga el contacto visual, de preferencia a nivel del paciente
- Transmítale al paciente que está en un ambiente tranquilo, seguro y reconfortante
- Mantenga la paciencia si el paciente está enojado o frustrado por no ser capaz de comunicarse necesidades
- Desarrolle Empatía con el paciente y transmítale su voluntad de entenderlo.
- Dé tiempo para que el paciente transmita un mensaje.
- Diseñe preguntas tipo si o no en lugar de preguntas abiertas
- Haga sólo una pregunta a la vez.

### 5.3.4 Facilitar lectura de labios:

- Asegúrese de tener iluminado el sitio, ubique la luz sobre la boca del paciente, no en los ojos del paciente.
- Busque la palabra, un patrón de palabras o frases que facilite darle el significado de la oración
- Permitir que el paciente vocalice varias palabras en una frase completa para dar el contexto, y no palabras aisladas.

- Evite las interrupciones que rompen la proceso de pensamiento o distraerse
- Obtenga ayuda de colegas para ayudar a traducir palabras con la boca

#### 5.3.5 Utilice los dispositivos de comunicación alternativos y aumentativos:

Facilite al paciente herramientas genéricas estándar, tales como un tablero con el alfabeto, una tabla con lápiz o esfero que permita la escritura de a acuerdo con la valoración inicial.

#### 5.3.6 Educar al paciente, a su familia del paciente y al personal sobre estrategias de comunicación.

De acuerdo con lo que plantea Irene Grossbach<sup>81</sup> y Col en su artículo, refiere que la clave del éxito de la comunicación es identificar con el paciente, sus familiares y el personal que métodos son los más eficaces para trabajar este aspecto y para cada paciente en concreto, ya que la comunicación puede ser muy frustrante, ineficiente e inexacta si el personal está cada utilizando diferentes estrategias. La manera de mantener a todos informados mediante la elaboración de un plan de cuidados accesible y conocido por todos permite que se trabaje en una sola dirección transmitiéndole seguridad al paciente.

Irene Grossbach<sup>82</sup> y Col sugieren que el plan debe contener las siguientes intervenciones a fin de mantener acciones concretas y fácilmente identificables para optimizar la comunicación:

- Evaluar el método de comunicación apropiado (s ) para el cliente en función del tipo y grado de discapacidad física, el estado mental , comprensión según la valoración realizada.
- Comunicar el plan específico del paciente y mantenerlo a la cabecera para una fácil aplicación por los cuidadores.
- Ayudar y demostrar métodos eficaces de comunicación con el personal y la familia del paciente.
- Mantenga el contacto visual, preferiblemente a nivel de los ojos del paciente.

---

<sup>81</sup> GROSSBACH, Irene. STRANBERG, Sarah. CHLAN Linda. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. [En línea]. Crit Care Nurse. 2011;31(3):46-61. {Citado en Noviembre de 2013}. Disponible en: (<http://ccn.aacnjournals.org/content/early/2010/08/31/ccn2010728.full.pdf>)

<sup>82</sup> Ibít pag. 15

- 
- Proporcionar luz de la habitación adecuada. Asegúrese de que el paciente tiene gafas y audífono si es necesario.
  - Pregunte si / no preguntas una a la vez, los gestos y palabras y tabla alfabética, según corresponda.
  - Anticiparse a las necesidades, hacer preguntas relacionadas con el cuidado personal y el confort en una base regular.
  - Tarjetas con Mensajes comunes de los pacientes que experimentan la asistencia respiratoria a corto plazo pueden ser útiles para expresar frases cortas como: Tengo dolor, me siento incómodo, no puedo respirar, ¿Cuánto tiempo el tubo de estar?, Por favor desate mis manos, ¿Dónde está mi familia? ¿Cómo lo estoy haciendo?
  - Transmitir enfoque tranquilo, confiado, tranquilizador. Mantener la paciencia si el paciente se siente frustrado o enojado por no poder comunicar sus necesidades.
  - Busque ayuda de otros colegas para ayudar a determinar lo que el paciente está tratando de comunicar. Evite frustración en el paciente o culpar al paciente por el problema.
  - Identificar, validar significado de la comunicación no verbal. Empatizar con el paciente.
  - Involucrar a la familia / pareja en el plan de atención lo más posible.
  - Asegúrese de que la luz llamada es fácil de alcanzar antes de salir de la habitación.
  - Obtener sistema de luz de llamada modificada si el paciente es débil o paralizado.
  - Consulte con la terapia del habla, según sea necesario para ayudar a proporcionar los métodos de comunicación eficaces.

#### **5.4 MANTENER LA CONFIANZA**

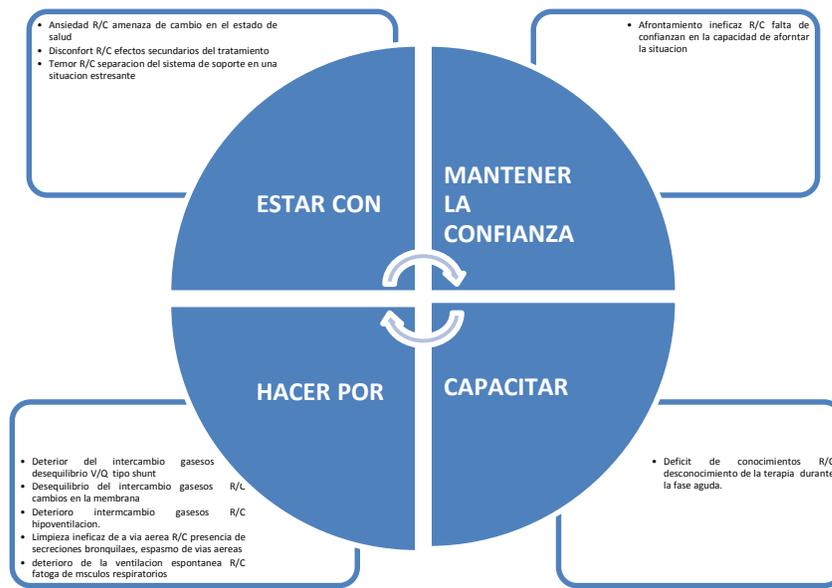
El concepto se relaciona con “mantener la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento o transición y enfrentarse al futuro con significado, manteniendo un optimismo realista, La enfermera lograra creer en la capacidad del paciente para enfrentarse y lograr con éxito adaptarse a la utilización de la terapia (confianza en si mismo) porque le proporcionara los recursos relacionados los conocimientos científicos al alcance de él y actitudes que puede enseñárselas.

El fortalecimiento de este concepto durante la aplicación del proceso de enfermería cobra importancia durante la fase de preparación del paciente, ya que de esta dependerá la adaptación del paciente durante toda la terapia, logrando recurrir a las primeras recomendaciones que se le dieron durante el inicio.

- Cuando sea posible, en situaciones no urgentes se recomienda que el propio paciente pruebe la mascarilla, se familiarice con ella, con el sistema de fijación y experimente las sensaciones de ventilación, lograr que el mismo se adapte, esto facilitara que logre aumentar el control y la seguridad ante la terapia, disminuirá el miedo y la ansiedad.
- Dedíquese al tiempo al paciente recordándole como inspirar y espirar al mismo tiempo que el ventilador a fin de lograr la sincronía del tiempo del paciente y del ventilador, y el reconocimiento positivo durante hace que el paciente logre la confianza en sí mismo y pueda realizarlo solo.
- Establezca medidas no verbales, sonoras que le permitan al paciente llamarla cuando sienta algún signos, sentimiento o síntoma de intolerancia a fin que se realice intervención necesaria para disminuirla y así evitar que el paciente rechace por completo, eso le facilitara al paciente confiar en la personas que lo cuida y se sentirá de seguro de continuar
- Refuerce la autoestima, establezca metas realistas y accesibles relacionadas con los tiempos de tolerancia a la terapia según la condición clínica del paciente, periodos de descanso, permitirá que logre seguridad del mismo para mantener la tranquilidad durante la terapia.

## 6 PLAN DE CUIDADOS:

EL establecimiento de un plan de cuidado que orienten las acciones de enfermería para el cuidado al paciente con EPOC Exacerbado usuario de ventilación mecánica no Invasiva, debe estar apoyado en una teoría de enfermería como la que propone Kristen Swanson ya que a través del desarrollo de los 5 conceptos de “Estar con”, “Capacitar”, “Hacer por”, “Mantener la confianza” se logra brindar un cuidado orientado el bienestar del otro, en donde la enfermera debe recurrir a su conocimiento científico, habilidades clínicas pero también al acompañamiento emocional que permitan la participación activa del paciente desde el establecimiento de un modelo de colaboración recíproca, finalmente el éxito y la adaptación del paciente a la terapia.





## AFRONTAMIENTO INEFICAZ R/C FALTA DE CONFIANZA EN LA CAPACIDAD DE AFRONTAR LA SITUACION S/C VENTILACION MECANICA NO INVASIVA

Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

<p><b>EVIDENCIADO POR</b> Expresión de incapacidad para el afrontamiento</p>	<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>NIC 5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO</p> <p>*Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. *Fomentar un dominio gradual de la situación. *Incentivar y felicitar al paciente cada vez que obtenga un logro o una meta. * Prepare antes de instar al paciente la manera en que el paciente se prepare para la interfase, facilite mediante su voz el aocomplamiento a los tiempos de ciclados. remitase a la actividad numeral 5.4</p> <p>NIC 5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES.</p> <p>*Facilitar y la toma de decisiones de acuerdo con las necesidades individuales del paciente y el equipo de salud *Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. Servir de enlace entre el paciente u otros profesionales del equipo de salud. *Mantener una relación terapéutica continua que permita que el paciente tenga la certeza que cuenta con su enfermera en cualquier momento y por tanto le garantiza la asistencia presente de su profesional de salud que le apoya.</p>	<p><b>RESULTADOS</b></p> <p>NOC 1302 SUPERACIÓN DE PROBLEMAS</p> <p>Escala: nunca manifestada a siempre manifestada. Indicadores: (1-5).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 130205 Verbaliza aceptación de la situación.</li><li>• 130201 Identifica patrones de superación eficaces.</li><li>• 130203 Verbaliza sensación de control.</li></ul>
--	---	---

## ANSIEDAD R/C AMENAZA DE CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

Vaga sensación de malestar o amenaza, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarla.

EVIDENCIADO POR	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<p>Agitación Insomnio Inquietud Irritabilidad Nerviosismo Aumento de la respiración Dificultad respiratoria Aumento del pulso Aumento de la transpiración Aumento de la presión arterial</p>	<p><b>DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</li><li><input type="checkbox"/> Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</li><li><input type="checkbox"/> Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar</li><li><input type="checkbox"/> Identificar los cambios en el nivel de ansiedad</li><li><input type="checkbox"/> Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos</li></ul> <p><b>PRESENCIA (53409)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando</li><li><input type="checkbox"/> Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad</li></ul> <p><b>FACILITAR LAS VISITAS (7560)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos</li><li><input type="checkbox"/> Controlar periódicamente la respuesta del paciente a las visitas de la familia</li><li><input type="checkbox"/> Establecer una política de visitas flexibles y centradas en el paciente si procede</li></ul>	<p><b>1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD</b></p> <p><b>140204</b> Busca información para reducir la ansiedad</p> <p><b>140206</b> utiliza estrategias de superación efectivas</p> <p><b>140207</b> utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad</p> <p><b>140214</b> refiere dormir de forma adecuada</p> <p><b>140217</b> controla la respuesta de ansiedad</p> <p><b>1402018</b> refiere disminución de estrés</p> <p><b>140219</b> verbaliza aceptación de la situación de salud.</p>

## TEMOR R/C SEPARACION DEL SISTEMA DE SOPORTE EN UNA SITUACION ESTRESANTE

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

EVIDENCIADO POR	INTERVENCIONES	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aumento del estado de alerta.</li> <li><input type="checkbox"/> Aumento del pulso.</li> <li><input type="checkbox"/> Tirantez muscular.</li> <li><input type="checkbox"/> Aumento de la frecuencia respiratoria y falta de aliento.</li> <li><input type="checkbox"/> Aumento de la TA sistólica</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD (5380)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mostrar calma.</li> <li><input type="checkbox"/> Pasar tiempo con el paciente.</li> <li><input type="checkbox"/> Escuchar los miedos.</li> <li><input type="checkbox"/> Explicar al paciente las pruebas y procedimientos.</li> <li><input type="checkbox"/> Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li><input type="checkbox"/> Favorecer la expresión de sentimientos.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ASESORAMIENTO (5240)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad.</li> <li><input type="checkbox"/> Demostrar simpatía calidez y autenticidad.</li> <li><input type="checkbox"/> Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.</li> <li><input type="checkbox"/> Proporcionar información objetiva.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>RESULTADOS</b></p> <p>1404 CONTROL DEL MIEDO</p> <p>140403 Busca informacion para reducir miedo</p> <p>140406 utiliza estrategias de superacion efectiva</p> <p>140410 mantiene la realizacion del rol</p> <p>140416 continua siendo productivo</p>

## DISCONFORT R/C EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO

Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social.

	INTERVENCIONES	
<p><b>EVIDENCIADO POR</b></p> <p>Llanto.</p> <p>- Irritabilidad.</p> <p>- Inquietud.</p>	<p>Manejo ambiental: confort (6482):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.</li><li>- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de descanso.</li><li>- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li><li>- Proporcionar un ambiente limpio y seguro.</li><li>- Determinar fuentes de incomodidad.</li><li>- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.</li><li>- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calor o frío.</li><li>- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.</li></ul> <p>Terapia de relajación simple (6040):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).</li><li>- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.</li><li>- Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.</li><li>- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.</li></ul>	<p><b>RESULTADOS</b></p> <p>nivel de agitación (1214): gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales de estrés o desencadenantes bioquímicos.</p> <p>Nivel de malestar (2109): gravedad del malestar físico o mental.</p> <p>Nivel de estrés (1212): Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente</p> <p>Nivel de depresión (1208): Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida</p>

## DEFICIT DE CONOCIMIENTOS R/C DESCONOCIMIENTO DE LA TERAPIA DURANTE LA FASE AGUDA

Carencia o deficiencia de la información cognitiva relacionado con un tema específico

<p><b>EVIDENCIADO POR</b> comportamientos inapropiados (hostilidad, agitación, apatía) mala interpretación de la información</p>	<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>Enseñanza del proceso de enfermedad (5602)</p> <p>animar al paciente a explorar opciones comentar los cambios en los estilos de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones. describir el proceso de la enfermedad enseñar al paciente medidas para controlar o minimizar los síntomas evaluar el nivel de conocimiento del paciente relacionados con el proceso de la enfermedad</p> <p>facilitar el aprendizaje (5520)</p> <p>asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros del equipo de cuidado sea consistente dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes fomentar la participación activa del paciente</p>	<p><b>RESULTADOS</b></p> <p>proceso de la enfermedad (1803) grado de comprensión transmitido</p>
--	--	--

**DETERIOR DEL INTERCAMBIO GASESOS R/C DESEQUILIBRIO V/Q TIPO SHUNT, CAMBIOS EN LA MEMBRANA Y HIPOVENTILACION.**

**Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar**

<b>EVIDENCIADO POR</b>	<b>INTERVENCIONES</b>	<b>RESULTADOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- pH arterial anormal.</li><li>- Frecuencia, ritmo, y profundidad respiratorios anormales.</li><li>- Color anormal de la piel.</li><li>- Confusión.</li><li>- Cianosis.</li><li>- Disnea.</li><li>- Hipercapnia.</li><li>- Hipoxemia.</li><li>- Hipoxia.</li><li>- Irritabilidad.</li><li>- Aleteo nasal.</li><li>- Agitación.</li><li>- Somnolencia.</li><li>- Taquicardia.</li><li>- Trastornos visuales.</li></ul>	<p>3350 Monitorización respiratoria.</p> <p>vigilar la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones</p> <p>anotar los movimientos toracicos, mirando la simetria, utilizacion de musculos accesorios, y retracciones de musculos intercostales</p> <p>observar si hay fatiga diafragmatica</p> <p>comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente</p> <p>3390 Ayuda a la ventilación</p> <p>mantener la via area permeable</p> <p>colocar al paciente de forma tal que facilite la ventilacion/ perfusion</p> <p>ayudar a los diferentes cambios de posicion</p> <p>monitorizar los cambios en la oxigenacion: Sao2, Svo2, Co2</p> <p>fomentar una respiracion lenta y profunda</p> <p>auscultar sonidos respiratorios</p> <p>enseñar tecnicas de respiracion con labios fruncidos.</p>	<p>0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>0916 Nivel de confusión aguda.</p>

## LIMPIEZA INEFICAZ DE A VIA AEREA R/C PRESENCIA DE SECRECIONES BRONQUILAEAS, ESPASMO DE VIAS AEREAS

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

<p><b>EVIDENCIADO POR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Agitación.</li> <li>- Ausencia de tos.</li> <li>- Cambios en el ritmo respiratorio.</li> <li>- Cambios en la frecuencia respiratoria.</li> <li>- Cianosis.</li> <li>- Difi cultad para vocalizar.</li> <li>- Disminución de los sonidos respiratorios.</li> <li>- Disnea.</li> <li>- Inefectividad de la tos.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>3160 Aspiración de las vías aéreas.</p> <p>determinar la necesidad de aspiracion orotrqueal</p> <p>anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.</p> <p>auscultar los sonidos respiratorios antes y despues de la aspiracion.</p> <p>3550 mejorar la tos</p> <p>animar al paciente para que realice una respiracion profunda, la mantenga durante dos segundos, y tosa dos o tres veces de forma sucesiva.</p> <p>ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligramente flexionada, los hombros relajados, y las rodillas relajadas.</p> <p>fomentar el uso del incentivo respiratorio</p>	<p style="text-align: center;"><b>RESULTADOS</b></p> <p>0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias: vías traqueales despejadas, abiertas y limpias para el intercambio de aire.</p>
--	---	--

## RESPIRATORIOS

Disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida

<p><b>EVIDENCIADO POR</b> disminucion de la Pao2 disnea</p>	<p><b>INTERVENCIONES</b></p> <p>manejo de la via aerea (3140) administracion de oxigeno colar al paciente en la posicion que permita que el potencial de ventilacion sea el maximo posible, vigilar el estado respiratorio y la oxigenacion</p> <p>monitorizacion respiratoria (3350) registrar el movimiento toracico, mirando simetria, utilizacion de musculos accesorios y retraccion de musculos intercostales auscultar los sonidos pulmonares despues de los tratamientos controlar el esquema de respiracion: bradipnea, taquipnea, hiperventilacion, respiraciones de Kausssmaul, respiraciones de cheyne-Stokes. intaurar terapia respiratoria, como el nebulizador. observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. observar si hay fatiga diafragmatica vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>oxigenoterapia( 3320): Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales.</p>	<p><b>RESULTADOS</b></p> <p>(0402) intercambio gaseoso: cianosis, saturacion de oxigeno (0403) ventilacion: frecuencia respiratoria, profundidad de la respiracion.</p>
---	---	---



## 7 BIBLIOGRAFÍA

---

- ALLIGOOD, Martha. MARRINER, Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición. España: Elsevier, 2011. 766-777 Pág.
- BAZURTO, M. PARADA, O. MARTÍNEZ C. Factores relacionados con mortalidad en insuficiencia respiratoria crónica en EPOC. [En línea]. En Revista colombiana de neumología. Vol 14 N° 3. {Citado en Septiembre de 2002}. Disponible en ([www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum14302factores.htm](http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum14302factores.htm))
- BERSTE, Andrew. Best practices for noninvasive ventilation. [En línea]. Canadian Medical Association Journal. CMAJ, Febrero 2011. N° 183 Vol, (3). {Citado Noviembre de 2013}. Disponible en: ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324861](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324861))
- CERVERA, Rialp. A. DEL CASTILLO , O. . PÉREZ, Aizcorreta. PARRA, Morais G, et al. Ventilación mecánica no invasiva en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y en el edema agudo de pulmón cardiogénico. [en línea]. Med Intensiva. 2012. {Citado en diciembre 2014}. Disponible en: ([http://www.elsevier.es/eop/S0210-5691\(12\)00303-8.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S0210-5691(12)00303-8.pdf))
- CHRIS Kallus. OLDMIXON, Cecilia. Clinical application of noninvasive ventilation [En línea]. Nursing Management. May 2009. Pág, 45. {Citado Noviembre 2013}. Disponible en ([www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article\\_ID=859644&Journal\\_ID=54013&Issue\\_ID=859617](http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article_ID=859644&Journal_ID=54013&Issue_ID=859617))
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [En línea] Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996. {Citado en diciembre de 2013}. Disponible en: ([www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley\\_0266\\_1996.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html))
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. [En línea] Diario Oficial No. 45.693 de 6 de

octubre de 2004 . {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en:([http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105034_archivo_pdf.pdf))

- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución nº 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [En línea]. {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en: ([www.invima.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2977:resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993&catid=147:resoluciones-medicamentos-&Itemid=203](http://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2977:resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993&catid=147:resoluciones-medicamentos-&Itemid=203))
- DURAN DE VILLALOBOS, Maria Mercedes.. Marco epistemológico de la enfermería. [ En línea]. Aquichan, Norteamérica, 2, may. 2009. {citado el 24 marzo} Disponible en: ([aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/35](http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/35))
- FRUTOS, Fernando. FERGUSON, Niall. et al. Acute respiratory distress syndrome: underrecognition by clinicians and diagnostic accuracy of three clinical definitions.[En línea]. En Critical Care Medicine. Octubre 2005. Vol. N° 10. , págs. Pág. 2228-34. {citado en noviembre de 2013}. Disponible en (<http://www.medscape.com/viewarticle/515450>)
- GROSSBACH, Irene. STRANBERG, Sarah. CHLAN Linda. Promoting effective communication for patients receiving mechanical ventilation. [En línea]. Crit Care Nurse. 2011;31(3):46-61. {Citado en Noviembre de 2013}. Disponible en: (<http://ccn.aacnjournals.org/content/early/2010/08/31/ccn2010728.full.pdf>)
- INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. En Segundo consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. [En línea] Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2003. {Citado en septiembre 2 de 2012.} Disponible en ([www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/ins031b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/ins031b.pdf))
- ISEMINGER, Kare. LEVITT, Francesca. KIRK, Lisa,. Healing During Existential Moments: The “Art” of Nursing Presence, [En línea]. Nursing Clinics of North America, Volume 44, Issue 4, December 2009, Pages 447-459, ISSN 0029-646. {Citado Noviembre de 2013}. Disponible en ([www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646509000449](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646509000449)) disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0029646509000449/1-s2.0-S0029646509000449-main.pdf?\\_tid=cc469a70-483c-11e3-a1de-00000aacb361&acdnat=1383891351\\_e606f3cb23536c7aae58539490d4c7c2](http://ac.els-cdn.com/S0029646509000449/1-s2.0-S0029646509000449-main.pdf?_tid=cc469a70-483c-11e3-a1de-00000aacb361&acdnat=1383891351_e606f3cb23536c7aae58539490d4c7c2)
- ISEMINGER, Karen,. FRANCESCA, Levitt,. KIRK, Lisa,. Healing During Existential Moments: The “Art” of Nursing Presence. En Nursing Clinic. Vol 44. 2009. Pag 447–459
- LAYFIELD, Cindy,. Non-invasive BiPAP—implementation of a New service. [en línea]. En Intensive and Critical Care Nursing. Diciembre 2002. Volume 18. Pág. 310-319, {citado diciembre de 2013}. Disponible en ([www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(02\)00074-5/abstract](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(02)00074-5/abstract))
- MCBRIEN, Barry. REILLY, R. WYNNE, C. Non-invasive ventilation: a nurse-led service. [En línea]. En Emergency Nurse. Octubre 2009. N° 17(6) Pág. 30.

- {Citado en 10 septiembre de 2012}. Disponible en (<http://www.sinab.unal.edu.co:3673/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi>)
- Minitexto Fundamentación integrada, Especialización Enfermería Cardio-respiratoria, Universidad Nacional de Colombia, 2010
  - MONTES, Manuel. . LÓPEZ, Carmen. TAPIA DEL RIO Francisco. MESA, Manuel. . Cuidados de enfermería en la ventilación mecánica no invasiva. [En línea]. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla, España. 2010. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2010/pagina9.html>)
  - PINTO AFANADOR, Natividad. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. [En línea] Avances en Enfermería, Norteamérica, 20, sep. 2010. {Citado marzo 2013}. Disponible en ([www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312).)
  - PRIETO DE ROMANO Gloria Inés, FLÓREZ DE JAIMES Martha Lucía. Consentimiento informado en enfermería. [En línea]. En Revista Actualizaciones en enfermería. N°. 12 No. 1 Marzo 2009 ISSN 0123-5583. {Citado septiembre de 2013}. Disponible en: ([www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Editorial.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Editorial.htm) visitado el 28 enero de 2010).
  - PY HO, Rosa,. BOYLE ,Martin,. Non-invasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure: Providing competent care.[En línea]. En Australian Critical Care. May 2000. Vol13. Pág. 135–143. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731400706412>).
  - RODRÍGUEZ, Antonio. Cuidados de enfermería en ventilación mecánica no invasiva [En línea]. {citado en diciembre de 2014}. Disponible en [http://www.actasanitaria.com/fileset/doc\\_59430\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_91742.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_59430_FICHERO_NOTICIA_91742.pdf)
  - ROISIN, Roberto. VESTO, Jorge. et al. ESTRATEGIA GLOBAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC. [En línea] Adaptado 2013. {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en ([www.docenciamfycbuenosaires.files.wordpress.com/2013/03/gold\\_report\\_2013\\_feb20.pdf](http://www.docenciamfycbuenosaires.files.wordpress.com/2013/03/gold_report_2013_feb20.pdf))
  - SCHÖNHOFER, Bernd, KUHLEN, Ralf. NEUMANN, Peter. WESTHOFF, Michael. BERNDT, Cristiana. SITTER, Hemult. . Clinical Practice Guideline: Non-Invasive Mechanical Ventilation as Treatment of Acute Respiratory Failure,[ en línea]. . Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int 2008; 105(24): 424–33. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2696903/>)
  - SNYDER Mariah. ,LINDQUIST, Rurth. Complementary & alternative therapies in nursing. [En línea]. Springer Publishing Company2010. {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en: ([www.books.google.com.co/books?id=vdl4s1zHPdIC&dq=complementary+and+alternative+therapies+in+nursing+6th+edition&hl=es&source=gbs\\_navlinkks](http://www.books.google.com.co/books?id=vdl4s1zHPdIC&dq=complementary+and+alternative+therapies+in+nursing+6th+edition&hl=es&source=gbs_navlinkks))

- 
- SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA. Terapia intensiva. 4 Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2007.
  - SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. LOMBORG, Kristen. Nurse patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. [En línea]. En International Journal of Nursing Studies. Enero de 2013. {citado marzo de 2013}. Disponible en ([www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/abstract)).
  - SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. Y LOMBORG, Kristen. Practical wisdom: A qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. [En línea]. En Intensive Critical Care Nursing. Enero de 2013. {Citado en Noviembre 14 de 2012}. Disponible en([www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U6UsbzmFgk0J:www.researchgate.net/publication](http://www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U6UsbzmFgk0J:www.researchgate.net/publication)).
  - STEFANO Bambi. Noninvasive Positive Pressure Ventilation. An ABC Approach for Advanced Nursing in Emergency Departments and Acute Care Setting. [En línea]. Dimensions of Critical Care Nursing. November/December 2009. {Citado Noviembre de 2013}. Disponible en: ([www.journals.lww.com/dccjournal/toc/2009/11000](http://www.journals.lww.com/dccjournal/toc/2009/11000)).
  - SUMNERA, Karen, FARB, Ghasem,. The utility and futility of non-invasive ventilation in non-designated areas: Can critical care outreach nurses influence practice?. [En línea] En Intensive and Critical Care Nursing. 2011. Vol. 4. {Citado diciembre 2013}. Disponible en: ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2166547](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2166547))
  - SWANSON, Kristen. Image, The nursing scholarship. Mayo 1993. Vol. 25. N° 4 (352 – 357). Traducción Edilma de Reales. 2008.
  - SWANSON, Kristen. Nursing Research, May – Jun 1991. Vol. 40. N° 3 (161 – 166). Traducción Edilma de Reales. Junio 2008.
  - TRACY, Mary. CHLAN, Linda. Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. [En línea]. CriticalCareNurse Vol 31, No. 3, JUNE 2011 27. {Citado noviembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/C31133.pdf>).
  - WHITE. Patrones del conocimiento: Revisión crítica y actualización. 1995.
  - WILBECK Jennifer, FISCHER Michael. Noninvasive Ventilation in Emergency Care. [En línea] Advanced Emergency Nursing Journal Vol. 31, No. 2, pp. 161–169. April 23, 2009. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en ([http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article\\_ID=862940](http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article_ID=862940))







## Bibliografía

1. ALLIGOOD, Martha. MARRINER, Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición. España: Elsevier, 2011. P, 766-777
2. BAZURTO, M. PARADA, O. MARTÍNEZ C. Factores relacionados con mortalidad en insuficiencia respiratoria crónica en EPOC. [En línea]. En Revista colombiana de neumología. Vol 14 N° 3. {Citado en Septiembre de 2002}. Disponible en ([www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum14302factores.htm](http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum14302factores.htm))
3. BERSTE, Andrew. Best practices for noninvasive ventilation. [En línea]. Canadian Medical Association Journal. CMAJ, Febrero 2011. N° 183 Vol, (3). {Citado Noviembre de 2013}. Disponible en: ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324861](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324861))
4. CHRIS Kallus. OLDMIXON, Cecilia. Clinical application of noninvasive ventilation [En línea]. Nursing Management. May 2009. Pág, 45. {Citado Noviembre 2013}. Disponible en ([www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article\\_ID=859644&Journal\\_ID=54013&Issue\\_ID=859617](http://www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article_ID=859644&Journal_ID=54013&Issue_ID=859617))
5. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [En línea] Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996. {Citado en diciembre de 2013}. Disponible en: ([www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley\\_0266\\_1996.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html))
6. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA..Por la Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. [En línea] Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004 . {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en:([http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf))

7. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución nº 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [En línea]. {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en: [www.invima.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2977:resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993&catid=147:resoluciones-medicamentos-&Itemid=203](http://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2977:resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993&catid=147:resoluciones-medicamentos-&Itemid=203)
8. DURAN DE VILLALOBOS, Maria Mercedes.. Marco epistemológico de la enfermería. [ En línea]. Aquichan, Norteamérica, 2, may. 2009. {citado el 24 marzo} Disponible en: [aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/35](http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/35)
9. FRUTOS, Fernando. FERGUSON, Niall. et al. Acute respiratory distress syndrome: underrecognition by clinicians and diagnostic accuracy of three clinical definitions.[En línea]. En Critical Care Medicine. Octubre 2005. Vol. N° 10. , págs. Pág. 2228-34. {citado en noviembre de 2013}. Disponible en (<http://www.medscape.com/viewarticle/515450>)
10. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. En Segundo consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la EPOC. [En línea] Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2003. {Citado en septiembre 2 de 2012.} Disponible en ([www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/ins031b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/ins031b.pdf))
11. ISEMINGER, Karen,. FRANCESCA, Levitt,. KIRK, Lisa,. Healing During Existential Moments: The “Art” of Nursing Presence. En Nursing Clinic. Vol 44. 2009. Pag 447–459
12. LAYFIELD, Cindy,. Non-invasive BiPAP—implementation of a New service. [en línea]. En Intensive and Critical Care Nursing. Diciembre 2002. Volume 18. Pág. 310-319, {citado diciembre de 2013}. Disponible en ([www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(02\)00074-5/abstract](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(02)00074-5/abstract))
13. MCBRIEN, Barry. REILLY, R. WYNNE, C. Non-invasive ventilation: a nurse-led service. [En línea]. En Emergency Nurse. Octubre 2009. N° 17(6) Pág. 30. {Citado en 10 septiembre de 2012}. Disponible en (<http://www.sinab.unal.edu.co:3673/sp-3.6.0b/ovidweb.cgi>)
14. Minitexto Fundamentación integrada, Especialización Enfermería Cardio-respiratoria, Universidad Nacional de Colombia, 2010

- 
15. PINTO AFANADOR, Natividad. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. [En línea] Avances en Enfermería, Norteamérica, 20, sep. 2010. {Citado marzo 2013}. Disponible en ([www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312).)
16. PRIETO DE ROMANO Gloria Inés, FLÓREZ DE JAIMES Martha Lucía. Consentimiento informado en enfermería. [En línea]. En Revista Actualizaciones en enfermería. N°. 12 No. 1 Marzo 2009 ISSN 0123-5583. {Citado septiembre de 2013}. Disponible en: ([www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Editorial.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Editorial.htm) visitado el 28 enero de 2010).
17. PY HO, Rosa,. BOYLE ,Martin,. Non-invasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure: Providing competent care.[En línea]. En Australian Critical Care. May 2000. Vol13. Pág. 135–143. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731400706412>).
18. ROISIN, Roberto. VESTO, Jorge. et al. ESTRATEGIA GLOBAL PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC. [En línea] Adaptado 2013. {Citado en noviembre de 2013}. Disponible en ([www.docenciamfycbuenosaires.files.wordpress.com/2013/03/gold\\_report\\_2013\\_feb20.pdf](http://www.docenciamfycbuenosaires.files.wordpress.com/2013/03/gold_report_2013_feb20.pdf))
19. SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA. Terapia intensiva. 4 Edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2007.
20. SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. LOMBORG, Kristen. Nurse patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. [En línea]. En International Journal of Nursing Studies. Enero de 2013. {citado marzo de 2013}. Disponible en ([www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00286-6/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00286-6/abstract)).
21. SØRENSEN, Dorthe. FREDERIKSEN, Kristen. GROEFTE, Thorbjørn. Y LOMBORG, Kristen. Practical wisdom: A qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. [En línea]. En Intensive Critical Care Nursing. Enero de 2013.

- {Citado en Noviembre 14 de 2012}. Disponible en([www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U6UsbzmFgk0J:www.researchgate.net/publication](http://www.webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:U6UsbzmFgk0J:www.researchgate.net/publication)).
- 22.** STEFANO Bambi. Noninvasive Positive Pressure Ventilation. An ABC Approach for Advanced Nursing in Emergency Departments and Acute Care Setting. [En línea]. Dimensions of Critical Care Nursing. November/December 2009. {Citado Noviembre de 2013}. Disponible en: ([www.journals.lww.com/dccjournal/toc/2009/11000](http://www.journals.lww.com/dccjournal/toc/2009/11000)).
- 23.** SUMNERA, Karen, FARB, Ghasem,. The utility and futility of non-invasive ventilation in non-designated areas: Can critical care outreach nurses influence practice?. [En línea] En Intensive and Critical Care Nursing. 2011. Vol. 4. {Citado diciembre 2013}. Disponible en: ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2166547](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2166547))
- 24.** SWANSON, Kristen. Image, The nursing scholarship. Mayo 1993. Vol. 25. N° 4 (352 – 357). Traducción Edilma de Reales. 2008.
- 25.** SWANSON, Kristen. Nursing Research, May – Jun 1991. Vol. 40. N° 3 (161 – 166). Traducción Edilma de Reales. Junio 2008.
- 26.** WHITE. Patrones del conocimiento: Revisión crítica y actualización. 1995.
- 27.** WILBECK Jennifer, FISCHER Michael. Noninvasive Ventilation in Emergency Care. [En línea] Advanced Emergency Nursing Journal Vol. 31, No. 2, pp. 161–169. April 23, 2009. {Citado diciembre de 2013}. Disponible en ([http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article\\_ID=862940](http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article_ID=862940))