

TRABAJO DE FIN DE GRADO



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA

ENFERMERÍA

Experiencias de las enfermeras en el procedimiento de destete de ventilación mecánica.
Una metasíntesis de estudios cualitativos.

Nurses' experiences on ventilator weaning. A qualitative studies' metasynthesis .

AUTOR

D.^a Carmen Morales Plaza

DIRECTOR

Prof. Jose Granero Molina.



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad de Almería

Curso Académico
2020/2021
Convocatoria
Junio

Contenido

| | | |
|-------|---|----|
| 1. | INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1.1. | Introducción..... | 1 |
| 1.2. | Justificación y Background..... | 2 |
| 2. | METODOLOGÍA..... | 3 |
| 2.1. | Objetivo..... | 3 |
| 2.2. | Pregunta de Investigación..... | 3 |
| 2.3. | Diseño..... | 4 |
| 2.4. | Métodos de búsqueda..... | 4 |
| 2.5. | Estrategia de búsqueda..... | 4 |
| 2.6. | Criterios de inclusión y exclusión..... | 5 |
| 2.7. | Resultado de búsqueda..... | 5 |
| 1.1. | Identificación..... | 6 |
| 1.2. | Incluidos..... | 6 |
| 1.3. | Screening..... | 6 |
| 1.4. | Elegibles..... | 6 |
| 2.8. | Valoración de la calidad..... | 7 |
| 2.9. | Extracción de datos..... | 8 |
| 2.10. | Síntesis y análisis de datos..... | 8 |
| 2.11. | Rigor..... | 9 |
| 3. | RESULTADOS..... | 11 |
| 3.1. | Análisis de estudios..... | 11 |
| 3.2. | Temas y subtemas..... | 13 |
| 3.2. | Estado del paciente..... | 14 |
| 3.3. | Momento del día..... | 14 |
| 3.4. | Uso de protocolos..... | 14 |

| | |
|--|----|
| 3.5. Evaluación de la confianza en los resultados de la revisión. | 21 |
| 3.6. Desarrollo de temas y subtemas..... | 24 |
| 4. DISCUSIÓN. | 28 |
| 5. CONCLUSIÓN..... | 30 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA | 31 |

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Medidas y parámetros secundarios para el comienzo del destete. Fuente: Correa et al. (2008) y Gelsthorpe & Crocker (2004) | 2 |
| Tabla 2. Términos de búsqueda utilizados para la búsqueda SPIDER. Fuente: Cooke et al. (2012) | 4 |
| Tabla 3. Valoración de calidad. Fuente: elaboración propia. | 7 |
| Tabla 4. Etapas del procedimiento de síntesis temática. Fuente:Tomas & Harden (2008)..... | 9 |
| Tabla 5. Características de los estudios. Fuente: elaboración propia. | 11 |
| Tabla 6. Temas, subtemas y códigos. Fuente: elaboración propia. | 13 |
| 1.1. Tabla 7. Citas de enfermeras que ilustran cada descripción de tema. Fuente: elaboración propia. | 15 |
| Tabla 8. Evaluaciones CERQual. Fuente: elaboración propia..... | 22 |

RESUMEN

Objetivo: el objetivo de esta revisión sistemática fue explorar las experiencias de las enfermeras en el procedimiento de destete de ventilación mecánica de pacientes en unidades de cuidados intensivos..

Diseño y métodos de revisión: metasíntesis de estudios cualitativos tanto en inglés como en español para, de esta forma, tener una ampliada visión del suceso y poder mejorar dichas experiencias.

Fuentes de datos: se usaron distintas bases de datos entre las que se incluyen Pubmed, CINAHL, WOS, Cochrane Library y Medline.

Resultados: 80 artículos identificados en la búsqueda inicial. Solo 10 artículos cumplieron los criterios y se incluyeron en la revisión. Se encontraron 4 temas principales y 14 subtemas.

Conclusión: a través del análisis de los estudios escogidos se terminan concretando cuatro temas principales: el enfoque paciente, los parámetros del paciente, el consenso, las barreras ante el destete y el trabajo multidisciplinar.

Implicaciones para la práctica: el destete es una práctica diaria en las unidades de cuidados intensivos por lo que es de suma importancia el conocimiento de las experiencias enfermeras para poder mejorar a nivel de focalización en el paciente, el trabajo multidisciplinar y poder sobrepasar las barreras.

PALABRAS CLAVE: destete, ventilación mecánica, cuidados críticos, búsqueda cualitativa, enfermería.

SUMMARY

Aim: this systematic review's aim is to know nursery staff experiences with ventilator weaning.

Design and review methods: qualitative studies' metasynthesis in Spanish and English in order to have a huge view of this process and how nurses experience it.

Data resources: several data bases were used. They were: Pubmed, CINAHL, WOS, Cochrane Library and Medline.

Results: 80 articles were identified in the initial research. Only 10 articles met the criteria and were included in this revision. 4 principle themes were found and X subthemes.

Conclusion: the systematic review highlights four fundamental themes: focusing on the patient, patient's parameters, multidisciplinary work and barriers.

Implications for practice: weaning is a daily practice in ICU units. Therefore is so important know the nurses' experiences in order to focus more on the patient, improve teamwork and being able to overcome the barriers.

KEYWORDS: weaning, mechanical ventilation, critical care, qualitative research, nursery.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1.Introducción.

La ventilación mecánica es definida por Gutiérrez, (2011) como “un recurso terapéutico de soporte vital, en el que utilizando una máquina que suministra un soporte ventilatorio y oxigenatorio, facilitamos el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio de los pacientes”. Según el estudio de Lavelle & Dowling (2011), en torno al 90% de los pacientes críticos requieren ventilación mecánica y el 40% del tiempo del proceso se destina al destete. El destete de la ventilación mecánica, por su parte, es un proceso gradual de reducción del soporte ventilatorio hasta que el paciente deja de necesitar esta asistencia (Khalafi et al., 2016). Se exponen cuatro fases dentro del proceso de destete:

- Fase de predestete. Fase en la que se valora al paciente con el fin de comprobar si presenta o no los criterios a continuación expuestos en la Tabla 1 para poder desarrollar el proceso de forma correcta. Se debe de consensuar la estrategia.
- Fase de destete en curso. Se desconecta al paciente del ventilador existiendo dos formas posibles: test de ventilación espontánea (se conecta al Tubo en T durante un periodo de tiempo y se controla cómo el paciente se adapta. Si lo hace de forma correcta se puede pasar a la extubación, si no, se vuelve a conectar al ventilador) y desconexión gradual (se programa alguno de los modos ventilatorios que tienen como fin este, véase el modo C-PAP, con presión soporte muy baja y se va continuando con el procedimiento).
- Fase de extubación. Es esta se procederá al retiro del tubo endotraqueal.
- Fase post extubación. Es una fase que algunos autores no consideran pero que otros dicen, es esencial. Es la fase de vigilancia del paciente debido a que se puede causar nuevamente un deterioro respiratorio tras la extubación y tener que reintubar.

No hay unas directrices específicas acerca de cuándo hay que proceder al destete del paciente de la ventilación mecánica ya que es, o debería ser, un proceso individualizado. A pesar de ello sí es cierto que mediante muchos estudios se han llegado a consensuar algunas condiciones generales de necesitado cumplimiento para poder comenzar dicho proceso. La principal razón, como menciona (Correa et al., 2008) es que haya mejorado el motivo o problema causante de conectar al paciente a

ventilación mecánica, además, también podemos encontrar otra serie aspectos secundarios que podemos observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Medidas y parámetros secundarios para el comienzo del destete. Fuente: Correa et al. (2008) y Gelsthope & Crocker (2004)

| MEDIDA | PARAMETRO |
|--------------------------|---|
| Glasgow | >8 |
| Dopamina | <5 µg/kg/min. |
| Temperatura | <38°C. |
| Hemoglobina (Hb) | >7 g/dL. |
| pH | >7,32 y <7,48. |
| Estabilidad hemodinámica | Tensión arterial estable. FC <140 lpm. |
| Estabilidad metabólica. | Electrolitos aceptables. |
| FiO2 | <0.5 |
| PEEP | = 0 < 5. |
| Dolor | Controlado. |

1.2. Justificación y Background.

La mayoría de artículos revisados abordan el procedimiento de destete desde metodologías cuantitativas. Así, este proceso ha estudiado la eficacia de retirar la sedación en el caso de Cleophas (1999) o cómo se afectan las variables ansiedad, música, sedación y destete entre sí (Savik & Chlan, 2017). Por otro lado, si nos remitimos al empleo de metodologías cualitativas, podemos encontrar varios estudios enfocados a conocer cuáles son las experiencias de estos pacientes en las distintas fases del proceso, por ejemplo en el estudio de Macintyre (2007) o el de Logan & Jenny (1997). Si bien es cierto que los pacientes son el punto de referencia de este complicado proceso, el papel enfermero también es considerado esencial y, además, ha sido poco estudiado.

Los pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos suelen tener un compromiso respiratorio severo que puede requerir intubación/traqueostomía y conexión a ventilación mecánica. Por lo tanto, una vez estabilizada y mejorada su función ventilatoria, es común encontrarnos con procesos de destete a estos pacientes.

En la actualidad estas técnicas se han vuelto prácticamente diarias en las unidades de cuidados intensivos debido a la alta incidencia de ingreso de pacientes contagiados por COVID-19 que, en su mayoría, termina necesitando soporte ventilatorio mediante distintos modelos de ventilación mecánica, por ejemplo en el artículo de Meng et al. (2020) se habla de que un 3,2% de los pacientes infectados por SARS CoV-2 tuvieron que ser intubados.

Como ya se ha mencionado anteriormente, ventilación mecánica y destete son parte de una secuencia, por lo tanto, si se considera la alta tasa de intubaciones y de traqueostomías en el momento actual, está claro que la tasa de destetes aumenta proporcionalmente por lo que se ha convertido en una técnica totalmente en auge.

Junto al estudio de parámetros fisiológicos, modos de destete, o intervenciones de mejora, conocer las experiencias de los distintos actores implicados en este proceso es fundamental para mejorar el cuidado de estos pacientes. Junto a las experiencias del paciente o familiar, las enfermeras constituyen un pilar básico durante el proceso de destete de los pacientes de la ventilación mecánica, necesitamos conocer cuáles son sus experiencias para mejorar los cuidados a pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos durante el destete de la ventilación mecánica.

2. METODOLOGÍA.

2.1. Objetivo.

El objetivo de esta revisión sistemática fue explorar y sintetizar la mejor evidencia cualitativa disponible acerca de las experiencias de las enfermeras en el procedimiento de destete de ventilación mecánica de pacientes en unidades de cuidados intensivos.

2.2. Pregunta de Investigación.

Se planteó una pregunta de investigación siguiendo la formulación SPIDER (Muestra, Fenómeno de interés, Diseño, Evaluación, Tipo de investigación) (Cooke et al., 2012). Nuestra pregunta fue la siguiente: “¿Cuáles son las experiencias de las enfermeras en el destete de la ventilación mecánica a pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos?” (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Términos de búsqueda utilizados para la búsqueda SPIDER. Fuente: Cooke et al. (2012)

| Herramienta SPIDER | Términos de búsqueda |
|--|---|
| S (Sample) | Enfermera, enfermero, personal de enfermería |
| P of I (phenomenon of interest) | “artificial respiration”, “ventilator weaning”, “intensive care units”, “respiratory weaning”, “critical care” |
| D (Design) | “interview*” OR “in depth-interview”, “focus group*” OR “case study” OR “observ*” |
| E (Evaluation) | “experienc*” OR “opinión*” OR “attitude*” OR “perce*” OR “belie*” OR “feel*” OR “know*” OR “understand*” |
| R (Research type) | “qualitative” |

2.3. Diseño.

Se desarrolló una revisión sistemática, metátesis de estudios cualitativos. Esta revisión se conformó siguiendo las directrices ENTREQ (Enhancing Transparency in Reporting the Synthesis of Qualitative Research) para mejorar la transparencia de los informes de síntesis cualitativa (Tong et al., 2012)

2.4. Métodos de búsqueda.

Para la búsqueda de estudios cualitativos en español e inglés se usaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane Library Plus, WOS, CINAHL, Medline, publicados desde año 2000 hasta enero de 2021. Además, se realizaron búsquedas en literatura gris para ampliar los conocimientos acerca del tema de estudio.

2.5. Estrategia de búsqueda.

Para realizar la búsqueda se utilizó una estrategia guiada por términos Mesh (lenguaje estructurado) que fueron los siguientes: “critical care”, “qualitative research”, “artificial respiration”, “ventilator weaning”, “intensive care units”. A estos se le añadió el término de lenguaje natural “respiratory weaning”. En primer lugar se unieron los términos “ventilator weaning” y “qualitative research” mediante el operador boleano

“AND”. Más tarde se le unió “critical care” mediante el mismo operador. Tras esto se realizó otra búsqueda uniendo “ventilator weaning” y “respiratory weaning”, “critical care” y “insensitive care units” en bloques de dos uniendo con el operador booleano “OR” y uniendo los dos bloques con el operador booleano “AND” añadiendo “qualitative research”. Al final la búsqueda quedó de la siguiente forma: ((Ventilator weaning) OR (Respiratory weaning)) AND ((critical care) OR (intensive care units)) AND (qualitative research).

2.6. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

- Población de estudio: enfermeros/as de Unidades de Cuidados Intensivos, con una experiencia mínima de 3 meses en cuidado de pacientes con ventilación mecánica y procesos de destete (weaning).
- Metodología: artículos primarios (originales) de investigación cualitativa (fenomenología descriptiva, fenomenología hermenéutica, etnografía, teoría fundamentada, etc.), o metodología mixta: artículos que combinan metodología cuantitativa/cualitativa, donde se pudiese diferenciar claramente la parte cualitativa que responde a nuestra pregunta de investigación.
- Publicada la investigación original completa.
- Idioma: inglés y español.

Criterios de exclusión.

- Estudios secundarios.
- Artículos duplicados
- Artículos que se centraban en el punto de vista del paciente.
- Artículos enfocados a experiencias de enfermeras/os sobre otra fase de ventilación mecánica (No weaning).

2.7. Resultado de búsqueda.

Se desarrolló un proceso de selección de artículos dividido en cinco etapas: eliminación de duplicados, selección del título, revisión de resúmenes, revisión completa de los trabajos y seguimiento de referencias en los trabajos finales seleccionados. Se identificaron un total de 80 estudios mediante la búsqueda en las bases de datos, y 10 artículos cumplieron los criterios de inclusión, incluyéndose en esta revisión. La Figura 1 ilustra los pasos seguidos:

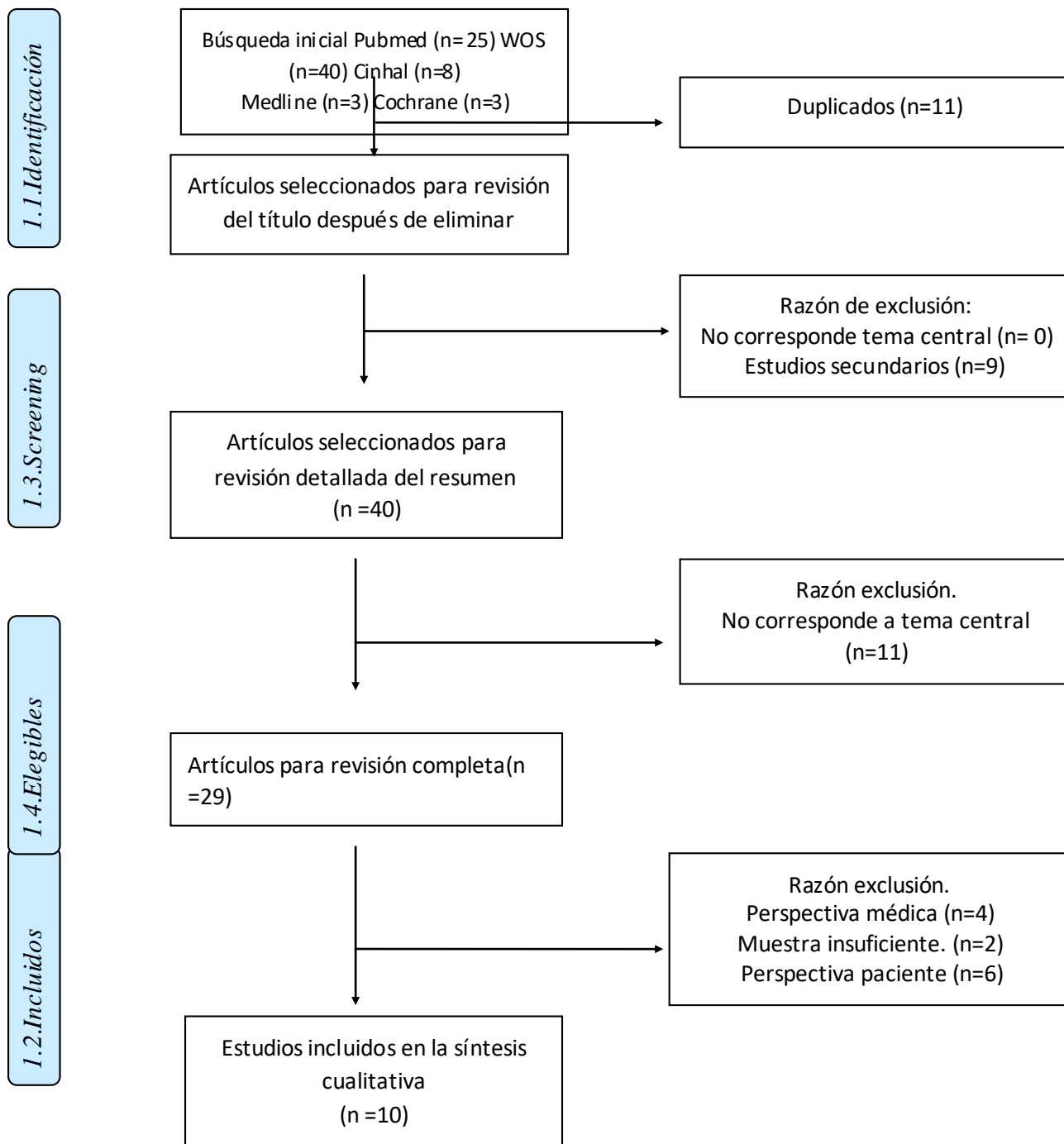


Figura 1. Flujograma. Fuente: elaboración propia.

2.8. Valoración de la calidad.

Cada uno de los estudios primarios seleccionados fue evaluado utilizando el Instrumento de Evaluación Cualitativa (QARI) del Instituto Joanna Briggs Institute (JBI, 2017). Se consideró que los artículos incluidos tenían una alta calidad con respecto a sus objetivos, diseños, análisis y resultados, proporcionando un conocimiento útil sobre el tema (Tabla 3). La evaluación de calidad fue realizada por la autora y revisada posteriormente por el tutor, los desacuerdos surgidos del proceso evaluador de los artículos fueron debatidos por ambos mediante sesiones on-line, hasta llegar a un acuerdo. No fue necesario excluir estudios fruto del resultado de evaluación de la calidad de los mismos. Todos los estudios incluidos presentan objetivos y resultados claros, constituyendo trabajos de investigación apropiados para el logro de los objetivos propuestos. (The Joanna Briggs Institute, 2017)

Tabla 3. Valoración de calidad. Fuente: elaboración propia.

| Artículo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| (Tingsvik et al., 2015) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | - | SÍ | SÍ | SÍ |
| (Gelsthorpe & Crocker, 2004) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | - | - | SÍ | SÍ | SÍ |
| (Khalafi et al., 2016) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | - | - | SÍ | SÍ | SÍ |
| (Taylor, 2006) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| (Blackwood & Wilson-Barnett, 2007) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | - | - | SÍ | SÍ | SÍ |
| (Britt Sætre Hansen & Severinsson, 2007) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | - | - | SÍ | SÍ | SÍ |
| (Eckerblad et al., 2009) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| (Cederwall et al., 2018) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | - | SÍ | SÍ |
| (Haugdahl et al., 2014) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| (Lavelle & Dowling, 2011) | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |

Posibles respuestas: Sí/No/- (no está claro)

Preguntas de evaluación crítica:

1. Congruencia entre la perspectiva filosófica establecida y la metodología de investigación.
2. Congruencia entre la metodología de investigación y la pregunta u objetos de la investigación.
3. Congruencia entre la metodología de búsqueda y los métodos usados para recopilar datos.
4. Congruencia entre la metodología de búsqueda y la representación y análisis de datos.
5. Hay congruencia entre la metodología de búsqueda y la interpretación de los resultados.
6. Ubicación del investigador culturalmente o teóricamente.
7. Influencia del investigador en la búsqueda o viceversa
8. Representación de los participantes y sus voces.
9. Aprobación ética por una institución apropiada.
10. Relación entre conclusión y análisis o interpretación de los datos.

2.9.Extracción de datos.

Se procedió a un proceso de eliminación de todos los artículos duplicados, la investigadora (CMP) analizó de forma independiente todos los estudios seleccionados extrayendo los siguientes datos de los mismos: autor, año, país, diseño de investigación cualitativa, muestra de la investigación, número de años de experiencia de trabajo de la muestra, temas y subtemas. No fue necesario contactar a los autores de los estudios primarios para obtener aclaraciones durante todo el proceso. También se revisó la bibliografía de referencia de todos los trabajos primarios incluidos. La lista completa de artículos incluidos en esta revisión fue revisada por el tutor del TFG.

2.10. Síntesis y análisis de datos.

Los estudios incluidos en este trabajo fueron sometidos a análisis temático de forma manual. El análisis temático pertenece a un abanico amplio de metodologías para la síntesis de la investigación. La síntesis temática de los datos cualitativos incluyó la codificación línea por línea de los hallazgos en los estudios incluidos, el desarrollo de temas descriptivos y la generación de temas y subtemas analíticos. Durante el desarrollo de todo este proceso hemos seguido el método de síntesis temática, dividido en tres etapas, descrito por Thomas & Harden (2008).

Tabla 4. Etapas del procedimiento de síntesis temática. Fuente: Tomas & Harden (2008).

| ETAPA | DESCRIPCION | PASOS |
|---------|-----------------------------------|--|
| ETAPA 1 | Codificación del texto | <ul style="list-style-type: none"> - Recordar la pregunta de revisión. - Leer/releer hallazgos de los estudios. - Codificación inductiva línea a línea. - Revisión de códigos respecto al texto |
| | | RESULTADO: surgieron 59 códigos iniciales. |
| ETAPA 2 | Desarrollo de temas descriptivos. | <ul style="list-style-type: none"> - Buscar similitudes/diferencias entre códigos. - Generación inductiva de nuevos códigos. - Redacción informe preliminar, análisis de informe y redacción de informe definitivo. |
| | | RESULTADO: surgieron 14 subtemas. |
| ETAPA 3 | Desarrollo de temas analíticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de subtemas a la luz de la pregunta de revisión. - Análisis individual/independiente. - Puesta en común y revisión grupal |
| | | RSULTADO. Surgieron 4 temas. |

2.11. Rigor.

- La revisión unifica temas dentro de las experiencias vividas por el personal de enfermería. Para verificar su validez se preservó el contexto proporcionando resúmenes estructurados de cada estudio detallando objetivos, métodos, calidad, entorno y muestra.

- Se verificó que los posibles hallazgos eran transferibles a las distintas situaciones que en los estudios se nos presentaban y a la situación sanitaria actual.
- No se tuvo en cuenta jerarquía de evidencia alguna ni se priorizó el diseño de investigación de los incluidos en la revisión, sino que se hizo hincapié en la valía de los estudios para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación.
- Tras completar nuestra síntesis temática, examinamos las contribuciones relativas de los estudios a nuestros temas analíticos finales y recomendaciones para las intervenciones.

3. RESULTADOS.

3.1. Análisis de estudios.

Los 11 estudios cualitativos representaron una muestra total de 345 profesionales de Enfermería de Suecia, Noruega, Reino Unido, Irlanda e Irán con un número de años trabajados que van desde los 3 meses hasta los 37 años. A partir de las características de estudios se construyó la tabla 5.

Tabla 5. Características de los estudios. Fuente: elaboración propia.

| Autor | Año | País | Muestra | Experiencia (Años) | Recolección De datos | Análisis de Datos | Tema principal |
|------------------------------------|------------|-------------------|--|---------------------------|--|--|---|
| (Tingsvik et al., 2015) | 2015 | Suecia | 22 enfermeras de UCI | 2-33 años. | Entrevistas semiestructuradas | Análisis inductivo y de contenido cualitativo de Polit and Beck,2008 | Factores que afectan a la decisión del comienzo de destete. |
| (Gelsthope & Crocker, 2004) | 2004 | Reino Unido | 7 enfermeras | 3 meses - 9 años | Entrevistas individuales guiada por viñetas. | Análisis de contenido temático de Burnard (1991) | Factores que afectan al destete. |
| (Khalafi et al., 2016) | 2016 | Irán | 15 enfermeras, 4 supervisoras, 3 médicos y 3 pacientes | Más de 6 meses | Entrevistas semiestructuradas | Análisis contenido cualitativo. Método de Graneheim and Lundman (2004) | Destete focalizado al paciente. |
| (Taylor, 2006) | 2006 | Reino Unido | | Más de 5 años | Entrevistas semiestructuradas | Análisis inductivo | Toma de decisiones en enfermería respecto al destete. |
| (Blackwood & Wilson-Barnett, 2007) | 2007 | Irlanda del Norte | 91 enfermeras | 9 años | Cuestionarios | Se analizaron manualmente mediante t-tests y ANOVA. | Discusión acerca del uso o no de los protocolos en el |

| | | | | | | | |
|--|------|---------|-----------------------------|------------------------------------|---|---|--|
| | | | | | | | destete. |
| (Britt Sætre Hansen & Severinsson, 2007) | 2007 | Noruega | 24 enfermeras | 6 meses – 30 años | “One shot” entrevistas a grupo focal. | Análisis de contenido cualitativo | Barreras que encuentra enfermería en el destete y cómo afrontarlas. |
| (Eckerblad et al., 2009) | 2009 | Suecia | 20 enfermeras | 3-37 años | Entrevista | Proceso fenomenológico de Dahlgren y Fallsberg (1991) | Formas de facilitar la toma de decisiones de destetar a un paciente. |
| (Cederwall et al., 2018) | 2018 | Suecia | 19 enfermeras | Más de dos años | Entrevistas semiestructuradas y análisis temático. | | Destete focalizado al paciente. |
| (Haugdahl et al., 2014) | 2014 | Noruega | 60 enfermeras y 52 médicos. | | Cuestionario | Análisis de contenido deductivo | Comparación del proceso de destete desde el punto de vista médico y enfermero. |
| (Lavelle & Dowling, 2011) | 2011 | Irlanda | 25 enfermeras | Desde 0 años hasta más de 21 años. | Entrevistas semi-estructuradas guiadas por viñetas. | Análisis de contenido temático de Burnard (1991) | Factores a tomar en cuenta en el destete. |

3.2. Temas y subtemas.

A partir de la realización de una síntesis temática (Tomas y Harden, 2008), se obtuvieron 4 temas principales y 14 subtemas, que se desarrollan en la Tabla 6.

Tabla 6. Temas, subtemas y códigos. Fuente: elaboración propia.

| TEMAS | SUBTEMAS | CÓDIGOS |
|---|--|---|
| 1. Relación profesional- paciente: clave de los cuidados. | 1.1. Darle voz. | Posibilidades de comunicación, entendimiento, comunicación no-verbal, comunicación verbal. |
| | 1.2 Más allá de parámetros fisiológicos. | Visión general, mirar más allá, paciente como un todo. |
| | 1.3. Una interacción “cara a cara”. | Escuchar, entender las experiencias previas, expresión, interacción, sentimientos, comunicación extensa, presencia física, continuidad, a pie de cama, accesibilidad. |
| 2. Enfermera: entre la autonomía y el trabajo en equipo. | 2.1 Transferencia de información. | Turnajes, continuidad de cuidados, calidad del cuidado. |
| | 2.2. Consensuar decisiones. | Cubrir necesidades, Cuidado inter-disciplinar, reuniones y acuerdos de equipo, inclusión del paciente |

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| | | en el equipo, |
| | 1.4 Importancia de enfermería. | Continuidad de cuidados, capacidad y conocimiento, más horas con el paciente. |
| | 1.5 Parada en el turno de noche. | Disminución de cuidado, pasos atrás, miedo a la autonomía. |
| | 1.6 Organización inteligente. | Recursos personales, recursos psicológicos, recursos materiales. |
| 3. Parámetros fisiopatológicos y estado del paciente. | 3.1. Parámetros respiratorios | PEEP, FR, modalidad ventilación, esfuerzo respiratorio. |
| | 3.2. Estado del paciente | Valores físicos, estado psicológico, esfuerzo. |
| | 3.3. Momento del día. | Turnos, accesibilidad. |
| | 3.4. Uso de protocolos. | Sedación ligera, capacidad explicativa, expresar sentimientos, nivel de conciencia. |
| 4. Barreras al cuidado focalizado en el paciente. | 4.1. Falta de consenso en el equipo. | Decisiones unilaterales, trabajo solitario, no focalización. |
| | 4.2. Falta de recursos | Falta de gestión, déficit de protocolos |

Tabla 7. Citas de enfermeras que ilustran cada descripción de tema. Fuente: elaboración propia.

| TEMAS | SUBTEMAS | CITAS | CONTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIOS |
|---|---|---|--|
| 1 Relación profesional-paciente: clave de los cuidados. | 1.1 Darle voz. | <p><i>“Para me es importante conocer al paciente; es muy difícil cuando el paciente está intubado y no tengo ningún contacto”</i></p> <p><i>“...Cómo el paciente funciona cuando está más alerta... aprendes cómo el paciente funciona de forma autónoma... algunos toleran estar ligeramente sedados mientras que otros no...”</i></p> | <p>(Cederwall et al., 2018)</p> <p>(Tingsvik et al., 2015)</p> |
| | 1.2. Más allá de parámetros fisiológicos. | <p><i>“Normalmente miro la condición general de mi paciente. No es suficiente considerar solo los detalles que pone en las instrucciones. Puedo juzgar darle la posibilidad de respirar de forma espontánea. Esta visión general se obtiene pasando tiempo con el paciente”</i></p> | <p>(Khalafi et al., 2016)</p> |
| | - | <p><i>“Supongo que los protocolos son de ayuda porque era mi primer UCI y no sabía cómo iba mientras que ahora probablemente lo haría solo guiándome por la condición del paciente”</i></p> | <p>(Lavelle & Dowling, 2011)</p> |

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|
| | 1.3. Una interacción “cara a cara | <p><i>“Propongo a mis compañeros tener conversaciones cara a cara con el paciente. No es suficiente para el paciente el hecho de sentir que enfermería le cuida desde el control. Pasamos largos periodos de tiempo con el paciente”</i></p> <p><i>“No es estar encima del paciente saludándolo con mis brazos sino sentarse a su lado... es muy simple para el paciente comunicarse así”</i></p> <p><i>“Debería de estar con mi paciente. Visitar y comunicarme de forma discontinua no es muy efectivo. Debo estar con él/ella ara saber cuál es su estado y para ganar su confianza. No debes cansarte. Debes quedarte pasando tiempo con tu paciente”</i></p> | <p>(Khalafi et al., 2016)</p> <p>(Cederwall et al., 2018)</p> <p>(Khalafi et al., 2016)</p> |
| 2 Enfermera: entre la autonomía y el trabajo en equipo. | 2.1Traspaso de información | <p><i>“El relevo de nuestros compañeros durante el turno anterior nos da una información muy importate cuando ellos nos transfieren su información. Si nos dan un relevo completo, nosotros podemos actuar mejor y continuar el mismo proceso. Los relevos son normalmente preparados de forma</i></p> | <p>(Khalafi et al., 2016)</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <i>precipitada y contienen solo la información general. Esto reduce la calidad del trabajo”</i> | |
| | 2.2. Consensuar decisiones. | <p><i>“Creo que sabes, que nosotros somos parte del MDT, nosotros no actuamos por aparte así puede ser algo grupal, ya sabes, el fisioterapeuta, los médicos, las enfermeras, el paciente...”</i></p> <p><i>“Siento que trabajamos mucho con esto...hablamos con los pacientes y las familias para explicarles los planes”</i></p> <p><i>“...Si el paciente expresa que está exhausto... pero puedo ver otros signos (en el paciente) de que es posible... entonces trato de motivarlo para seguir (con el destete)...”</i></p> | <p>(Gelsthorpe & Crocker, 2004)</p> <p>(Cederwall et al., 2018)</p> <p>(Tingsvik et al., 2015)</p> |
| | 2.3. Importancia de la vigilancia enfermera. | <p><i>“... estar al lado de la cama y mirar al paciente...tener contacto visual y ver si ella/él puede manejarlo...”</i></p> <p><i>“...los anestesistas pueden examinar, examinarán y no regresarán de nuevo hasta la tarde por cinco minutos así que no es lógico que ellos sean los que estén en una mejor posición para</i></p> | <p>(Tingsvik et al., 2015)</p> <p>(Eckerblad et al., 2009)</p> |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------|
| | | <p><i>destetar que tú que te basas en tus evaluaciones y conocimiento y en el hecho de que estás con el paciente constantemente...”</i></p> <p><i>“Se siente como que las enfermeras que hacen algo más por su propia autoridad o como quieras llamarlo, quienes no siguen las ordenes de los médicos palabra a palabra, sus pacientes hacen un progreso más rápido. Basas el proceso de destete algo más en tus sentimientos y miras al paciente en vez de solo seguir instrucciones”</i></p> | |
| | 2.4. Parada en el turno de noche. | <p><i>“El destete normalmente comienza en el turno de mañana. Durante los turnos de tarde baja el nivel de atención y durante los turnos de noche para el cuidado y se conecta de Nuevo al paciente en modalidad SIVM para descansar”</i></p> | (Khalafi et al., 2016) |
| | 2.5. Organización inteligente. | <p><i>“Soy cuidadoso al elegir al personal. Normalmente intento tener personal formado y con experiencia para los pacientes que tienen dificultades en el</i></p> | (Khalafi et al., 2016) |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | <i>destine de la ventilación mecánica. Esto al lado cuando hay cambios de turno para enfatizar los puntos importantes para el siguiente enfermero, de otra forma, el cuidado no será uniforme.”</i> | |
| 3. Parámetros fisiopatológicos y estado del paciente | 3.1. Parámetros respiratorios | <i>“Estás viendo clínicamente al paciente que está haciendo cualquier esfuerzo por sí misma, cómo son las respiraciones, cuando hace ella su propio esfuerzo, si está sincronizada con el ventilador” “Yo le destetaría de la cantidad de oxígeno un poco antes de destetarle de la PEEP”</i> | (Tingsvik et al., 2015) |
| | 3.2. Estado del paciente (físicos y psicológicos) | <i>“...Cómo ha ido la noche, estuvo muy estable, necesitó mucho de algo... medicación para mantenerse confortable o si durmió bien...” “...Si los pacientes están psicológicamente muy ansiosos... o algunos de ellos sabes que quieren quitarse el tubo antes de que estén realmente preparados o algo que te haga ir un poco más lejos o rápido...” “Si el paciente porta un catéter arterial, puedes analizar la sangre y</i> | (Tingsvik et al., 2015) (Eckerblad et al., 2009) |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| | | <i>puedes ver si el dióxido de carbono está progresando, cuando observas la saturación y la frecuencia respiratoria y el aspecto del paciente. Entonces quizás tengas que interrumpir el destete por un rato, pero si los valores son buenos pueden intentarlo por más tiempo.”</i> | |
| | 3.3.Momento del día | <i>Int. “Sí, así que si fuera por la mañana ¿quizás te sientas más reactivo a destetarlo que si fuera por la tarde-noche?” “Supongo, pienso que puedo, pienso, pienso sí que tienes razón ahí. Creo que a veces el momento del día puede afectar probablemente, quizás cómo de proactivo estés a hacerlo.”</i> | (Gelsthorpe & Crocker, 2004) |
| | 3.4. Uso de protocolos. | <i>“ Como una enfermera recién llegada a UCI encuentro beneficioso su uso para tener un plan que seguir hasta hacerme más familiar con el proceso de destete”</i> | (Blackwood & Wilson-Barnett, 2007) |
| 4. Barreras al cuidado focalizado en el paciente. | 4.1 Falta de consenso en el equipo. | <i>“De repente los médicos cambian los parámetros del ventilador sin siquiera decírnoslo así que el paciente se pone exhausto, el siguiente día el paciente necesita más soporte respiratorio y siento que hemos dado un paso atrás,</i> | (Cederwall et al., 2018) (Britt Sætre Hansen & Severinsson, 2007) |

| | | | |
|--|------------------------|--|--------------------------|
| | | no escuchan y tenemos que empezar de nuevo desde cero” “Necesitamos un sistema en el que médicos y enfermeras se pongan de acuerdo en un plan común” | |
| | 4.2. Falta de recursos | “A veces la habitación del paciente es caótica y me siento muy incómoda por todo el mundo, nos damos cuenta de que no funciona y subimos la sedación simplemente”. | (Cederwall et al., 2018) |

3.5. Evaluación de la confianza en los resultados de la revisión.

Utilizamos los criterios de Confianza en la Evidencia de Revisiones de Investigación Cualitativa (CERQual) para evaluar cuánta confianza podría depositarse en nuestros resultados. CERQual incluye cuatro componentes: limitaciones metodológicas, coherencia, adecuación de los datos y relevancia. Tras evaluar cada uno de los cuatro componentes, juzgamos la confianza en los temas como alta, moderada, baja o muy baja. El resumen de los resultados cualitativos y las evaluaciones CERQual se muestran en la tabla 8.

Tabla 8. Evaluaciones CERQual. Fuente: elaboración propia.

| Resumen de la búsqueda de la revisión | Estudios que contribuyen al hallazgo de la revisión. | Evaluación de la confianza en las pruebas de CERQual | Explicación de la evaluación CERQual. |
|---|---|---|--|
| RELACION PROFESIONAL – PACIENTE: CLAVE DE LOS CUIDADOS. Darle voz. Más allá de los parámetros fisiológicos. Una interacción “cara a cara” | (Lavelle & Dowling, 2011)(Eckerblad et al., 2009)(Khalafi et al., 2016)(Tingsvik et al., 2015)(Cederwall et al., 2018) | Moderado grado de confianza | Cuatro estudios con moderadas limitaciones metodológicas y preocupaciones moderadas con respecto a la adecuación de los datos. |
| ENFERMERA: ENTRE LA AUTONOMÍA Y EL TRABAJO EN EQUIPO. Traspaso de información. Consensuar decisiones Parada en el turno de noche. Organización inteligente Importancia de la vigilancia enfermera | (Cederwall et al., 2018)(Tingsvik et al., 2015)(Khalafi et al., 2016)(Britt Sætre Hansen & Severinsson, 2007)(Haugdahl et al., 2014)(Taylor, 2006)(Eckerblad et al., 2009)(Lavelle & Dowling, 2011) | Alto grado de confianza. | Siete estudios con moderadas limitaciones metodológicas, de diversos países. Ninguna o muy pocas preocupaciones sobre coherencia y adecuación. |
| PARAMETROS | (Blackwood & Wilson-Barnett, | Alto grado de confianza | Ocho estudios con moderadas |

| | | | |
|---|--|--------------------------|--|
| FISIOPATOLÓGICOS Y ESTADO DEL PACIENTE. | 2007)(Gelsthorpe & Crocker, 2004)(Lavelle & Dowling, | | limitaciones metodológicas, de diversos países. Ninguna o muy pocas preocupaciones sobre coherencia y adecuación. |
| Parámetros respiratorios. | 2011)(Eckerblad et al., | | |
| Estado del paciente. | 2009)(Britt Sætre Hansen & | | |
| Momento del día. | Severinsson, 2007)(Khalafi et al., | | |
| Uso de protocolos. | 2016)(Cederwall et al., 2018)(Tingsvik et al., 2015) | | |
| BARRERAS AL CUIDADO FOCALIZADO EN EL PACIENTE. | (Cederwall et al., 2018)(Khalafi et al., 2016)(Tingsvik et al., 2015)(Britt Sætre Hansen & | Alto grado de confianza. | Siete estudios con moderadas limitaciones metodológicas, de diversos países. Ninguna o muy pocas preocupaciones sobre coherencia y adecuación. |
| Falta de consenso | Severinsson, 2007)(Taylor, | | |
| Falta de recursos | 2006)(Eckerblad et al., 2009)(Gelsthorpe & Crocker, 2004) | | |

3.6.Desarrollo de temas y subtemas.

1. Cuidados centrados en el paciente.

1.1. Darle voz.

Cuando un paciente está conectado a la ventilación mecánica la comunicación se convierte en todo un reto. El lenguaje verbal pasa a un segundo plano dejando al lenguaje no verbal como única herramienta. En los estudios se concreta que uno de los pasos principales y primarios en el proceso de destete es “recuperar la voz del paciente”. Para ello, (Cederwall et al., 2018) habla del descenso de la sedación como recurso. En este momento hay que tener muy en cuenta proporcionar un balance óptimo entre el grado de sedación, la ansiedad que puede causar el destete y la comunicación.

“Muchos pacientes sienten que están en el camino de recuperación cuando ellos pueden hablar y oír sus propias voces de nuevo. Sí, por fin.”(Eckerblad et al., 2009)

1.2. Más allá de parámetros fisiológicos.

El destete, como la mayoría de otros procesos en el campo de la salud, no debe de ser entendido como un momento aislado sino como un conjunto que engloba el paciente. Como señala (Khalafi et al., 2016) hay que tener en cuenta, no solo la condición clínica del paciente en ese momento sino que debemos incluir los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y familiares. Esto se puede ver reflejado en el siguiente testimonio:

“Aprender a conocer al paciente y formar una opinión sobre qué persona tengo delante y por qué cosas ha pasado” (Cederwall et al., 2018)

1.3.No nos subrayes

Según la mayoría de estudios hay que tener en cuenta que el paciente es una persona que no solo necesita apoyo a nivel diagnóstico, sino que también necesita una carga emocional. Para ello, se ha podido comprobar que el contacto es una forma de subsanar esa necesidad. Hacer entender al paciente que no está solo en el proceso. Es hacer sentir a la persona que es escuchada.

“Tienes que observar cualquier seña... si ellos (los pacientes) muestran cualquier signo de ansiedad o de algún otro modo que algo les molesta...o otras necesidades que tienes que tener en cuenta” (Cederwall et al., 2018)

2. Enfermera: entre la autonomía y el trabajo en equipo

2.1. Traspaso de información.

El cuidado en el destete es una técnica de acción continuada. Para ello debe de existir un seguimiento y una continuidad de cuidados, de esta manera, cobra mucha importancia el relevo de Enfermería. Se ha comprobado que el hecho de que haya un traspaso adecuado de la información y, por tanto, una consecución en el trabajo, disminuye el fallo en el destete.

“Basicamente, puedo decir que mis compañeros normalmente no continúan el trabajo de los otros y actúan por sus propias preferencias. Los relevos enfermeros están constantemente incompletos.”(Khalafi et al., 2016)

2.2. Consensuar decisiones.

El destete es un proceso multidisciplinar, para poder llevarse a cabo necesitamos no solo al personal de medicina y enfermería sino también, fisioterapeutas, celadores, auxiliares de enfermería... Pero si cada uno de estos profesionales trabaja solo en el proceso al final se produce una divergencia en el cuidado que puede acabar en el fracaso del proceso. Para evitar dicha situación en los estudios se habla de que hay que trabajar de manera conjunta. En el artículo de (Gelsthorpe & Crocker, 2004) se comenta que el trabajo en equipo se ha visto que es esencial teniendo que ser olvidadas las rivalidades y el querer dominar la situación. No solo es importante que en el equipo haya consenso y entendimiento del proceso y de las técnicas que se van a llevar a cabo, también es de suma importancia el hecho de que dichos procedimientos se hayan consensuado tanto con el paciente como con la familia. Introducir estos dos pilares es algo que ha resultado altamente beneficioso.

“Es importante que el personal y el paciente trabajen en el mismo objetivo. No es necesario que mucha gente esté involucrada , porque puede resultar en un desastre y causar inseguridad en el paciente” (Eckerblad et al., 2009)

2.3. Parada en el turno de noche.

En los turnos de noche, según Khalafi et al. (2016) y Gelsthorpe & Crocker (2004) se observa un descenso de la calidad del cuidado. Por ello, se interrumpe el proceso de destete lo que este considera un error ya que ralentiza el mismo. Puede verse en el siguiente testimonio:

“Los pacientes normalmente no progresan mucho durante la noche. Esto puede reducir la tasa de progresión y aumenta la dependencia a la ventilación mecánica.”(Khalafi et al., 2016)

2.4. Organización inteligente.

A la hora de destetar a una persona del ventilador un punto importante es la organización. No solo hay que planificar el destete como procedimiento sino como un proceso que requiere de una serie de recursos. Según Khalafi et al., (2016) la mayoría de los participantes realizaron la supervisión como algo esencial en el destete. Para ellos una organización efectiva de los recursos es un factor muy importante en el cuidado. Estos recursos, no importando la índole, tienen que ser medidos y organizados para que no se produzca falta.

“Por supuesto, les apoyo. Si no lo hago, van a sentir que nadie les respalda y que no tienen ningún poder de decisión.” (Supervisora de enfermería 4)
(Khalafi et al., 2016)

2.5. Importancia de la vigilancia enfermera.

El destete es un proceso que no solo se basa en unos parámetros como ya hemos comentado con anterioridad. Se trata de un proceso en el cual el estado del paciente es esencial para poder avanzar. Si nadie estuviese pendiente de dicho estado no se podría seguir progresando. Como se comenta en el artículo siguiente, cuando se producen cambios es esencial estar al lado del paciente para evaluar resultados.

“Estar al lado de la cama y mirar al paciente... tener contacto visual y ver si él/ella puede manejarlo” (Tingsvik et al., 2015)

3. Parámetros fisiopatológicos y estado del paciente.

3.1. Parámetros respiratorios.

Lo primero que tiene que llevarnos a destetar a un paciente de la ventilación mecánica es que, el factor que en su momento nos llevó a conectarlo a la misma, se haya disminuido o haya desaparecido. Luego, según Tingsvik et al. (2015) tenemos una serie de parámetros respiratorios esenciales como son: la saturación de oxígeno, los parámetros de la gasometría arterial (pH, pCO₂, pO₂, FiO₂) y la frecuencia respiratoria. (Lavelle & Dowling, 2011) está de acuerdo con que los parámetros de la gasometría arterial son esenciales a la hora de comenzar el destete.

“Yo le destetaría de la cantidad de oxígeno un poco antes de destetarle de la PEEP”(Tingsvik et al., 2015)

3.2. Estado del paciente.

Ya se ha hablado del holismo y, en cierto modo, el estado del paciente está ligado al mismo. Centrarse solo en parámetros clínicos del paciente no nos va a servir de tanto como tener una vista total del paciente. Hay que observar hasta qué punto el paciente está psicológicamente lo suficientemente estable como para continuar con el proceso.

“...Veo su falta de fuerza... que se vuelven exhaustos... empiezan con taquipnea o a afectarse de otras formas...así que los conecto de nuevo”(Tingsvik et al., 2015)

3.3. Momento del día.

Según (Gelsthorpe & Crocker, 2004) el ingreso en una unidad de cuidados intensivos hace que el ciclo circadiano se vea afectado, por lo que los pacientes se encuentran ya no tan solo cansados por la enfermedad sino que también por el ingreso en sí. El destete es otra fuente de cansancio para nuestro paciente por lo que propone que lo mejor es comenzar por la mañana.

“Supongo, pienso que puedo, pienso, pienso sí que tienes razón ahí. Creo que a veces el momento del día puede afectar probablemente, quizás cómo de proactivo estés a hacerlo.”(Gelsthorpe & Crocker, 2004)

3.4. Uso de protocolos.

Como ya se ha comentado en algunas ocasiones, el destete es un proceso bastante incierto dado que no se puede saber con seguridad unos parámetros totales que nos

indiquen cuándo destetar o no al paciente. Aún siendo esto así, hay que tener en cuenta que el uso de protocolos facilita el trabajo, como dice (Lavelle & Dowling, 2011)

“Como una enfermera novel, los ventiladores pueden resultar difíciles de entender. La pantalla de destete y los protocolos me han ayudado a seguir ciertas guías para destetar de forma exitosa y entender mejor el proceso.”
(Blackwood & Wilson-Barnett, 2007)

4. Barreras al cuidado focalizado en el paciente.

En casi todos los estudios escogidos se ha podido observar cómo se repite siempre una misma constante a la hora de hablar del destete: las barreras encontradas. Los participantes suelen destacar las siguientes.

4.1. Falta de consenso en el equipo.

Algunos autores señalan que la falta de información y colaboración suele ser un factor bastante frustrante para el personal de Enfermería. Podemos ver esto reflejado en el siguiente testimonio:

“A veces, los médicos hacen cambios en el respirador sin dar ninguna explicación y se marchan. Es muy frustrante. Necesitamos un sistema en el que enfermería y medicina colaboren y discutan (...) lo importante es llegar a un acuerdo y comenzar” (Britt et al., 2008)

4.2. Falta de recursos.

Uno de los puntos que la mayor parte de los estudios comparten es la falta de los recursos tanto materiales como personales que hacen que el destete no se pueda llevar a cabo de la forma que debería. Cederwall et al. (2018) lo ponen de manifiesto hablando del caos que puede llegar a ocasionar este tipo de situaciones. Mencionan que en el destete no solo se trata del paciente y el enfermero, también entran en juego el tiempo, la organización y la cantidad de personal.

“A veces la habitación del paciente es caótica y siento que es muy desagradable para todos, nos damos cuenta de que no funciona y subimos la sedación.”
(Cederwall et al., 2018)

4. DISCUSIÓN.

El objetivo de esta metátesis era conocer las experiencias del personal de enfermería en el proceso de destete de los pacientes de la ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos. Nuestros resultados nos han permitido conocerlas mediante el desarrollo de cuatro temas fundamentales: cuidados centrados en el paciente, enfermera: entre la autonomía y el trabajo en equipo, parámetros fisiopatológicos y estado del paciente y barreras al cuidado focalizado en el paciente.

El personal enfermero requiere de una visión enfocada al paciente para poder conocer el momento en el que se podría comenzar con el destete y, en el caso de que este se desarrolle, cómo el paciente está tolerándolo. Para ello es esencial, en primer lugar, haber pasado el suficiente tiempo con el paciente y haber creado una relación de confianza con el mismo. De este modo ampliamos nuestro campo de visión y como menciona Cederwall et al. (2018), formamos una imagen verdadera de la persona que tenemos delante. Ya no solo somos capaces de ver un diagnóstico sino todo lo que hay detrás del mismo. En segundo lugar, nunca hay que olvidar que el paciente tiene unas necesidades más allá de las meras clínicas. Tenemos a una persona que, por el proceso de enfermedad, la necesidad social y la psicológica se ven mermadas por lo que debemos de sostenerlas también. Hacerle saber al paciente que es escuchado y que, a pesar de no poder realizar el proceso por él vamos a acompañarlo durante el destete.

A priori el proceso de destete puede ser visto como un proceso meramente médico en el que enfermería se limita a obedecer ciertos mandatos. A lo largo de la investigación se ha podido observar como esta visión se va deformando y se convierte en una multidisciplinar en la que el conocido por (Gelsthorpe & Crocker, 2004) como “trabajo en equipo” es la clave para poder realizar el proceso de una forma correcta y con el menor riesgo de fracaso posible. Como indica (Tingsvik et al., 2015) es la visión global del paciente lo que nos lleva al consenso. Básicamente es poner en manifiesto el dejar de lado las posiciones personales de la que hacen mención (Britt Sætre Hansen & Severinsson, 2007) o (Cederwall et al., 2018) y empezar a cooperar por y para el paciente ya que, como nos señala Taylor (2006) los problemas son los mismos para todos los profesionales.

Hay un tema en el que existen controversias dentro del destete y en el uso de los protocolos (Blackwood & Wilson-Barnett, (2007); Haugdahl et al., (2014); Lavelle & Dowling, (2011).)En los mencionados hay dos opiniones encontradas, la de las personas

que están a favor del uso de los protocolos y la de las personas que están en contra del uso de los mismos. Se ha podido encontrar un perfil propio de cada uno de los bandos de opinión. El personal enfermero que está a favor suelen ser enfermeras nuevas en el servicio de cuidados intensivos o que, a pesar de llevar tiempo en él, no han tenido cercanía con el proceso. Por otra parte del personal en contra suelen ser enfermeras veteranas que tienen una amplia experiencia con el procedimiento. Las segundas exponen que pierden mucho tiempo al tener que dedicarse a la lectura de los protocolos y, algunas, llegan a decir que “ya no los necesitan”. Por otra parte para las enfermeras nóveles es un recurso que les ayuda a situarse en el difícil proceso y que hace que ganen confianza en sí mismas dentro del ámbito profesional.

Al final el destete termina siendo un todo en el que debemos incluir también las barreras que nos limitan el mismo, no solo para hacer una crítica sobre ellas sino para aprender de las mismas y ser capaces de darles soluciones como dice (Britt Sætre Hansen & Severinsson, 2007). En numerosos estudios se resalta la falta de consenso y de recursos pero realmente para ambos tenemos posibles soluciones. De la falta de consenso ya se ha hecho mención por lo que nos centraremos en la falta de recursos. Es cierto que los bienes personales y materiales y la falta de los mismos es una realidad en el ámbito de la sanidad pero podemos encontrar soluciones como la organización inteligente que nos propone (Khalafi et al., 2016).

5. CONCLUSIÓN.

- El trabajo interdisciplinar en común es esencial a la hora de desarrollar intervenciones correctas y, en menor medida, susceptibles de error.
- El personal enfermero debe de ser consciente de su importante papel en este proceso, solo de este modo será capaz de seguir creciendo e instruyéndose
- Se necesita una actuación tajante en las barreras para poder conseguir destetes no fallidos. Faltan recursos tanto personales como materiales además de protocolos. De este modo los profesionales enfermeros podrían centrarse de mejor modo en el proceso de destete.
- En el proceso de destete no es solo importante el factor fisiológico, hay que estar muy atento al estado psicológico y social del paciente y trazar unas metas comunes consensuadas.
- Uno de los pilares esenciales en el destete es la relación de confianza que se debe crear entre paciente-enfermero a partir de la comunicación y la presencia.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Blackwood, B., & Wilson-Barnett, J. (2007). The impact of nurse-directed protocolised-weaning from mechanical ventilation on nursing practice: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, *44*(2), 209–226.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.031>
- Cederwall, C. J., Olausson, S., Rose, L., Naredi, S., & Ringdal, M. (2018). Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *46*, 32–37.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.11.00>
- Cleophas, T. J. (1999). Clinical trials: Relevance of correlation between treatment responses. *Clinical Research and Regulatory Affairs*, *16*(4), 193–204.
<https://doi.org/10.3109/10601339909005310>
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research*, *22*(10), 1435–1443.
<https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Correa, G., Castro, S., Castro, D., & Silvia, V. (2008). Destete Ventilatorio Un Enfoque Fisioterapeutico Ventilatory Weaning a Physiotherapist Approach. *Mov. Cient. ISSN 2011-7191*, *2*(1), 24.
- Díaz Herrera, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista General de Información y Documentación*, *28*(1), 119–142. <https://doi.org/10.5209/rgid.60813>
- Eckerblad, J., Eriksson, H., Kärner, A., & Edéll-Gustafsson, U. (2009). Nurses' conceptions of facilitative strategies of weaning patients from mechanical ventilation-A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *25*(5), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.008>
- Gelsthorpe, T., & Crocker, C. (2004). A study exploring factors which influence the decision to commence nurse-led weaning. *Nursing in Critical Care*, *9*(5), 213–221.

<https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2004.00077.x>

Gutiérrez, F. (2011). Artículo de revisión Ventilación mecánica Mechanical Ventilation. *Acta Med Per*, 28(2), 2011. <http://tratado.uninet.edu/c120102.html>

Hansen, Britt S., Fjælberg, W. T. M., Nilsen, O. B., Lossius, H. M., & Søreide, E. (2008). Mechanical ventilation in the ICU- is there a gap between the time available and time used for nurse-led weaning? *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-16-17>

Hansen, Britt Sætre, & Severinsson, E. (2007). Intensive care nurses' perceptions of protocol-directed weaning-A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 196–205. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.03.001>

Haugdahl, H. S., Storli, S., Rose, L., Romild, U., & Egerod, I. (2014). Perceived decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: A Norwegian survey. *Nursing in Critical Care*, 19(1), 18–25. <https://doi.org/10.1111/nicc.12051>

Jordan, J., Rose, L., Dainty, K. N., Noyes, J., & Blackwood, B. (2015). Factors that impact on the use of mechanical ventilation weaning protocols in critically ill adults and children: A qualitative evidence-synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011812>

Khalafi, A., Elahi, N., & Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.05.005>

Lavelle, C., & Dowling, M. (2011). The factors which influence nurses when weaning patients from mechanical ventilation: Findings from a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.06.002>

Logan, J., & Jenny, J. (1997). Qualitative analysis of patients' work during mechanical ventilation and weaning. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 26(2), 140–147. [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(97\)90074-1](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(97)90074-1)

Macintyre, N. R. (2007). Section I : Guidelines Evidence-Based Guidelines for Weaning

and Discontinuing. *CHEST*, 120(6), 469S-473S.

<https://doi.org/10.1378/chest.120.6>

Meng, L., Qiu, H., Wan, L., Ai, Y., Xue, Z., Guo, Q., Deshpande, R., Zhang, L., Meng, J., Tong, C., Liu, H., & Xiong, L. (2020). Intubation and Ventilation amid the COVID-19 Outbreak: Wuhan's Experience. *Anesthesiology*, 6, 1317–1332.

<https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003296>

Savik, K., & Chlan, L. (2017). *Ssociations of*. 26(3), 210–220.

Taylor, F. (2006). A comparative study examining the decision-making processes of medical and nursing staff in weaning patients from mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(5), 253–263.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.11.001>

The Joanna Briggs Institute. (2017). Checklist for Qualitative Research. In *The Joanna Briggs Institute* (p. 6). http://www.joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research.pdf

Tingsvik, C., Johansson, K., & Mårtensson, J. (2015). Weaning from mechanical ventilation: Factors that influence intensive care nurses' decision-making. *Nursing in Critical Care*, 20(1), 16–24. <https://doi.org/10.1111/nicc.12116>

Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(Figure 1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>