

# [Experiencias Personales De Pacientes En Tratamiento Con Ventilación Mecánica No Invasiva. Una Visión Cualitativa.]

Martín Domínguez, Ramón<sup>1</sup>; Becerra Maldonado, María Flor<sup>2</sup>; Ruíz López, Silvia<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>[Enfermero UGC neumología Hospital Medico Quirúrgico de Jaén], <sup>2</sup>[Enfermera UGC Cirugía Hospital Medico Quirúrgico de Jaén], <sup>3</sup>[Enfermera UGC neumología Hospital Medico Quirúrgico de Jaén].



## INTRODUCCIÓN

- La Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es una técnica ventilatoria que ha experimentado un auge en los 25 últimos años, posiblemente por un aumento del número de enfermedades respiratorias crónicas<sup>1</sup>.
- Dentro de estas enfermedades respiratorias destaca la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que según estimaciones de la OMS (2004), actualmente unos 64 millones de personas sufren una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y 3 millones de personas fallecieron. La OMS vaticina que la EPOC se habrá convertido en la cuarta causa de muerte en todo el mundo en 2030.

Sobre la VMNI sabemos que:

- \* Es utilizable en cualquier unidad de hospitalización.
- \* Evita la intubación y sus complicaciones.
- \* Tiene múltiples indicaciones en distintas patologías respiratorias.
- \* Pocos trabajos de índole cualitativo

## OBJETIVOS

### Objetivo Principal:

- Conocer los aspectos negativos de la ventilación mecánica no invasiva con presión positiva según la experiencia personal de los pacientes hospitalizados en la unidad de neumología del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén durante un proceso agudo o reagudizado que puedan favorecer el abandono precoz del tratamiento.

### Objetivos específicos:

- Aumentar los conocimientos del personal a través de las experiencias de los entrevistados para favorecer la adhesión al tratamiento
- Comprender las experiencias de los entrevistados.
- Minimizar las complicaciones de la VMNI a través de las experiencias de los entrevistados.

## MÉTODO

### Muestra:

- La elección de muestra fue de conveniencia o intencional.
- Ingresados en la unidad de Neumología del Hospital Médico Quirúrgico de Jaén y durante su ingreso sufrieron algún tipo de VMNI de presión positiva por algún proceso agudo o reagudizado.
- Mayores de edad.
- Sin deterioro cognitivo.
- Podían comunicarse verbalmente sin problemas.
- Entrega de consentimiento informado.

### Metodología

- Método cualitativo para poder conocer las dimensiones complejas de las que aportan poca o nula información los registros clínicos habituales<sup>2</sup>, y así poder comprender la experiencia del padecimiento a través de entrevistas.
- Fenomenológico hermenéutico para la búsqueda y comprensión de las experiencias personales vividas a través de la interpretación de los pensamientos expresados.
- Análisis de datos proceso de investigación cualitativa fenomenológica interpretativa de Van Manen.

### Recogida de datos:

- Entrevista semiestructurada y posterior transcripción en la que se usaron cuatro preguntas principales como guía:
- ¿Qué sensaciones, síntomas, complicaciones o experiencias negativas ha tenido mientras ha estado sometido a VMNI?
- ¿Cuáles son los beneficios que han notado con el tratamiento con VMNI?
- ¿Cómo cree que se puede mejorar el tratamiento recibido?
- ¿Qué pasaría si el médico le prescribiera este tratamiento con ventilación para la casa?
- Se tomaron notas en el momento de la entrevista sobre lenguaje no verbal, expresiones, actitud, etc.

### Pacientes seleccionados

- Un total de seis pacientes. (cuatro hombres y dos mujeres)
- Rango de edad desde los 50 años hasta los 84 años.
- Dos de ellos con habían sido sometidos con anterioridad a VMNI.
- El motivo del inicio de ellos en cinco de ellos fue hipercapnia y uno por deterioro neuromuscular.
- Se les codificó como V1, V2, V3, V4, V5, V6.

## RESULTADOS

Tras la recolección y la reflexión de la experiencia vivida por los pacientes, se consiguió reducir la información obtenida a 9 puntos que son claves para evitar el abandono precoz de la VMNI.

Dependencia de otras personas y dependencia de una máquina: La experiencia de la pérdida del control.

- “Menos mal que tengo a mi hermana, porque cuando la tengo puesta no puedo hacer nada”. V1.
- “Me canso porque tengo que respirar con la máquina, porque la máquina va de una manera y yo voy de otra”.V1.
- “Que cuando me la quito luego no me la pongo bien y pita”.V2.

El miedo a lo desconocido: la experiencia del pánico.

- “Cuando me trajeron esto me asusté muchísimo, no sabía lo que era y dije que me vais a poner, esto no lo quiero y no lo necesito”.V4.

“Me desespero mucho”: La experiencia de ansiedad.

- “Me pone nervioso, noto una presión y me agobia”, “Esta mañana me la tuve que quitar porque me ahogaba”.V1.
- “Me he encontrado muy asfixiada, muy ahogada, muy nerviosa, yo he notado que la máquina no me sienta bien, una cosa muy rara no me puedo explicar lo que sentía en realidad, cuando me la pusieron abajo yo creía que era una muerte por asfixia”.V6

Necesidad condicionada.

- “Ayer cuando estaba cansado la necesitaba, pero cuando estaba mejor me sobraba, y me quito la mascarilla”.V1.
- “Ya me la pondré cuando esté peor y yo vea que la necesito”. V4.

“No puedo dormir”: La experiencia de la falta de sueño.

- “Es que con esto estoy toda la noche sin dormir”.V1.
- “La máquina hace mucho ruido, mucho, pero esta parece una avioneta”, “con el jaleo cuesta dormir, si fuera más silenciosa sería más cómoda”.V5.

“No sé lo que hago”: experiencias de desorientación.

- “Llega un momento que no sé ni donde estoy ni lo que hago”.V1.
- “Que soy muy desesperante y cuando eso me voy por los cerros de Úbeda y me la quito cada dos por tres, y no es porque no tenga ganas de no ponérmela”.V2.
- “Con ella puesta no sé ni lo que hago”.V4

Experiencias negativas anteriores.

- “Ahora al principio protesté porque tenía la experiencia de la otra, yo decía otra vez con la cara”. V3.

La incomodidad de la interfase: La sensación de malestar.

- “Lo que no me gusta es esto (refiriéndose a la interfase), hace daño aquí (puente nariz)”.V1.
- “la mascarilla horrible, mucho dolor en la nariz, yo dije el hueso de la nariz me lo rompen, lo tengo que ni me puedo tocar”.V6.

El agotamiento del paciente. La rendición.

- “No quiero usar la máquina, porque no la necesito”. V4.
- “Yo prefiero no tener la máquina y morirme, porque te lo digo de verdad la máquina no me ha ido bien y me encuentro muy nerviosa y muy agitada, además de que no he sentido mejoría con la máquina, pensaba que iba a sentir mejoría y no la he sentido”. V6

## CONCLUSIONES

La principal ventaja de este tipo de ventilación es que permite al paciente estar totalmente relacionado con el mundo que le rodea, y que sea a su vez participe de forma activa de su tratamiento pero mientras el paciente esté condicionado por experiencias negativas podemos conseguir que la gran ventaja de la VMNI el causante del fracaso.

La toma de decisiones acerca del tratamiento es complejo y único a cada individuo afectado por el impacto percibido de la enfermedad.

Los objetivos a nivel de salud son los mismos para los entrevistados y sanitarios, pero la jerarquía de lo que se valora más importante cambia para cada grupo. Para los sanitarios es la perfecta interacción entre el paciente y el respirador, para los entrevistados era la ausencia de complicaciones que les generara experiencias negativas.

El camino a seguir es que los aspectos positivos de la VMNI sea la experiencia principal sobre la pérdida autonomía y control.

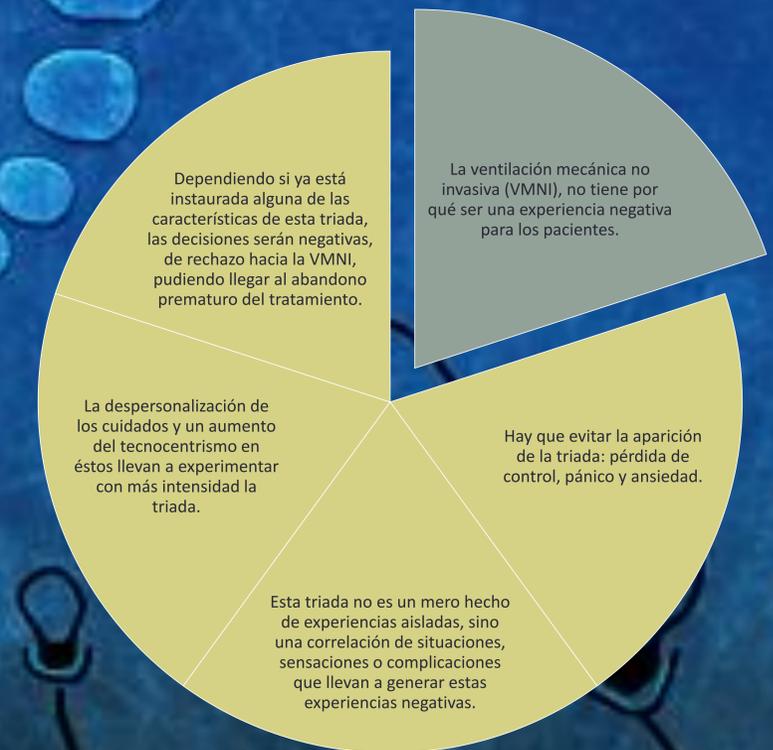
El éxito de la VMNI dependerá de nuestro grado de conocimiento al elegir y coordinar los 3 pilares fundamentales de la ventilación: El respirador, el paciente y la interfase.

Existe una contraposición en lo expresado por los entrevistados respecto a la necesidad que han sentido respecto a la VMNI versus las sensaciones y experiencias tenidas.

Reconocen que la VMNI les ha reportado una mejora en el estado de salud, en la mayoría de los casos. Pero también expresan que es un tratamiento agresivo e incómodo, no exento de complicaciones.

Estas complicaciones no son independientes una de otra sino que están interrelacionadas y de forma muy directa.

Cada entrevistado ve de forma distinta y jerárquica la complicación que más afecta, aunque muchas experiencias se repiten cada uno la valora de forma distinta.



## BIBLIOGRAFÍA

- Uña R, Ureta P, Uña S, Maseda E, Criado A. Ventilación Mecánica no invasiva. Rev esp Anestesiología y reanim. 2005. 2; 88-100.
- Amecua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp de Salud Pública, 2002; 76(5):423-436.
- Artacho R, García De La Cruz JI, Panadero JA, Jurado Solís A, Degayón H, Guerrero A. Ventilación mecánica no invasiva. Utilidad clínica en urgencias y emergencias. Emergencias. 2000; 12:328-36