

**Estrategias de Comunicación con Pacientes Recluidos en una Unidad de Intensivo Médico
Quirúrgico: Adiestramiento para Enfermeros a Partir de sus Destrezas y Necesidades**

Patricia Rivera Meléndez

Programa de Maestría en Patología del Habla-Lenguaje,

Escuela de Profesiones de la Salud

Recinto de Ciencias Médicas

Universidad de Puerto Rico

PHAL 6420

Dra. Edna Carlo

28 de mayo de 2024

Sumario

Este proyecto consistió en auscultar cuáles son las principales barreras y facilitadores para el uso de comunicación aumentativa y alternativa entre enfermeros y pacientes que no pueden hablar recluidos en la Unidad de Intensivo Médico Quirúrgico del Hospital Universitario de Adultos, con vías a diseñar un adiestramiento para estos especialistas que les permita desarrollar un kit de comunicación viable y duradero. El proyecto se dividió en tres fases: (1) identificación y recopilación de necesidades, (2) desarrollo de adiestramiento y (3) provisión de adiestramiento y desarrollo de herramientas. Para propósitos de este trabajo, se llegó hasta la segunda fase de desarrollo del adiestramiento a partir de entrevistas realizadas a tres enfermeros de esta unidad y de observación en el escenario clínico.

Las Dificultades de Comunicación en las Unidades de Cuidado Crítico

La comunicación es una destreza que permite a los seres humanos expresar deseos, necesidades, sentimientos y preferencias (Beukelman & Light, 2020). Se estima que cada año más de 5 millones de personas son recluidas en unidades de cuidado intensivo en Estados Unidos (Society of Critical Care Medicine, n.d.). Muchos de esos pacientes han perdido la capacidad para comunicarse verbalmente de manera temporera o permanente, debido a que su estado de consciencia o cognitivo se lo impiden o porque su condición de salud requiere el uso de métodos invasivos para la respiración asistida, lo cual dificulta el habla (Garrett et al., 2007).

Durante la práctica clínica en el Hospital Universitario de Adultos en San Juan, observé que el personal que interviene con los pacientes en las unidades de cuidado intensivo carece de servicios y herramientas de apoyo específicas para promover la comunicación con los pacientes. Tampoco cuentan con la asesoría en esta área de profesionales especializados en la comunicación, como patólogos del habla y lenguaje, que faciliten la evaluación de necesidades y posibilidades de comunicación con estos pacientes partiendo de acercamientos basados en evidencia. Según lo observado y de acuerdo con la evidencia, en este escenario, los enfermeros son quienes más interactúan con los pacientes. Los esfuerzos de comunicación durante estas interacciones dependen principalmente del uso de herramientas instintivas, como gestos y mímicas. Sin embargo, este tipo de técnicas, aunque más accesibles y manejables en el escenario crítico, limitan el tema y el resultado de la comunicación a la interpretación del enfermero. (Garrett et al. 2007).

Las dificultades que enfrentan los pacientes para comunicarse en el escenario clínico están asociadas con un mayor riesgo de enfrentar eventos adversos durante la hospitalización y limitan la posibilidad de que estos participen de manera efectiva en las decisiones médicas que

les afectan (Santiago et al., 2021; Vélez, 2020). Como parte de los servicios durante la experiencia clínica en el hospital, presencié dos situaciones con pacientes que confrontaron eventos adversos luego de realizar esfuerzos infructuosos por comunicarse. Ambos pacientes tenían traqueotomía, uno de ellos, en la Unidad de Intermedio de Neurocirugía y la otra en la Unidad de Intensivo Médicoquirúrgico (MICU). Además de la inquietud por descifrar formas en que esas situaciones pudieran evitarse, me quedé con las siguientes preguntas: ¿Qué factores dentro de este ambiente pudieran contribuir o limitar que se puedan adoptar herramientas de Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA) para minimizar las barreras de comunicación? ¿Es un asunto de conocimiento y entrenamiento del personal? ¿Tiene que ver con falta de las herramientas? ¿Afecta el escaso tiempo y cantidad de trabajo de estos especialistas a la hora de dedicar tiempo a buscar alternativas para que un paciente pueda comunicar sus emociones, preocupaciones, deseos o preferencias?

Habiendo vivido ambas experiencias, luego de realizar una búsqueda de evidencia sobre las necesidades y posibilidades de comunicación de los pacientes recluidos en unidades de cuidado intensivo, me propuse buscar soluciones posibles para atender estas dificultades en estos escenarios. Me enfoqué en el personal de enfermería y en la identificación de recursos partiendo de sus propias experiencias, pues en las unidades de cuidado intensivo son estos profesionales quienes tienen la mayor cantidad de tiempo e intercambios con los pacientes.

El trabajo se dividió en tres fases: (1) identificación y recopilación de necesidades mediante entrevistas a enfermeras y observación en la unidad, (2) desarrollo de un adiestramiento para el personal de enfermería y (3) provisión de adiestramiento y desarrollo de un kit de comunicación para la unidad. Para propósitos del Capstone, se completaron las primeras dos fases.

Pregunta PICO

Para realizar una búsqueda y valoración de la evidencia científica que me permitiera abordar el tema y apoyara en la estructura del trabajo, así como en el diseño del adiestramiento, elaboré la siguiente pregunta basada en la Población, la Intervención, el Control y los Resultados (PICO, por sus siglas en inglés).

¿Qué servicio y/o sistema de comunicación aumentativa y alternativa es más efectivo para pacientes con dificultades de habla recluidos en la Unidad de Cuidado Intensivo Intermedio del Hospital Universitario de Adultos en el Centro Médico de Río Piedras de acuerdo a las posibilidades físicas de este escenario, al personal de enfermería que está en constante contacto con estos pacientes y a la evidencia disponible?

Evidencia Científica Externa

La comunicación efectiva es un componente esencial en la calidad del cuidado y la seguridad de los pacientes recluidos en los hospitales de Estados Unidos y Puerto Rico (The Joint Commission, 2010). Sin embargo, muchos hospitales no cuentan con guías y protocolos específicos dirigidos a identificar las necesidades y estrategias de apoyo para la comunicación en pacientes con dificultades para comunicarse (Santiago et al., 2021).

Entre el alcance de funciones de los patólogos del habla y lenguaje está la provisión de servicios de Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA). La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) define la CAA como un área de práctica clínica dirigida a “suplementar o compensar las deficiencias en la producción y/o comprensión de la comunicación” (ASHA, n.d.).

En el escenario crítico, la urgencia por salvar la vida hace que identificar vías para que el paciente se comunique quede detrás de otras prioridades (Happ, 2021; Murray y Hopf, 2022).

Por ejemplo, en la Unidad de Intensivo Médico Quirúrgico, Intensivo de Neurocirugía e Intermedio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Adultos en San Juan, las consultas a la patóloga del habla y lenguaje se enfocan, primordialmente, en determinar si el paciente está posibilitado de ingerir alimentos por vía oral.

Estudios clínicos han comprobado que la posibilidad de los pacientes recluidos en unidades de cuidado intensivo con dificultades para hablar de comunicar de manera efectiva sus necesidades y preocupaciones está relacionada con una reducción en los niveles de ansiedad y mayor satisfacción sobre el cuidado en general (Hosseini et al., 2018). Además, el paciente que puede comunicarse, tiene mayor acceso a participar de manera activa en la toma de decisiones sobre asuntos relacionados con su tratamiento (Vélez, 2020).

A nivel de cuidado crítico, el personal de enfermería es el que está disponible la mayor parte del tiempo para llevar a cabo esfuerzos de comunicación con pacientes (Garrett et al., 2007). Sin embargo, estos profesionales no cuentan con acceso a entrenamiento y herramientas en CAA. Esto, sumado a las complejidades del escenario crítico, los lleva a utilizar principalmente estrategias no asistidas de comunicación alternativa como gestos y mímicas para comunicarse con los pacientes la mayor parte del tiempo (Happ, 2021). Aunque pudieran resultar efectivas en lo inmediato, el uso de estas técnicas como única herramienta para la comunicación limita la cantidad y el contenido de las interacciones porque está estrictamente controlado por el enfermero. Además, se presta para interpretaciones equivocadas que pudieran conducir a errores en las decisiones sobre el tratamiento de los pacientes (Happ et al., 2014).

En una revisión de alcance sobre las barreras y facilitadores en la comunicación entre enfermeros y pacientes en unidades de cuidado intensivo, Istanbulian et al. (2020) identificaron que la satisfacción entre ambos grupos aumentó en la medida en que sus esfuerzos de

comunicación resultaron efectivos. Ese análisis señaló que dos de las principales barreras para el uso de la CAA entre enfermeros y pacientes en el escenario crítico son (1) la falta de destrezas y entrenamiento sobre estas técnicas y herramientas y (2) las dificultades del contexto clínico y sus limitaciones para el acceso a estos recursos. Por otra parte, observar los resultados positivos de lograr una comunicación efectiva se identificó como el principal facilitador para el uso de CAA por parte de enfermeros en estos ambientes (Istanboulia et al., 2020).

Previamente, Hosseini et al. (2018) documentaron que el uso de tableros de comunicación como complemento para las interacciones entre enfermeros y pacientes imposibilitados de hablar en el escenario crítico facilita la interacción. El tablero utilizado como parte del estudio estaba enfocado en necesidades específicas de pacientes recluidos en unidades de cuidado intensivo y contenía una imagen del cuerpo humano para que estos señalaran la parte del cuerpo con necesidad.

En una publicación posterior, Murray y Hopf (2022) evaluaron estudios publicados entre los años 2000 al 2020 sobre el uso de herramientas de CAA de baja tecnología en escenarios clínicos de cuidado agudo. Los autores identificaron que, aunque los aparatos de CAA de baja tecnología constituyen un método que se ajusta a las necesidades de comunicación temporeras de pacientes en estos escenarios, su uso es inconsistente. Esto se debe, principalmente a visiones encontradas de parte de familiares, cuidadores y otros profesionales de la salud sobre la importancia y efectividad de la comunicación y a la falta de conocimiento sobre su beneficio y cómo implementarlo (Murray y Hopf, 2022). Sin embargo, luego de recuperados, pacientes entrevistados en algunos de los estudios analizados por Murray y Hopf (2022) reportaron mayor satisfacción cuando pudieron comunicarse efectivamente. Además, señalaron que, para facilitar la comunicación y minimizar la sensación de frustración entre los pacientes que no pueden

hablar, sería beneficioso que profesionales de la salud y familiares de personas recluidas en escenarios de cuidado crítico reciban entrenamiento en el uso de herramientas de CAA de baja tecnología (Murray y Hopf, 2022).

Aunque se han estudiado los beneficios, así como las principales barreras y facilitadores para el uso de CAA en el escenario crítico, existe poca evidencia sobre qué técnicas o aparatos específicos son más efectivos en las unidades de cuidado intensivo (Happ, 2021). Esto se debe, en parte, a la variedad de condiciones de salud, estados de alerta y necesidades neurocognitivas de los pacientes recluidos en estas unidades, así como al nivel de prioridad que ocupa la comunicación en estos escenarios y a la falta de profesionales especializados en CAA (Happ, 2021; Santiago et al., 2022).

Durante más de 23 años, M. B. Happ, una enfermera especialista en cuidado crítico, ha participado de estudios dirigidos a facilitar la comunicación de pacientes en condición crítica. En una publicación reciente, Happ (2021) describió los hallazgos de esos esfuerzos y destacó que la participación de patólogos del habla y lenguaje en la toma de decisiones sobre cuáles son las mejores estrategias y herramientas de CAA para ser utilizados con pacientes en unidades de cuidado intensivo es fundamental. Happ (2021) observó que en los pasados años se ha visto un incremento en la cantidad de especialistas de habla y lenguaje que proveen servicios de CAA en los hospitales. Happ participó del diseño de un programa de adiestramiento a enfermeras como parte de un esfuerzo comprensivo para apoyar la comunicación en pacientes en estado crítico durante su hospitalización. Este esfuerzo incluyó en un estudio cuasi experimental llamado Study of Patient-Nurse Effectiveness with Assisted Communication Strategies (SPEACS) incluye entrenamiento a enfermeras, provisión de herramientas y equipos, el desarrollo de un algoritmo para la toma de decisiones y la consulta con especialistas en patología del habla y

lenguaje (Happ et al., 2014). Hasta el momento, los investigadores han podido documentar que la implementación de SPEACS incrementó la extensión y la efectividad de las comunicaciones relacionadas con dolor y otros síntomas (Happ et al. 2014). Sin embargo, la mayoría de las instituciones no cuentan con personal especializado en el uso de CAA ni poseen guías sobre cómo implementarlas en estos escenarios (Happ, 2021; Santiago et al., 2022).

La evidencia científica evaluada permitió destacar la necesidad de desarrollar un modelo de intervención dirigido a reducir las barreras para la comunicación que enfrentan hoy día los pacientes reclusos en las unidades de cuidado intensivo en el Hospital Universitario de Adultos y la importancia de incorporar al personal de enfermería como pieza central de cualquier programa de adiestramiento porque son estos profesionales quienes realizan la mayor cantidad de contactos al día con enfermos en estas unidades. Como parte del avalúo crítico de la evidencia, se consultaron 11 publicaciones. Una vez completado el avalúo, se excluyeron cinco trabajos. Además del nivel de la evidencia, entre los factores de mayor peso para considerar los trabajos estuvieron la cercanía geográfica o de idioma con Puerto Rico, así como las similitudes entre los ambientes clínicos evaluados en cada uno. A continuación, se incluye la lista de artículos considerados y citados previamente, así como el nivel de la evidencia.

Tabla 1

Valoración de la evidencia tras avalúo crítico

Título del artículo	Nivel de la evidencia
<i>Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial.</i>	Cuantitativa, Nivel 3
<i>The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units.</i>	Cuantitativa, Nivel 3
<i>Barriers to and facilitators for use of augmentative and alternative communication and voice restorative strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: A scoping review.</i>	Cuantitativa, Nivel 5

<i>Attitudes toward the use of low-tech AAC in acute settings: A systematized review.</i>	Cuantitativa, Nivel 5 Revisión sistemática
<i>Giving Voice: Nurse-Patient Communication in the Intensive Care Unit.</i>	Cuantitativa, Nivel 7 Opinión de experta
<i>La comunicación con pacientes dependientes de ventilador mecánico.</i>	Cuantitativa, Nivel 7 Opinión de experta

Opinión de Expertas Clínicas y Profesionales

Para la definición de la estructura del proyecto, su aplicabilidad al escenario clínico y la construcción del contenido de las entrevistas y el adiestramiento a enfermeros, se contó con la consultoría de la doctora Gloria Vélez, profesora de Patología del Habla y Lenguaje y especialista en CAA; la licenciada Tami Altschuler, patóloga del habla y lenguaje en el NYU Langone Medical Center, especialista en CAA y quien ha investigado estrategias para el entrenamiento de profesionales y la implementación de técnicas de comunicación efectiva en el hospital donde trabaja; y la licenciada Natalia Sánchez, patóloga del habla y lenguaje del Hospital Universitario de Adultos.

Las tres expertas fueron consultadas de manera separada durante reuniones presenciales, virtuales y comunicaciones escritas. Partiendo de la definición del problema y pregunta PICO iniciales, la doctora Vélez aportó a la definición del proyecto en tres etapas con un adiestramiento a enfermeras como eje central (Ver Anejo A). Basada en su conocimiento clínico y en evidencia científica evaluada, la licenciada Altschuler validó el foco del trabajo en el personal de enfermería y recomendó la identificación de una o un “nurse champion” que sirviera como guía en el proceso de entrevistas y que eventualmente se convierta en un aliado de la comunicación en la unidad. Igualmente, la licenciada Altschuler proveyó referencias adicionales sobre la estructura de las preguntas que se debían incluir en la entrevista con los enfermeros y algunas de las técnicas y herramientas de comunicación que no deberían faltar en un kit de

comunicación para las unidades de cuidado intensivo, partiendo de su experiencia en el NYU Langone Medical Center (Ver Anejo B). La licenciada Sánchez aportó mayor contexto sobre la estructura de los servicios de Patología del Habla y Lenguaje en el Hospital Universitario de Adultos y ayudó a identificar una unidad de intensivo ideal para el trabajo que contara con una profesional con el perfil para ser “nurse champion” (Ver Anejo C). Esto último llevó a trasladar el escenario del trabajo de la Unidad de Intermedio de Neurocirugía a MICU.

Perspectiva del Interlocutor de la Comunicación

Este trabajo partió de la necesidad principal de dos partes interesadas: los pacientes recluidos en MICU con dificultad para comunicarse y el personal de enfermería que interactúa con ellos diariamente. Sin embargo, por la naturaleza de lo que se buscó recopilar y para propósitos de la intervención, se obtuvieron datos cualitativos sobre la perspectiva de los enfermeros en cuanto a su conocimiento, interés, barreras y necesidades para la comunicación efectiva con los pacientes. Se buscó que los entrevistados enumeraran las estrategias de CAA que más usan y que evaluaran cuán efectiva entienden que son para la comunicación con pacientes dificultados para hablar (Ver Anejo D).

Una de las preguntas de las entrevistas se enfocó en obtener información sobre cómo las y los enfermeros de MICU califican su conocimiento sobre CAA antes del adiestramiento. La meta al obtener esta información inicial es que luego de ofrecer el adiestramiento, en una tercera fase, se pueda medir cómo califican su conocimiento sobre CAA para obtener lo que sería el equivalente a una medida de resultado reportada por paciente [Patient Reported Outcome Measures (PROMs, por sus siglas en inglés)], en este caso, con las enfermeras como pacientes y el adiestramiento como tratamiento.

Contexto

El trabajo se realizó en MICU. Luego de identificar el problema, evaluar la evidencia científica y definir -con el apoyo de las expertas profesionales- la ruta a seguir, se preparó una guía de 18 preguntas para utilizarla en entrevistas de 10-15 minutos con enfermeros de MICU (Ver Anejo D). Igualmente, se preparó una guía de observación (Ver Anejo E). Se reclutó a una “nurse champion”, la enfermera especialista en cuidado crítico Aida Benítez, quien apoyó en la identificación de otros dos enfermeros para ser entrevistados.

Una vez recopilados y analizados los datos, se procedió a preparar una guía para adiestramiento, cuyo contenido fue discutido con la doctora Vélez para validación y recomendaciones (Ver Anejo F).

La Recopilación de la Información

La recopilación de la información inició luego de que las expertas profesionales evaluaron y realizaron comentarios a la estructura del cuestionario para las entrevistas y observación (G. Vélez, comunicación personal, 8 de marzo de 2024; T. Altschuler, comunicación personal, 18 de marzo de 2024). Un esfuerzo final, previo a la preparación de la versión final del cuestionario para entrevista, incluyó una consulta con la doctora Josmarie Ortiz, directora del Programa de Bachillerato en Enfermería de la Escuela de Enfermería del Recinto de Ciencias Médicas, para auscultar si existe un curso que atienda el tema de la comunicación con pacientes en unidades de cuidado crítico. La doctora Ortiz indicó que como parte del curso de ENFE 4116 se utiliza un módulo instruccional donde se atiende el subtema de comunicación con pacientes que tienen necesidades especiales, pero no en el escenario hospitalario (J. Ortiz, comunicación personal, 23 de febrero de 2024).

El miércoles, 13 de marzo de 2024 se realizó una entrevista inicial con la enfermera Benítez y se tramitaron permisos con la supervisora de enfermería en MICU, quien aportó en la coordinación de las fechas para las entrevistas. Esa misma semana, se envió una carta para que fuera entregada a los enfermeros que serían entrevistados. La carta incluyó una descripción del proyecto y las preguntas de la entrevista (Ver Anejo G).

Las entrevistas se realizaron de manera presencial en una oficina de la unidad el martes, 19 de marzo. Se entrevistaron tres profesionales de la unidad distribuidos en cada uno de los tres turnos (7:00 a.m. a 3:00 p.m. | 3:00 p.m. a 11:00 p.m. | 11:00 p.m. a 7:00 a.m.). Dos de las entrevistas se completaron entre las 2:30 p.m. y las 3:30 p.m., cuando la primera enfermera concluía su turno y la segunda entraba al suyo, y una tercera se realizó al inicio del turno de las 11:00 p.m. Para las tres entrevistas, se siguió la guía desarrollada previamente y validada con las expertas profesionales que contenía preguntas de selección limitada, selección múltiple y respuestas abiertas. Se utilizó la herramienta Forms, de Microsoft, para que la entrevistadora documentara las respuestas en tiempo real.

Tres semanas después, el 10 de abril de 2024, se realizó observación en la unidad durante un periodo de 2.5 horas en el turno diurno junto a la enfermera Benítez. La información fue documentada de manera narrativa en un documento en Word, siguiendo la guía de observación elaborada previamente.

Con la información recopilada durante entrevistas y observación al personal de enfermería, sumada a la evidencia científica y mi experiencia clínica junto con el *expertise* de las especialistas, se desarrolló una guía de adiestramiento fundamentada en el modelo de la práctica basada en evidencia.

Resultados y Conclusiones

Entrevistas con el Personal de Enfermería

Los tres enfermeros entrevistados indicaron que interactúan a diario con pacientes con dificultad para hablar. Aunque reconocieron desconocer sobre CAA y respondieron que durante su preparación académica no recibieron formación en comunicación con pacientes imposibilitados de hablar, en su trabajo diario utilizan técnicas no asistidas de comunicación alternativa (Ver Anejo H). Las técnicas de CAA que los tres entrevistados mencionaron como las más que utilizan incluyen mímicas, gestos y pizarra o libreta. Dos de los entrevistados indicaron que también usan un código preacordado y lenguaje de señas (ver Figura 1). Aunque consideraron que su forma de comunicarse es efectiva, dos de los enfermeros reconocieron dificultades para que los pacientes puedan expresar necesidades específicas, como deseos, pensamientos y preocupaciones. Al compartir alguna anécdota sobre manejo de la comunicación con pacientes que no pueden hablar, expresaron que sienten frustración y que en algunos casos sus esfuerzos no han sido efectivos. “Me frustro cuando no logro conseguir esa comunicación efectiva, trato, busco compañeros y preocupa porque no sé lo que quiere decirme o qué quiere expresarme, qué necesidad tienen en el momento”. (Ver Anejo H)

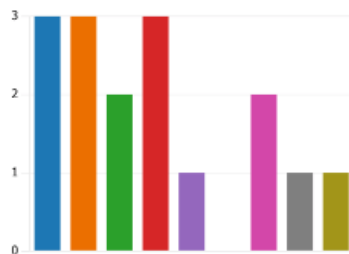
Figura 1

Formas de comunicación con pacientes con dificultad para hablar en MICU

4. Seleccione la forma o formas en que se comunica con pacientes con dificultad para hablar

[More Details](#)

● Gestos del paciente	3
● Mímicas de palabras	3
● Código acordado (ejemplo: apri...	2
● Pizarra o libreta	3
● Tablero con letras	1
● Tablero con palabras	0
● Lenguaje de señas	2
● Aparatos electrónicos	1
● Other	1



Entre las principales barreras para el uso de CAA en MICU, los entrevistados mencionaron la falta de entrenamiento y acceso a herramientas, así como la naturaleza del escenario clínico, donde en muchas ocasiones tienen poco tiempo para reaccionar o atender al paciente y donde algunos equipos de comunicación de alta tecnología pudieran competir con aparatos médicos para preservar la vida. Una de las entrevistadas compartió que no todo el personal de enfermería atiende la comunicación con el mismo nivel de prioridad.

Durante las entrevistas, surgió la barrera del idioma como una dificultad adicional para la comunicación con pacientes en MICU. Una de las enfermeras recordó una situación con un paciente que no hablaba español ni inglés. En ese caso, recurrieron a las señas y gestos. “Él estaba agradecido porque veía el esfuerzo de todos los que intentábamos comunicarnos con él. Nos llevábamos mucho por las expresiones faciales. Se frustraba”. (Ver Anejo H).

Observación en MICU

Las experiencias de los enfermeros coincidieron con lo observado posteriormente en la unidad. En ese momento, de los ocho pacientes, siete tenían dificultad para hablar (5 en ventilador y 2 con traqueotomía sin válvula para el habla). Entre los enfermeros, médicos y otros especialistas que interactuaron en MICU, se observaron pocos o ningún esfuerzo de comunicación con pacientes intubados que parecían dormidos o sedados. La mayor cantidad de interacciones de comunicación de parte de enfermeros y médicos se concentraron en los dos pacientes con traqueotomía, quienes se expresaron mediante gestos y mímicas. Llamó la atención la visita de un técnico de radiología, quien entró y realizó un estudio a una de las pacientes que se encontraba alerta y comunicativa y en ningún momento se comunicó con ella. (Ver Anejo I). Lo observado coincidió con una anécdota reportada por una de las enfermeras entrevistadas sobre un paciente al que se le acercó y presentó tan pronto lo recibió en la unidad, a pesar de que

por su posición y estado daba la impresión de que no estaba alerta. Semanas después, cuando el paciente finalmente pudo expresarse, le indicó que esa instancia de comunicación fue la primera ocasión en que uno de los especialistas que lo atendió en el hospital le habló (Ver Anejo H). Algunas de las interacciones observadas con pacientes con traqueotomía coincidieron con literatura que establece que los tópicos de conversación por parte de los pacientes no siempre están relacionados con asuntos sobre su tratamiento (Garrett et al., 2007).

Luego de las entrevistas y observaciones, se analizaron los datos y se revisó la evidencia científica seleccionada, junto con el insumo de las expertas y referencias adicionales sobre el uso de CAA en el escenario hospitalario para elaborar una Guía de Presentación (Ver Anejo J) que contiene recomendaciones, la estructura y el contenido para proveer el adiestramiento al personal de enfermería de MICU. La guía fue discutida durante una reunión presencial con la doctora Vélez, durante la cual se hicieron ajustes e incorporaron recomendaciones (Ver Anejo F).

Recomendaciones

Una de las principales lecciones obtenidas con este trabajo es que la falta de servicios y herramientas estructuradas para comunicarse con pacientes con dificultad para hablar recluidos en unidades de cuidado intensivo es un problema global. Si bien existe poca evidencia sobre qué estrategias específicas son las adecuadas, cada vez más profesionales se preocupan por estudiar y atender estas dificultades (Happ, 2021). El personal de enfermería que atiende a pacientes en estado crítico está interesado en aprender y mejorar la comunicación con los pacientes. Sin embargo, enfrentan barreras como falta de educación, de acceso a herramientas, de apoyo institucional y tiempo para lograrlo (Murray y Hopf, 2022; Happ, 2021; Santiago et al., 2021; Istanbulian, 2020). Esta realidad documentada por la evidencia científica se asemeja a lo reportado por el personal de enfermería de MICU (Ver Anejo H). En el caso del Hospital

Universitario de Adultos, como barreras, se añaden el hecho de que, actualmente, la institución solo cuenta con una patóloga del habla y lenguaje (PHL) a tiempo parcial dirigida a atender principalmente el área de alimentación y tragado y no tiene una PHL enfocada en servicios de CAA y la poca prioridad que otros profesionales que interactúan con los pacientes le dan a la comunicación.

Por la estructura de este proyecto en tres fases de las cuales se completaron las primeras dos, la primera recomendación sería completar la fase 3 que consiste en proveer el adiestramiento diseñado para realizarse en modalidad presencial. Para ello, se recomienda identificar a un PHL con conocimiento en CAA y en el escenario clínico hospitalario.

Otra de las recomendaciones que se estableció desde el principio es medir la efectividad del adiestramiento al comparar el conocimiento que el personal de enfermería reportó durante las entrevistas iniciales y el que informa una vez concluido el adiestramiento (T. Altschuler, comunicación personal, 21 de febrero de 2021).

Luego de analizar los resultados, escuchar recomendaciones adicionales de la audiencia e incorporarlas, el adiestramiento se pudiera trasladar a otras unidades de intensivo dentro del Hospital Universitario y otros hospitales en Puerto Rico. Igualmente, consideraría ofrecerlo a manera de seminario a estudiantes de la Escuela de Enfermería del Recinto de Ciencias Médicas y otras instituciones académicas (G. Vélez, comunicación personal, 3 de mayo de 2024).

Para trabajos o proyectos Capstone futuros, recomendaría desarrollar ejercicios similares enfocados en los administradores de las instituciones hospitalarias del país y en otros profesionales que intervienen a diario con pacientes recluidos en estas unidades, como médicos, técnicos de terapia respiratoria y radiología, entre otros.

A la par con los ejercicios de adiestramiento, se deben desarrollar esfuerzos para abogar por que más instituciones hospitalarias del país contraten PHL que se enfoquen en atender la CAA y desarrollen propuestas dirigidas a allegar recursos económicos y tecnología para el uso de estas herramientas.

Igualmente, la academia puede desarrollar alianzas para que los clínicos en formación trabajen el tema de la comunicación con pacientes hospitalizados de manera interprofesional desde temprano en sus carreras. Esto incluye colaborar en la incorporación de temas a las estructuras de los cursos, apoyar en la creación de programas académicos y de educación continua y desarrollar guías prácticas para el adiestramiento e implementación de estas técnicas y servicios en las unidades hospitalarias donde no las hay.

El uso del modelo de la Práctica Basada en Evidencia para este trabajo me permitió desarrollar un adiestramiento fundamentado en las necesidades de comunicación de los pacientes recluidos en unidades de cuidado intensivo con dificultades para hablar que identifiqué como parte de mi práctica clínica, tomando en consideración las destrezas y herramientas que poseen sus principales interlocutores en este escenario clínico. La justificación hacia este acercamiento, así como la estrategia para recopilar información cualitativa sobre la perspectiva del personal de enfermería y la definición del formato y contenido para el taller se complementaron con la información obtenida de la evidencia científica, de la opinión de las expertas profesionales y de mi propia perspectiva como clínica en formación. Todo lo anterior permite, a mi juicio, que el personal que reciba el adiestramiento obtenga herramientas completas, bien fundamentadas y justificadas y que –según evidencia externa- han ofrecido resultados positivos hacia la efectividad de la comunicación entre pacientes y enfermeros en este escenario clínico.

Anejo A

Notas de primera reunión con Dra. Gloria Vélez

14 de febrero de 2024

Asesora: Dra. Gloria Vélez Barrios

Hora: 1:00 p.m.

Modalidad: presencial

- La estudiante presentó su propuesta
- La Dra. Vélez presenta contrapropuesta. Fijarme como meta desarrollar un adiestramiento para enfermeras de la unidad. Ese adiestramiento debe contener el contenido y, como parte del contenido, debe concluir con el desarrollo o preparación de un kit de herramientas de CAA.
- A largo plazo, recomendación para instituciones académicas.
- Para seleccionar la muestra, considerar cuántos turnos hay al día y cuánto personal tiene cada turno para entrevistar por lo menos a alguien de cada turno.
- Considerar cuestionario semi estructurado
- Preguntas que debería considerar:
 - o Cuántos pacientes con dificultad para hablar atienden (diaria, semanalmente, mensualmente)
 - o Cómo se comunican con los que no hablan
 - o Cuán efectiva entiendes que es tu forma de comunicarte con pacientes que no pueden hablar (estala 1-15 o escala muy, bastante, regular...)
 - o Conoce de CAA
 - o Qué conoces
 - o Cuáles usas (presentar un grupo de equipos de alta y baja tecnología)
 - o Cuáles conoces pero no usas
 - o Sabes cómo fabricar alguno de estos equipos
 - o Te gustaría ser adiestrado
 - o Con cuánto tiempo al día crees que cuentas para esto
- Mirar cómo los pacientes llaman a la enfermera
- Kit de comunicación
 - o Board con cuerpo humano
 - o Alfabeto
 - o Imágenes
- Contactar a la Dra. Deborah Silva, decana de la Escuela de Enfermería
- Considerar contactar colegio
- Buscar revista de ISAAC

TAREAS:

- Contactar al equipo de enfermería
- Revisar la literatura
- Desarrollas borrador de cuestionario
- Reunión con Tami Artschuler

Anejo B

Notas de reunión con Lcda. Tami Altschuler

21 de febrero de 2024

Asesora: Tami Artschuler

Hora: 1:00 p.m.

Modalidad: virtual

- La estudiante y la asesora se conocieron
- La estudiante presentó su propuesta
- La doctora recomendó tres puntos principales
 - o Identificar una nurse champion
 - o Preguntar los verdaderos retos que enfrentan con pacientes que tienen problemas para hablar
 - La doctora compartirá un cuestionario interno que realizan a enfermeras en su hospital
 - o Identificar como parte del proceso y del adiestramiento quién va a velar por que se mantenga el esfuerzo y el tool kit
- Tool kit debe incluir
 - o Communication board
 - o Alphabet board
 - o Picture communication board
 - o Dry erase
 - o Clip boards
 - o Big Mac (switch sencillo)
 - o Electronic como eye gaze?
- Visitar site de patientprovidercommunication.org
 - o Recursos
 - o Plantillas
 - o Están en formato power point que se puede editar e incorporar a devices
 - o Atrás tiene las instrucciones para el partner de comunicación

TAREAS:

- La doctora compartirá
 - o Cuestionario
 - o Presentación de ASHA sobre el tema

PERSPECTIVA PROFESIONAL:

Altschuler, T. (n.d.). AAC for Patients in Critical and Acute Care Settings [Power Point Presentation]. *American Speech-Language-Hearing Association, Online Conference Session.*

Anejo C

Notas de reunion con Lcda. Natalia Sánchez

14 de febrero de 2024

Asesora: Lic. Natalia Sánchez

Hora: 2:30 p.m.

Modalidad: presencial

- La estudiante presentó su propuesta
- La licenciada Sánchez se registró en taller de educación continua con la profesora Lynnette Aponte, quien ofrecería un curso de educación continua voluntario a enfermeras como parte de proyecto de desarrollo profesional
- Cantidad de camas en neurointensivo: 15
- Cantidad de camas en intensivo médico quirúrgico: 9 camas
- La licenciada Sánchez mencionó que la supervisora de enfermeros en MICU presenta mucho interés en el tema, que considere trabajar con esa unidad inicialmente.

TAREAS:

- Corroborar si pudiera asistir a educación continua. De lo contrario, contactar a recurso.
- Considerar MICU como espacio
- Definir el cuestionario
- Definir fecha para ir con la licenciada Sánchez a que me presente a las enfermeras
- Debo hacer una carta?

Anejo D

Preguntas para entrevistas

- ¿Con cuánta frecuencia atiende pacientes con dificultad para hablar?
Todos los días, 2-3 veces en semana, 1 vez en semana, 1 vez al mes, menos de una vez al mes, nunca
- ¿Entiende que cuenta con la educación/conocimiento y herramientas necesarias para comunicarse con pacientes con problemas para hablar?
Sí, No, No estoy seguro
- Seleccione la forma o formas en que se comunica con pacientes con dificultad para hablar. Gestos del paciente, Mímicas de palabras, Código acordado (ejemplo: apriéteme la mano para sí o cierre los ojos para sí y mire hacia al lado para no), Pizarra o libreta, Tablero con letras, Tablero con palabras, Lenguaje de señas, Aparatos electrónicos, Otro (especifique)
- (PREGUNTA DE SEGUIMIENTO) ¿Por qué utiliza esas estrategias?
- (PREGUNTA DE SEGUIMIENTO) Al utilizarlas, ¿provee algún tipo de al paciente?
- ¿Los pacientes con dificultad para hablar pueden expresar necesidades específicas, como deseos, pensamientos y preocupaciones, así como interactuar con sus familiares?
La mayor parte del tiempo, a veces, rara vez, nunca
- (PREGUNTA PARA MEDIR PROMs EN POTENCIAL FASE 3) ¿Cuán efectiva entiende que es su forma de comunicarse con pacientes que no pueden hablar?
Muy efectiva, Efectiva, Parcialmente efectiva, Parcialmente inefectiva, Inefectiva
- ¿Qué para usted es Comunicación Aumentativa y Alternativa?
- Como parte de sus estudios, ¿recibió educación en CAA?
Sí, No, No recuerdo
- ¿Ha recibido información sobre CAA como parte de un curso de educación continua o mediante adiestramiento en la institución?
Sí, No, No recuerdo
- ¿Ha visto tecnología u opciones de CAA como parte de alguna orientación o en su trabajo?
- ¿Ha utilizado CAA en la institución?
Sí, No, No recuerdo
- (SEGUIMIENTO SÍ) ¿Por qué dejó de hacerlo?

- (SEGUIMIENTO NO) ¿Por qué no lo usa?
- ¿Cuál entiende usted que son los factores que impiden su uso en MICU?
- ¿Le gustaría recibir orientación/adiestramiento sobre uso de CAA?
Sí, No, No estoy seguro
- ¿Con cuánto tiempo al día crees que cuentas para esto?
- (DEPENDEN DE CUÁN RESPONSIVO ESTÉ) ¿Podría compartir alguna anécdota de un reto que haya vivido con un paciente que no podía comunicarse verbalmente y cómo lo resolvió?

Anejo E

Guía para observación

Fecha, Hora, Lugar

Cantidad de enfermeras

Cantidad de pacientes

Cantidad de pacientes con ventilación asistida o traqueostomía

Cantidad de pacientes que se pueden comunicar verbalmente

Cantidad de tiempo promedio que pasa el enfermero junto al paciente

Estrategias de comunicación observada entre enfermeros y pacientes que no pueden hablar.

Herramientas de comunicación, si algunas, utilizadas con pacientes que no pueden hablar.

Anejo F

Notas de segunda reunión con Dra. Gloria Vélez

3 de mayo de 2024

Asesora: Dra. Gloria Vélez Barrios

Hora: 10:00 a.m.

Modalidad: presencial

- La estudiante presentó a la asesora la estructura y contenido del adiestramiento
- La doctora Vélez hizo recomendaciones que se incorporaron al momento al documento.
- Se revisó la cantidad de ejercicios y dinámicas
- Se corroboraron las herramientas de CAA que se presentarán a los enfermeros y se harán disponibles para la preparación de un kit de comunicación
- Se revisó el tiempo dedicado a cada pieza de contenido y validó la duración total del adiestramiento
- La doctora Vélez ofreció recomendaciones sobre cómo recopilar y guardar el contenido del adiestramiento, con las notas a los posibles conferenciantes para dejarlo como base para la fase 3 del proyecto.
- La asesora recomendó llevar el adiestramiento a otras unidades de intensivo en la institución, así como a escuelas de enfermería y personal de enfermería en centros de cuidado de ancianos.

Anejo G

Carta a personal de enfermería

14 de marzo de 2024

Saludos. Mi nombre es Patricia Rivera Meléndez. Soy estudiante del Programa de Maestría en Patología del Habla y Lenguaje en el Recinto de Ciencias Médicas, y como parte de mi formación, debo completar un proyecto Capstone que me permita integrar el conocimiento y destrezas de los cursos del programa con el modelo de práctica basada en evidencia.

Realicé parte de mi práctica supervisada el pasado semestre en el Hospital Universitario de Adultos junto con la licenciada Natalia Sánchez, patóloga del habla y lenguaje. Durante mi práctica en el hospital, nació en mí especial interés por explorar estrategias y mecanismos para la comunicación con pacientes que tienen dificultad para hablar. Luego de un proceso de búsqueda de evidencia, sumado a mis observaciones, experiencias previas y el expertise de la licenciada Sánchez, junto con la asesoría de dos especialistas en Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA) determiné que una de las piezas vitales en la comunicación de un paciente imposibilitado de hablar es el personal de enfermería, pues son ustedes quienes trabajan a diario con los pacientes y atienden la mayoría de sus necesidades básicas. A partir de esto, diseñé un trabajo mediante el cual buscamos obtener datos cualitativos sobre el conocimiento, interés, barreras y necesidades que ustedes enfrentan a diario a la hora de usar herramientas de comunicación con pacientes imposibilitados de hablar. La meta, a largo plazo, sería diseñar la estructura y contenido de un taller con el personal de enfermería en el cual sean ustedes mismos quienes definan y diseñen herramientas o estrategias para el uso de sistemas de CAA en su unidad.

Para obtener la información, diseñé un cuestionario de 12-15 preguntas que responderían mediante entrevistas presenciales de 15 minutos. La señora Caroly Rosario me ofreció autorización para entrevistarles en la Unidad de Intensivo Médico Quirúrgico el próximo martes, 19 de marzo entre 2:30 p.m. y 3:30 p.m. (a dos compañeras del turno diurno y nocturno), y a las 11:00 p.m. (al compañero de guardia). Para agilizar el proceso y no tomarles mucho tiempo, les adelanto la mayoría de las preguntas que forman parte de esa entrevista.

Cualquier duda, pueden comunicarse conmigo. Les agradezco su disposición, ayuda y apoyo.

Agradecida y con la mejor disposición de apoyarles,



Patricia Rivera Meléndez

Estudiante de maestría

Programa de Patología del Habla y Lenguaje

Escuela de Profesiones de la Salud

email: patricia.rivera28@upr.edu

1. ¿Con cuánta frecuencia atiende pacientes con dificultad para hablar?

Todos los días, 2-3 veces en semana, 1 vez en semana, 1 vez al mes, menos de una vez al mes, nunca

2. ¿Entiende que cuenta con la educación/conocimiento y herramientas necesarias para comunicarse con pacientes con problemas para hablar?

Sí, No, No estoy seguro

3. Seleccione la forma o formas en que se comunica con pacientes con dificultad para hablar.

Gestos del paciente Mímicas de palabras Código acordado (ejemplo: apriéteme la mano para sí o cierre los ojos para sí y mire hacia el lado para no) Pizarra o libreta Tablero con letras Tablero con palabras Lenguaje de señas Aparatos electrónicos Otro

4. ¿Los pacientes con dificultad para hablar pueden expresar sus necesidades, deseos, pensamientos y preocupaciones de manera efectiva?

La mayor parte del tiempo, a veces, rara vez, nunca

5. ¿Cuán efectiva entiende que es su forma de comunicarse con pacientes que no pueden hablar?

Muy efectiva, Efectiva, Parcialmente efectiva, Parcialmente inefectiva, Inefectiva

6. ¿Qué para usted es Comunicación Aumentativa y Alternativa?

7. Como parte de sus estudios, ¿recibió educación en CAA?

Sí, No, No recuerdo

8. ¿Ha recibido información sobre CAA como parte de un curso de educación continua o mediante adiestramiento en la institución?

Sí, No, No recuerdo

9. ¿Ha visto tecnología u opciones de CAA como parte de alguna orientación o en su trabajo?

10. ¿Ha utilizado CAA en la institución?

Sí, No, No recuerdo

11. ¿Cuál entiende usted que son los factores que impiden su uso en MICU?

12. ¿Pudiera compartir alguna anécdota de un reto que haya vivido con un paciente que no podía comunicarse verbalmente y cómo lo resolvió?

Anejo H

Respuestas entrevistas

ID	Start time	Completion time	Email	Name	¿Con cuánta frecuencia atiende pacientes con dificultad para hablar?	¿Entiende que cuenta con la educación/comodidad y herramientas necesarias para comunicarse con pacientes con problemas para hablar?	¿Por qué?	¿Por qué utiliza esas estrategias?	Al utilizarlas, ¿qué instrucciones le da al paciente?	¿Los pacientes con dificultad para hablar pueden expresar necesidades específicas, como deseos, preocupaciones, así como interactuar con sus familiares?	¿Cuán efectiva entiende que es su forma de comunicarse con pacientes que no pueden hablar?
1	3/19/24 14:50:50	3/19/24 15:22:42	anonymous		Todos los días	Sí	<p>Gestos del paciente: Mímicas de palabras: Pizarra o libreta; Tablero con letras; Lenguaje de señas; Aparatos electrónicos; Tablero de abbot, azul.</p> <p>A veces me pongo el estetoscopio o si tienen traqueo y no los entiendo y se escucho. Cuando ya no entiendo y el paciente está desesperado aplico lo que tenga accesible. Casi siempre trato de leer los labios porque casi siempre lo pego.</p>	<p>A veces</p> <p>A veces</p>	<p>La mayoría parte del tiempo</p> <p>A veces</p>	<p>Efectiva</p>	
2	3/19/24 15:22:50	3/19/24 15:51:35	anonymous		Todos los días	No estoy seguro	<p>Las expresiones mayormente las usamos para manejo de dolor. Un paciente me quiere decir que tiene dolor lo sabemos por el pulso y por su expresión facial, les hacemos preguntas y ahí ellos nos afirman. Cierra los ojos una vez para sí, dos veces para no.</p> <p>Voy de abajo hacia arriba. Le pregunto: Por condiciones del paciente, a nivel muscular está tan débil y tan desgastado que me mueve los ojos, y voy preguntando si, no y voy por partes del cuerpo. Voy descartando por default hasta que logro dar con el punto del cuerpo o con lo que quiere me apríeteme la mano para sí o cierre los ojos para sí y mire hacia al lado para no; Pizarra o libreta; Lenguaje de señas;</p>	<p>Cojocamos un clipboard, nos dejamos llevar por lo que escriben porque muchos lo hacen con dificultad o les comentamos señala.</p>	<p>La mayor parte del tiempo</p> <p>Parcialmente efectiva</p>	<p>Parcialmente efectiva</p>	
3	3/19/24 22:51:56	3/19/24 23:20:04	anonymous		Todos los días	Sí	<p>Gestos del paciente: Mímicas de palabras; Código acordado (ejemplo: apríeteme la mano para sí o cierre los ojos para sí y mire hacia al lado para no); Pizarra o libreta;</p>	<p>Voy diciéndole y él me va diciendo, asintiendo con cabeza, con mímica, con la mirada, a veces me abre los ojos. Pezajita si no, me miran. Apríeteme la mano, me escuchaste, apríeteme la mano si me escuchas.</p>	<p>Rara vez</p>	<p>Efectiva</p>	

¿Qué para usted es Comunicación Aumentativa y Alternativa?	¿Ha recibido información sobre CAA como parte de un curso de educación continua o mediante adiestramiento en la institución?	¿Ha visto tecnología u opciones de CAA como parte de alguna orientación o en su trabajo?	¿Ha utilizado CAA en la institución?	¿Por qué dejó de hacerlo?	¿Cuál entiende usted que son los factores que impiden su uso en MICH?	¿Le gustaría recibir orientación/adiestramiento sobre uso de CAA?	¿Con cuánto tiempo al día crees que cuentas para esto?	¿Podría compartir alguna anécdota de un reto que haya vivido con un paciente que no podía comunicarse verbalmente y cómo lo resolvió?
No conozco	No	Sí	Sí	NA	Es un área que todavía se tiene que trabajar. Los de Abbot se dañaron, se agotaron baterías, no tenían más. El tiempo, es otra generación. No puedo hacer otra cosa que hacer mi trabajo bien. Hay una forma de hacer las cosas y es bien. A veces se me molestan.	Sí	Es algo que se puede acordar.	El más reciente un paciente con traqueo y un bypass de arteriovenosa por tumor en boca y no podía hablar, pero estaba tieso. De solamente mirarlo, sabía que le pasaba algo. Cuando me acerqué y me presenté como parte del protocolo para ver contacto visual. En ese momento, veo por su no verbal que está muy rígido. Después de la extubación ese mismo día por labiolectura me dijo que fui la primera persona que le habló después de tanto tiempo y tantos médicos. Es verdad que toma tiempo y que hay muchas prioridades. Durante el Covid tuvieron un proyecto de comunicación pacientes-familiares por Facetime, a través de una gestión del RCM. Una paciente con covid embarazada, con condición genética, estubo aquí dos meses y medio dio a luz aquí, eran de lejos y lograron la comunicación. Escuchar la familia, eso ayuda. Pudo recuperarse, incluyendo el proceso religioso. Una paciente con dificultad de movilidad, no se sabía qué era. Siempre les hablo y les describo. Una vez le digo si tú me escuchas abrellos ojos o hazme entender que me entiendes. Mueve los ojos para ese lado. Una compañera me acompaña y percibe lo mismo. Se lo dije al dr y me dijo que paciente tenía condición que le impedía comunicarse, la familia le hablaba, le ponían audífonos de sus hijos. Luego salió botulismo y la paciente salió para piso volvió a ver a su bebé. Desarrolló relación especial con las enfermeras de la unidad.
NA	No	Sí	Sí	NA	En cuestión de tecnología, hay un tema de accesibilidad a la conexión electrónica por la cantidad de equipos. Necesitamos educarnos, es importante porque aquí hay pacientes extranjeros, muchos no dominamos el inglés o no lo entendemos u ahí surge una barrera... Nos llegan pacientes que fueron intubados en otra unidad que son sordos o usan audífonos. Nos enteramos por las familias.	Sí	El que me provean como parte de mi turno porque no podía decir. Mi apellido, tocaba el botón. Era una paso mucho tiempo aquí. dificultad del idioma.	Tuvimos una situación con un paciente que no hablaba inglés así que nos fuimos con señales. No fue tan efectivo porque no todo el tiempo lo entendimos más era una persona sin hogar. Lo intentamos. Él estaba agradecido porque veía el esfuerzo de todos los que intentábamos comunicarnos con él. Nos llevábamos mucho por las expresiones faciales. Se frustraba porque no podía decir. Mi apellido, tocaba el botón. Era una dificultad del idioma.
NA	No	No	Sí	NA	Necesidad de herramientas y el tiempo, como s un intensivo a veces estoy interviniendo con un paciente, tiran clave al lado, el tipo de unidad.	Sí	Por mi horario durante mis turnos o saliendo del turno dejar material escrito.	Me frustró cuando no logro conseguir esa comunicación efectiva, trato, busco compañeros y preocupa porque no sé lo que quiere decirme o qué quiere expresarme que necesidad tienen en el momento, pero con mis métodos no logro la meta de comunicación efectiva.
NA	No	No	Sí	NA	El abecedario por movilidad del paciente porque a veces no puede comunicarme.	Sí	NA	NA

Anejo I

Notas de observación en MICU

Fecha: miércoles, 10 de abril de 2024

Horario: 12:30 p.m. a 3:00 p.m.

Cantidad de camas ocupadas: 8

Cantidad de enfermerxs durante el turno: 9 (1 supervisora, 1 líder, 1 cabecera, 1 especialista en cuidado crítico y 5 de pacientes).

Cantidad de pacientes con ventilador: 5

Cantidad de pacientes con traqueo sin válvula: 2

Pacientes con dificultad para hablar: 7

Resumen de observaciones:

Paciente 1: Sedada y dormida, con ventilador mecánico. Hija y enfermera le hablan. La paciente realiza movimientos que hacen parecer que está reaccionando o respondiendo a alguna respuesta. La hija le expresa a la enfermera que el día anterior le pareció que su mamá la escuchó porque gesticuló como cuando ella le hablaba. MD plantea que la paciente no tiene ningún tipo de respuesta. Enfermera la invita a mantenerse hablándole y a identificar el tipo de música que le pudiera agradar.

Paciente 2: Paciente sedado y dormido conectado a ventilación. Su familia lo visita. Esposa le habla, pero paciente parece no tener respuesta. Enfermera indica que se le ha puesto música que los familiares reportaron que es de su agrado en busca de algún tipo de reacción. Entienden que hoy estuvo produciendo algún tipo de respuesta.

Paciente 3: Paciente alerta, con traqueostomía. Lleva 101 días hospitalizado. Al momento, se comunica por gestos y susurros. Luego de varias complicaciones, hace unos días el paciente preguntó por uno de sus hijos. Además, expresó a enfermeras que quiere que los médicos le expliquen su tratamiento, pues no le hablan, y que desea que le den alimentación oral. En una ocasión, reclamó que los doctores no le hablan. Durante breve visita, el paciente expresa con gestos que está bien, que sus hijos vinieron antier.

Paciente 4: Paciente alerta, con traqueostomía. Se comunica por expresiones faciales exageradas, gestos y movimiento de articuladores. Al visitarla, muestra susto. Comienza a solicitar agua y expresa que tiene los labios reseca. Se le informa que se le va mover a una silla, pide que sea suave. Con calma, gesticula. Se completa el traslado, se le dice que informarán a su cirujano, sonrío, hace gesto de que está bien y pide agua. Luego, supervisora pasa, se detiene frente a su cama, la ve durmiendo y la llama. Estás bien? A lo que ella responde con un gesto. Más tarde, la visita un técnico de radiología para una radiografía. El especialista entra con el equipo, mueve a la paciente, le coloca la pieza para la placa, hace la placa y se va, sin dirigirle la palabra.

Otras observaciones: Como parte de la documentación del turno, existe una tabla en la que se documenta el nivel de alerta de los pacientes, sus respuestas sensoriales a estímulos y seguimiento de mandatos verbales. En el récord médico, existe un renglón dentro de la documentación de enfermería para "inability to communicate", en el que se anotan asuntos específicos relacionados con observaciones sobre la comunicación. Sin embargo, suele utilizarse muy poco y no existe un documento formal donde se documenten de manera consistente las gestiones que se hacen para comunicarse con el paciente y sus respuestas, incluyendo miedos, preocupaciones, deseos y dudas.

Anejo J

Guía para adiestramiento

**Adiestramiento en Comunicación Aumentativa y Alternativa para Equipo de Enfermería
de la Unidad de Intensivo Médico Quirúrgico del Hospital Universitario: guía de
presentación**

Patricia Rivera Meléndez

Programa de Maestría en Patología del Habla-Lenguaje, Recinto de Ciencias Médicas de la
Universidad de Puerto Rico

3 de mayo de 2024

Contenido

Introducción	3
Agradecimientos	4
Estructura del adiestramiento	5
Guía para presentación	6
Enlace para descargar presentación	17
Recomendaciones adicionales	17
Referencias	18

Introducción

Esta guía se desarrolló como parte de un proyecto Capstone del curso PHAL 6420 del Programa de Maestría en Patología del Habla-Lenguaje, Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, bajo la supervisión de la doctora Edna Carlo.

El proyecto se tituló **Estrategias de Comunicación con Pacientes Recluidos en una Unidad de Intensivo Médico Quirúrgico: Adiestramiento para Enfermeros a Partir de sus Destrezas y Necesidades** y consistió en auscultar cuáles son las principales barreras y facilitadores para el uso de comunicación aumentativa y alternativa entre enfermeros y pacientes recluidos en la Unidad de Intensivo Médico Quirúrgico (MICU) del Hospital Universitario de Adultos que no pueden hablar con vías a diseñar un adiestramiento para estos especialistas que les permita desarrollar un kit de comunicación viable y duradero. El trabajo se dividió en tres fases (1. identificación y recopilación de necesidades, 2. desarrollo de adiestramiento, 3. provisión de adiestramiento y desarrollo de herramientas). Para propósitos del Capstone, se completaron las primeras dos fases, con el desarrollo de esta guía, la cual se deja en manos de la comunidad profesional para su posterior presentación (fase 3).

Para elaborar la guía, la estudiante Patricia Rivera Meléndez identificó un problema, desarrolló una pregunta PICO, estudió la evidencia disponible, la valoró, entrevistó a personal de enfermería y, con la asesoría de tres expertas profesionales, elaboró el contenido del adiestramiento utilizando el modelo de la práctica basada en evidencia.

Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin las personas que lo inspiraron: los pacientes con dificultad para hablar recluidos en unidades de cuidado intensivo en hospitales de Puerto Rico, así como las enfermeras y enfermeros que trabajan con ellos, particularmente, la enfermera especialista en cuidado crítico de MICU Aida Benítez.

En segundo lugar, debo agradecer a la doctora y profesora del programa Gloria Vélez por la pasión y compromiso con la que nos introdujo al mundo de la Comunicación Aumentativa y Alternativa y por su desprendimiento a la hora de separar tiempo para asesorarme en el proceso y compartir recursos y contactos. Entre esos contactos, estuvo la licenciada Tami Altschuler, especialista en CAA y quien –con igual pasión sobre el tema y ante la posibilidad de apoyar a una estudiante buscando soluciones similares a las que trabaja diariamente en el NYU Langone Medical Center- no dudó en compartirme todo lo que tuvo a su alcance, incluyendo literatura, presentaciones y trabajos realizados internamente con personal de enfermería de la institución.

A mis instructoras clínicas, comenzando por la licenciada Natalia Sánchez, patóloga del habla y lenguaje en el Hospital Universitario de Adultos y quien literalmente me abrió y reabrió las puertas hacia el escenario hospitalario. A las licenciadas Rosa Irene, Marta Segarra, Mara Hernández, Glenda Pérez y las doctoras Taína Jiménez y Lizette Castro, gracias.

Estructura del adiestramiento

Duración: 3 horas

- Slides

Cantidad: 26

Duración promedio por slide: 3 minutos

- Dinámicas

Cantidad: 6

Duración promedio por dinámica: 6 minutos

- Ejercicio práctico preparación de kit de comunicación

Cantidad: 1

Duración: 55 minutos

- Descansos

Cantidad: 1

Duración: 15 minutos

Guía para presentación

SLIDE 1:

Título:

Reflexionemos

Texto:

Despiertas en MICU imposibilitado de hablar. No recuerdas qué pasó, ni qué haces ahí. Estás asustado, confundido, preocupado. ¿Qué es lo primero que quisieras?

Nota para presentador:

Dinámica 1: Este es un ejercicio de autoreflexión para sensibilizar al grupo antes de entrar en la discusión. Pueden repartir un papel a los participantes según van entrando al salón y los invitas a escribirlo para asegurarte de que realmente hagan la reflexión. Antes de iniciar, preguntas si alguien quiere compartir su reflexión.

SLIDE 2:

Título:

Trasfondo

Texto:

1. Cuestionario diseñado como parte de Proyecto Capstone de Patricia Rivera Meléndez, estudiante de maestría en Patología del Habla y Lenguaje en la Escuela de Profesiones de la Salud del Recinto de Ciencias Médicas
2. Estudiante identificó necesidad durante su práctica clínica en UDH
3. Se evaluó evidencia disponible, se consultaron expertas y a la PHL del hospital. Luego, se entrevistó a tres enfermeros de tres turnos en MICU y se observó el ambiente para desarrollar este adiestramiento fundamentado en el modelo de la práctica basada en evidencia.

SLIDE 3:

Título:

Objetivos

Texto:

1. Conocer la comunicación aumentativa y alternativa, su trasfondo y justificación en el escenario crítico.
2. Identificar necesidades y estrategias para su uso.
3. Diseñar una caja de técnicas y herramientas de comunicación para la unidad.
4. Establecer un plan para su uso y continuidad.

SLIDE 4:

Título:

¿Qué es la Comunicación Aumentativa y Alternativa?

Texto:

Servicios, técnicas y herramientas que permiten a una persona con dificultad para hablar comunicarse.

Es aumentativa cuando apoya o complementa el habla existente.

Es alternativa cuando sustituye el habla.

SLIDE 5:

Título:

¿Por qué usarla?

Texto:

Instituciones (incluyendo hospitales) deben garantizar que individuos con condiciones preexistentes de comunicación deben tener acceso a herramientas que les permitan comunicarse. (American with Disabilities Act, 1990)

La comunicación efectiva es un componente esencial de la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. (The Joint Commission, 2010).

La comunicación es esencial en la relación enfermero-paciente. Por lo tanto, la inhabilidad de un paciente para comunicarse complica el trabajo del personal de enfermería. (Happ, 2021)

Se ha documentado frustración entre pacientes recluidos en UCI ante inhabilidad para comunicarse para reducir miedo, ansiedad y soledad. (Murray y Hopf, 2022)

Aquellos que se pueden comunicar están menos asustados y pudieran requerir menos sedación. (Garret et al., 2007)

La falta de posibilidad de comunicarse y conocer en detalle su estado cognitivo provoca que pacientes sean excluidos de la toma de decisiones sobre su tratamiento. (Garret et al., 2007)

El uso de tableros de comunicación puede mejorar la comunicación y reducir considerablemente los niveles de ansiedad en pacientes con ventilación mecánica. (Hosseini et al., 2018)

Hacia el final de la vida, cuando se trabaja en cuidado paliativo, optimizar la capacidad del paciente para expresar necesidades, preocupaciones y preferencias sobre su cuidado diario, así como expresar estados emocionales para alcanzar un sentido de cierre espiritual y emocional. (Garrett et al., 2007)

SLIDE 6:

Título:

¿Cómo se hace?

Texto:

- No asistida

Gestos

Lenguaje en señas

Señales manuales

- Mímicas
- Asistida
 - Objetos reales
 - Libreta o pizarra para escribir
 - Tableros de comunicación de baja tecnología
 - Intercambio de imágenes
 - Alfabeto
 - Caja de papel de aluminio con letras
 - E Tran
 - Pulsera hospitalaria con íconos
 - BIGmack*
 - Tableros de comunicación de alta tecnología
 - Tableta Lingraphica
 - Tobii Dynavox con eye tracker
 - Tableta con Proloquo
 - Aplicaciones de celular con sistemas generadores de voz
 - App móvil e mintza
 - App iOS de Lingrahica
 - App Text to speech

Nota para presentador:

Este es el momento en que presentarás al equipo las herramientas que luego seguirás usando como parte del adiestramiento. Es importante tenerlas disponibles y visibles en una mesa y que, al presentarlas, ofrezcas una breve descripción sobre cómo se usan y dónde se pueden conseguir. Para las herramientas de baja tecnología, puedes incluir imágenes o videos/giffs. Sé creativo. La mayoría de las herramientas de baja tecnología están disponibles en el laboratorio de CAA del Programa de Patología del Habla y Lenguaje en la Escuela de Profesiones de la Salud del Recinto de Ciencias Médicas. Puedes contactar a la doctora Gloria Vélez en su correo electrónico gloria.velez@upr.edu o en el 787-758-2525 Ext. 4401. También puedes descargar tableros de comunicación bilingües desarrollados para ambiente hospitalario en <https://www.patientprovidercommunication.org/>. Una ventaja de estos tableros es que son sencillos y tienen instrucciones en la parte de atrás sobre cómo guiar al paciente e interpretar sus mensajes. Los equipos de alta tecnología están disponibles para préstamo en el [Programa de Asistencia Tecnológica de Puerto Rico](#). Puedes contactar a la licenciada Mara Hernández en el email maria.hernandez17@upr.edu o a través del número 787-474-9999. Las aplicaciones móviles están disponibles para descarga gratuita.

SLIDE 7:

Título:

La realidad en el escenario crítico

Texto:

La comunicación compite con muchas otras prioridades relacionadas con salvar la vida.

No existe evidencia suficiente sobre qué estrategias o equipos específicos son más efectivos.

La variedad de dificultades físicas y cognitivas que tienen los pacientes requiere múltiples estrategias.

No todos los equipos de CAA se adaptan al escenario (competencia tecnológica, medidas de salubridad, espacio físico).

El entrenamiento es escaso y no todas las disciplinas que intervienen en el escenario le dan el mismo nivel de importancia.

Poco apoyo a nivel institucional para adiestrar, proveer equipos y dar seguimiento.

SLIDE 8:

Título:

Sin embargo,

Texto:

Se está estudiando más

Hay más personal especializado en su uso

Se ha ido creando mayor consciencia

SLIDE 9:

Título:

Y lo más importante

Texto:

Son ustedes quienes tienen contacto constante con los pacientes. Esto les permite desarrollar mayor cercanía, identificar patrones y necesidades y facilitar la generalización de estas técnicas.

SLIDE 10:

Título:

Herramientas de CAA por personal de enfermería en MICU (en orden de uso)

Texto:

1. Gestos del paciente
2. Pizarra o libreta
3. Mímicas de palabras

Nota para presentador:

Dinámica 2: Antes de pasar al próximo slide, pide a los participantes que mencionen algunas ventajas y desventajas que identifican en el uso de esas herramientas.

SLIDE 11:

Título:

Ventajas vs. Desventajas

Texto:

Ventajas:

- Técnicas intuitivas
- Menos esfuerzo cognitivo y motor en el caso de los gestos y mímicas
- No requieren de equipo especializado
- Se ajusta a la realidad del escenario
 - poco tiempo
 - muchas prioridades
 - Pacientes amarrados

Desventajas:

- No siempre el paciente puede expresar todo lo que necesita porque la comunicación está totalmente controlada por lo que el enfermero interpreta (Garrett et al., 2007; Istanboulian et al., 2020)
- Qué hacen los que tienen respirador con las mímicas
- Cómo manejan los gestos o escritura aquellos pacientes que tienen dificultad motora
- Deja espacio a malas interpretaciones (Happ et al., 2014)

Importante:

Todas estas técnicas requieren evaluar las necesidades y posibilidades del paciente y entrenamiento.

Nota para el presentador:

Al mencionar las desventajas, en la referencia a Garrett et al. (2007) e Istanboulian et al. (2020), puedes destacar que muchas veces los pacientes quieren hablar sobre temas completamente opuestos a lo que los enfermeros o especialistas piensan.

Con la referencia de Happ et al. (2014), puedes mencionar que en ese estudio se documentó un paso de un paciente que recibió medicamento para el dolor durante dos semanas por una malinterpretación del interlocutor. EL paciente estaba solicitando pantalones (en inglés: pants) y sus interlocutores interpretaron dolor (en inglés: pain).

SLIDE 12:

Título:

Ejercicio

Texto:

Labiolectura y mensaje escondido

Nota al presentador:

Dinámica 3: El ejercicio de labiolectura propone que el presentador realice mímicas de palabras homófonas para que la audiencia las identifique. Algunas opciones: me huele (me duele), sucio (succión), papel (pamper), sueño (suero) y mi perro (mi pecho).

Dinámica 4: Para el mensaje escondido, idealmente sobre un tema que no tenga nada que ver con el contexto (puede ser si el gato está bien, quién ganó las elecciones u sobre otro programa

de tv), elige dos personas para que pasen al frente. Entregas a una de las personas un mensaje escondido que deberá transmitir mediante mímicas a la otra persona. Quien transmite el mensaje solo puede usar la boca, con mímicas en silencio, para comunicar el mensaje. La otra persona tendrá 3 minutos para interpretarlo.

SLIDE 13:

Título:

¿Qué podemos hacer?

Texto:

Entrenamiento

Observar para conocer y/o describir las capacidades de comunicación del paciente

Consultar a personal de apoyo (otros enfermeros, PHL, terapeutas ocupacionales)

Incorporar a la familia

Intentar, intentar, intentar

SLIDE 14:

Título:

¿Qué debemos observar?

Texto:

Necesidades de comunicación

Factores neurocognitivos (¿está alerta, hay delirium?)

Destrezas motoras y/o posibilidad de movilidad (puede escribir, señalar, oprimir un botón, mover la boca, mover los ojos)

Dificultades previas (visión, pérdida auditiva, dificultades de comunicación y comprensión)

Nivel de literacia (lee, escribe, deletrea)

Diferencias de idioma

Estado emocional (a veces parece que el paciente no quiere o no puede hablar, pero realmente está desmotivado (Garrett et al., 2007))

SLIDE 15:

Título:

Manos a la obra

Texto:

1. Define métodos posibles

2. Si tienes duda, consulta

3. Prueba

4. Documenta en el récord

5. Coloca una hoja en la puerta de la habitación que lea: Pasos para comunicarte con Nombre de Paciente: 1. 2. 3.

Nota para el presentador:

El contenido de este slide se puede presentar gráficamente en un paso a paso secuencial. Para el letrero, se puede poner una imagen de cómo se vería ese letrero en la puerta.

SLIDE 16:

Título:

Estrategias generales para comunicarte con un paciente

Texto:

Asegúrate de obtener la atención del paciente antes de iniciar cualquier intento

Establece y mantén seguimiento visual

Considera comunicación aumentada

Combina expresión oral con seña, gesto, lámina o texto

Usa oraciones cortas y sencillas

Haz pausas (regla de 10 segundos)

Observa y documenta cambios en rostro y expresiones

Nota para el presentador:

Para algunas de las estrategias, puedes ofrecer ejemplos actuados y/o usando las herramientas que tienes en la mesa.

SLIDE 17:

Título:

Estrategias recomendaciones según la necesidad

Texto:

1. Cognición intacta + destrezas motoras intactas
2. Cognición intacta + destrezas motoras limitadas
3. Cognición limitada + destrezas motoras intactas
4. Cognición limitada + destrezas motoras limitadas

Nota para el presentador:

Los siguientes cuatro slides consisten en una ampliación de los cuatro puntos presentados en este slide y se harán de manera dinámicam invitando a los participantes a identificar de los aparatos colocados en la mesa, cuáles entienden que aplican por cada necesidad.

SLIDE 18:

Título:

1. Cognición intacta + destrezas motoras intactas

Texto:

- Mímica suplementada con señalar primera letra de la palabra en un tablero
- Gestos
- Deletreo: señalar en tablero letra por letra (interlocutor debe ir anotando, para evitar olvidar)
- Escritura (bolígrafo de tinta oscura y punta felp)
- Electrolaringe
- Tableros de comunicación baja tecnología
- Speech Generating Devices (apps de celular)

(Garrett et al., 2007)

SLIDE 19:

Título:

2. Cognición intacta + destrezas motoras limitadas

Texto:

- Tableros con imágenes, pictogramas o mensajes
- Tableros con alfabeto
- Escaneo interpretado por interlocutor (ejemplo caja de papel de aluminio)
- E tran
- Dibujo con dedo en página en blanco de una tableta

(Garrett et al., 2007)

SLIDE 20:

Título:

3. Cognición limitada + destrezas motoras intactas

Texto:

- Tableros de comunicación con imágenes
 - El tipo de tablero, tamaño, cantidad y complejidad de expresiones dependerá el nivel cognitivo.
 - Empieza con nivel reducido de posibilidades (plantillas de 2 o 4 alternativas) y vas aumentando
- Aplicación con nivel sencillo y señales
- Tablero con palabras clave o frases preescritas
- Mímicas con tema limitado
 - Ejemplo: Hablemos del dolor o de la familia, etc.
- Gestos

(Garrett et al., 2007)

SLIDE 21:

Título:

4. Cognición limitada + destrezas motoras limitadas

Texto:

- Diccionario de señales del paciente (requiere mucha observación y documentación)
- Preguntas sí/no
 - Es importante que haya una señal/respuesta para ambas opciones. Por ejemplo, no se puede decir, apriétame la mano para sí y que no haya una alternativa para no porque no sabemos si el que no apretara tuvo que ver con otra dificultad. Debes asegurarte que haya intención para ambos.

(Garrett et al., 2007)

SLIDE 22:

Título:

¿Qué más podemos hacer?

Texto:

Preparar un kit de herramientas de comunicación para que estén disponibles para el personal de enfermería y los pacientes

Solicitar apoyo y consulta con un PHL especializado en CAA

Documentar las observaciones en el área de comunicación del récord de los pacientes

Continuar ampliando conocimientos en esta área, mediante programas de adiestramiento como SPEACS-2 (Happ, 2021)

Convertirnos en portavoces de la comunicación y ayudar a otros profesionales y familiares a entender su importancia, así como ofrecerles técnicas

Cabildear en favor de que se asignen recursos y tiempo para adiestrarse, así como para que se desarrollen propuestas a instituciones dispuestas a costear equipos y adiestramientos

Nota para el presentador:

Preguntar si hay otra cosa que identifiquen que se pueda hacer.

SLIDE 23:

Título:

Si fueras a preparar un tablero de comunicación

Texto:

Nota para presentador:

Dinámica 5: Este es un ejercicio para trabajar en conjunto. Se solicita al grupo que comparta los términos que incluiría en un tablero de comunicación para la unidad. Mientras los participantes van mencionando términos o palabras, los vas organizando por el tipo de expresión y ofreces recomendaciones sobre por qué incluir uno versus el otro.

SLIDE 24:

Título:

Preparemos el kit de MICU

*Texto:**Nota para el presentador:*

Ejercicio práctico: El espacio de texto está en blanco de manera intencional para que se vaya llenando según el grupo va seleccionando de los equipos en la mesa y las técnicas que aprendieron en el adiestramiento, qué debe contener ese kit y por qué. De acuerdo con la evidencia, es importante que ese kit incluya: tableros con mensajes en imágenes y pictogramas,

tablero con alfabeto, tamblero sencillo sí/no, sistemas de generación de voz, pizarra o libreta, BIGmack y alguno electrónico.

SLIDE 25:

Título:

Antes de irnos

Texto:

Pongamos a prueba nuestras destrezas

Nota para presentador:

Dinámica 6: Se repite el ejercicio de la Dinámica 4. Esta vez, se eligen dos parejas. Se entrega el mismo mensaje a un integrante de cada pareja. Deberá elegir uno de los comunicadores del carrito para comunicarlo. El interlocutor (otro miembro de cada pareja) deberá interpretar el mensaje.

SLIDE 26:

Título:

Referencias:

Texto:

American Speech-Language-Hearing Association (n.d.). Augmentative and Alternative Communication (Practice Portal). Recuperado en: <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/>.

Beukelman, D. R. & Light, J. C. (2020). Patient Provider Communication in Medical Settings. En D.R. Beukelman & J.C. Light (Eds.), Augmentative & alternative communication Supporting children and adults with complex communication needs (5th ed., p.p. 647-665). Paul H. Brooks Publishing Co.

Garrett, K. L., Happ, M. B., Costello, J. M. & Fried-Oken, M. B. (2007). AAC in the Intensive Care Unit. En D. R. Beukelman, K. L. Garrett & K. M. Yorkston (Eds.), Augmentative Communication Strategies for adults with acute or chronic medical conditions (pp. 17-57). Paul H. Brooks Publishing Co.

Happ, M. (2021). Giving Voice: Nurse-Patient Communication in the Intensive Care Unit. American Journal of Critical Care, Volume 30, No. 4. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021666>

Happ, M. B., Garrett, K., Tate, J. A., Di Virgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., George, E. & Sereika, S. M. (2014). Effect or a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. Heart & Lung 43, 89-98

Hosseini SR, Valizad-hasanloei MA, Feizi A. (2018). The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units. Iranian Journal of Nursing Midwifery, 23:358-62

Istanboulian, L., Rose, R., Gorospe, F., Yunusova, Y., Dale. C. (2020). Barriers to and facilitators for use of augmentative and alternative communication and voice restorative

- strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Critical Care* 57 168-176 <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.02.015>
- Murray, S., Hopf, S. (2022). Attitudes toward the use of low-tech AAC in acute settings: a systematized review. *Augmentative and Alternative Communication*, 38(2): 1-12. <https://doi.org/10.1080/07434618.2022.2122870>
- Santiago, R., Gormley, J., Altschuler, T., Howard, M., Pressman, H., Blackstone, S. (2021). Promoting System Change for Communication Access in Acute Care Hospitals. *Assistive Technology Outcomes and Benefits | Assistive Technology for Communication*, Volume 15, Winter 2021.
- The Joint Commission. (2010). *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. Recuperado en: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/roadmapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E5ACD01B>
- Vélez Barrios, G. (2020). La comunicación con pacientes dependientes de ventilador mecánico. *El Nuevo Día*. Recuperado en: <https://www.elnuevodia.com/opinion/punto-de-vista/la-comunicacion-con-pacientes-dependientes-de-ventilador-mecanico/>

Texto:

Preguntas y/o comentarios

SLIDE 27:

Título:

Cuestionario de salida

Texto:

QR Code para Form

Nota para presentador:

Se deja a su discreción el contenido de la preprueba y posprueba. No obstante, la autora está disponible para ofrecer recomendaciones o apoyar en su desarrollo.

Enlace para descargar presentación

[Adiestramiento para enfermeros MICU-UDH](#)

Recomendaciones adicionales

Esta guía y la presentación suministradas están diseñadas para servir como base en la elaboración de una presentación que se ajuste a la evidencia científica más reciente, a las características de las herramientas disponibles para presentar y al estilo gráfico de la persona que presente. El formato, modalidad, orden y estilo gráfico pueden ser ajustados y editados según las preferencias y disponibilidad del presentador, siempre y cuando se ofrezca crédito a la autora. Por otra parte, se autoriza edición y ajustes al contenido con el debido crédito, siempre y cuando los cambios respondan a información científica validada y se ajusten al modelo de práctica basada en evidencia.

La persona que dirija el adiestramiento debe ser un especialista en patología del habla y lenguaje con conocimiento sobre destrezas y herramientas de Comunicación Aumentativa y Alternativa. Posibles recursos pudieran ser la doctora Gloria Vélez, la licenciada Natalia Sánchez u otros estudiantes del programa que hayan tomado el curso de Introducción a la Comunicación Aumentativa y Alternativa.

Para propósitos de validar la efectividad del adiestramiento, se recomienda realizar un cuestionario al inicio y al final del adiestramiento. El documento no está incluido como parte de esta guía, pero –de ser solicitado- la autora puede colaborar en su creación.

Referencias

- American Speech-Language-Hearing Association (n.d.). Augmentative and Alternative Communication (Practice Portal). Recuperado en: <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/>.
- Beukelman, D. R. & Light, J. C. (2020). Patient Provider Communication in Medical Settings. En D.R. Beukelman & J.C. Light (Eds.), *Augmentative & alternative communication Supporting children and adults with complex communication needs* (5th ed., p.p. 647-665). Paul H. Brooks Publishing Co.
- Garrett, K. L., Happ, M. B., Costello, J. M. & Fried-Oken, M. B. (2007). AAC in the Intensive Care Unit. En D. R. Beukelman, K. L. Garrett & K. M. Yorkston (Eds.), *Augmentative Communication Strategies for adults with acute or chronic medical conditions* (pp. 17-57). Paul H. Brooks Publishing Co.
- Happ, M. (2021). Giving Voice: Nurse-Patient Communication in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, Volume 30, No. 4.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2021666>
- Happ, M. B., Garrett, K., Tate, J. A., Di Virgilio, D., Houze, M. P., Demirci, J. R., George, E. & Sereika, S. M. (2014). Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. *Heart & Lung* 43, 89-98
- Hosseini SR, Valizad-hasanloei MA, Feizi A. (2018). The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units. *Iranian Journal of Nursing Midwifery*, 23:358-62

- Istanboulian, L., Rose, R., Gorospe, F., Yunusova, Y., Dale, C. (2020). Barriers to and facilitators for use of augmentative and alternative communication and voice restorative strategies for adults with an advanced airway in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Critical Care* 57 168-176 <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.02.015>
- Murray, S., Hopf, S. (2022). Attitudes toward the use of low-tech AAC in acute settings: a systematized review. *Augmentative and Alternative Communication*, 38(2): 1-12. <https://doi.org/10.1080/07434618.2022.2122870>
- Santiago, R., Gormley, J., Alschuler, T., Howard, M., Pressman, H., Blackstone, S. (2021). Promoting System Change for Communication Access in Acute Care Hospitals. *Assistive Technology Outcomes and Benefits | Assistive Technology for Communication*, Volume 15, Winter 2021.
- Society of Critical Care Medicine. (n.d.). Critical Care Statistics. Recuperado en: <https://www.sccm.org/Communications/Critical-Care-Statistics>
- The Joint Commission. (2010). *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. Recuperado en: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/roadmapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=AC3AC4BED1D973713C2CA6B2E5ACD01B>
- Vélez Barrios, G. (2020). La comunicación con pacientes dependientes de ventilador mecánico. *El Nuevo Día*. Recuperado en: <https://www.elnuevodia.com/opinion/punto-de-vista/la-comunicacion-con-pacientes-dependientes-de-ventilador-mecanico/>