Enfermería Global
ISSN 1695-6141 Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería
Nº 80 2026
www.um.es/eglobal/

ORIGINAL

# Complicaciones respiratorias asociadas a la gestión del cuidado del paciente crítico: percepción de enfermería

Respiratory complications associated with critical patient care management: perceptions of nurses

Julia Rocio Zumba Nacipucha[1]
Susana Paulina Arroyo Ayala[2]
Alisson Patricia Muñoz Guanga[3-4]
Karen Michelle Loor Vizcaino[5]
Jhonny José Santana Holguín[6]

[1] Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Quito. https://orcid.org/0009-0002-8881-8503. Email: rocjuly15@gmail.com
[2] Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Quito. https://orcid.org/0009-0002-1941-9613
[3] Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Santo Domingo. https://orcid.org/0000-0001-8250-7080
[4] Universidad Peruana Unión.
[5] Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Quito. https://orcid.org/0009-0003-4841-4499
[6] Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Quito. https://orcid.org/0009-0003-4129-8317

elocation-id: 693291

Recibido: 17/12/2025
Aceptado: 24/04/2026

## RESUMEN:

**Introducción:** las complicaciones respiratorias en pacientes críticos, frecuentemente infravaloradas o desconsideradas, se configuran como desafíos del personal de enfermería invisibles ante la hegemonía organizacional de los servicios hospitalarios, afectando directamente a la gestión del cuidado, la calidad de la atención sanitaria y la determinación del estado de salud-enfermedad. **Objetivo:** explorar la percepción de enfermería sobre las complicaciones respiratorias asociadas a la gestión del cuidado del paciente crítico.
**Material y métodos:** estudio cualitativo descriptivo fenomenológico basado en Husserl con muestra de 10 enfermeras de UCI adulta en hospitales públicos ecuatorianos, seleccionadas por muestreo intencional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas virtuales hasta saturación teórica; transcritas y analizadas mediante el método de Colaizzi con soporte de ATLAS.ti.
**Resultados:** emergieron 5 categorías: 1. Factores de riesgo para complicaciones respiratorias; 2. Condiciones del entorno clínico e institucional; 3. Vivencias emocionales y carga subjetiva del personal de enfermería; 4. Saberes y competencias profesionales de enfermería; y 5. Prácticas clínicas y estrategias de gestión del cuidado.
**Conclusiones:** desde la percepción de enfermería, se evidencia una realidad compleja donde convergen exigencias técnicas, emocionales y organizacionales respecto a la gestión de cuidados respiratorios en pacientes críticos; por lo que fortalecer la formación continua, mejorar las condiciones institucionales y promover la colaboración entre profesionales resulta clave para asegurar cuidados de calidad.

**Palabras clave:** Trastornos Respiratorios; Atención de Enfermería; Cuidados Críticos, Actitud del Personal de Salud.

**ABSTRACT:**
**Introduction:** respiratory complications in critically ill patients, often underestimated or overlooked, pose invisible challenges for nursing staff in the face of the organizational hegemony of hospital services, directly affecting care management, the quality of healthcare, and the determination of health and disease status.
**Objective:** explore nursing perceptions regarding respiratory complications associated with critical patient care management.
**Material and methods:** phenomenological-descriptive qualitative study based on Husserl, with a sample of 10 adult ICU nurses from Ecuadorian public hospitals, selected through purposive sampling. Semi-structured virtual interviews were conducted until theoretical saturation was reached; they were transcribed and analyzed using the Colaizzi method with the support of ATLAS.ti.
**Results:** five categories emerged: 1. Risk factors for respiratory complications; 2. Clinical and institutional environment conditions; 3. Emotional experiences and subjective burden of nursing staff; 4. Nursing knowledge and professional skills; and 5. Clinical practices and care management strategies.
**Conclusions:** from a nursing perspective, there is evidence of a complex reality where technical, emotional, and organizational demands converge with regard to the management of respiratory care in critically ill patients. Therefore, strengthening continuing education, improving institutional conditions, and promoting collaboration among professionals are keys to ensuring quality care.

**Keywords**: Respiration Disorders; Nursing Care; Critical Care; Attitude of Health Personnel.

# INTRODUCCIÓN

El cuidado de pacientes es inherente al personal de salud, donde los conocimientos y práctica avanzada permiten brindar una asistencia integral, especializada e individualizada; es así que en las unidades de cuidados intensivos (UCI) el quehacer de enfermería se centra en examinar, recopilar información, interpretar y ejecutar procedimientos y cuidados para posteriormente evaluarlos[1]. Por ello, es vital desarrollar este proceso teniendo en cuenta datos objetivos y subjetivos como la percepción del profesional de la salud con relación a las complicaciones que presentan dichos usuarios al ser frecuentemente infravalorados o desconsiderados.

Se considera paciente crítico a aquella persona que presenta disfunción de uno o más órganos vitales, con riesgo inminente de deterioro grave o muerte, cuya condición puede ser reversible si recibe atención oportuna y adecuada[2]. Bajo este concepto, las complicaciones del sistema respiratorio, incluidos los cuadros que requieren soporte ventilatorio, representan un desafío clínico relevante por su complejidad, la necesidad de monitorización continua y la demanda de intervenciones por parte del equipo sanitario, particularmente de enfermería.

Estudios internacionales han descrito que los pacientes críticos con compromiso respiratorio constituyen uno de los grupos que mayor demanda asistencial generan en las unidades de cuidados intensivos, debido a la necesidad de vigilancia continua, el uso de soporte ventilatorio y la ejecución de intervenciones clínicas complejas. Esta situación se relaciona con estancias hospitalarias prolongadas, mayor utilización de recursos y un incremento en la complejidad del cuidado clínico, lo que repercute tanto en los resultados del paciente como en la carga de trabajo del personal de enfermería[3–5].

De forma complementaria, la evidencia señala que las complicaciones respiratorias no dependen exclusivamente del estado fisiopatológico del paciente, sino también de factores organizacionales y contextuales, tales como la disponibilidad de insumos, la dotación de personal, la coordinación interdisciplinaria y las condiciones del entorno hospitalario, los cuales pueden afectar tanto la oportunidad como la calidad del cuidado brindado[6–8].

En este sentido, se destaca que la práctica de enfermería en UCI se desarrolla en escenarios de alta exigencia técnica y emocional, donde las decisiones clínicas, la gestión del tiempo y la sobrecarga laboral configuran experiencias que impactan en la seguridad del paciente y en el bienestar del profesional[9–11] . Esta convergencia de factores clínicos, institucionales y humanos evidencia la necesidad de abordar el fenómeno desde una perspectiva integral que incorpore la experiencia vivida del personal de enfermería.

En un estudio realizado en Bolivia, describieron el cuidado de enfermería en pacientes intubados e identificaron el estado actual de la atención, a partir del cual plantearon un modelo orientado a prevenir infecciones respiratorias bajas asociadas a la ventilación mecánica[12]. Adicionalmente, una revisión de la literatura realizada en Chile sobre cuidados de enfermería en unidades de pacientes críticos reveló que la calidad del cuidado se ve influida por factores externos, como la carga laboral, la comunicación en el equipo, la infraestructura y la cultura de seguridad, así como por factores internos, entre ellos la fatiga moral, el desgaste psicológico y el estrés laboral del profesional[13]. En conjunto, estos hallazgos orientan a comprender que el problema no se limita a la complicación respiratoria en sí, sino también a la forma en que se organiza, se sostiene y se ejecuta el cuidado en escenarios de alta exigencia clínica.

Por otra parte, en Ecuador, los estudios desarrollados por Palacios et al., y Torres que abordan las complicaciones asociadas al manejo de la vía aérea por enfermería en pacientes críticos con COVID-19 sometidos a ventilación mecánica invasiva, reportan que las afecciones respiratorias se relacionan con lesiones pulmonares, procesos patológicos propios de la enfermedad y con aspectos del manejo de los equipos y del soporte ventilatorio, donde el cuidado clínico continuo del equipo de enfermería resulta determinante [14,15].

En este sentido, la presente investigación plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los desafíos que enfrentan los profesionales de enfermería en unidades críticas al atender complicaciones respiratorias? El objetivo establecido para la investigación es explorar la percepción de enfermería sobre las complicaciones respiratorias asociadas a la gestión del cuidado del paciente crítico.

# MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio fue de enfoque cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico. Esta metodología basada en la filosofía de Husserl[16] busca comprender la esencia de las experiencias compartidas por un grupo de personas con respecto a un fenómeno, donde su objetivo es captar cómo los individuos perciben y dan sentido a su realidad desde su propia subjetividad. Este método capta la esencia del fenómeno mediante las percepciones que los participantes le atribuyen.

Como instrumento de recolección de datos se empleó una guía de entrevista semiestructurada, elaborada a partir del objetivo del estudio y de la literatura pertinente. Previo a su aplicación, la guía fue sometida a revisión por juicio de expertos en enfermería crítica e investigación, con el propósito de fortalecer la pertinencia y claridad de las preguntas, así como su coherencia con el fenómeno de interés. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con un grupo de 4 enfermeros y enfermeras que no formaron parte de la muestra final, permitiendo ajustar redacción, secuencia y profundidad de las preguntas.

La población estuvo conformada por profesionales de enfermería de hospitales públicos de segundo y tercer nivel de Ecuador, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional, debido a que el estudio requirió participantes que cumplieran características específicas y contaran con experiencia directa en el fenómeno analizado. En consecuencia, se obtuvo una muestra de 10 enfermeras tituladas que laboran en la UCI-Adultos, con al menos 1 año de experiencia en el área, que deseaban formar parte del estudio y firmaron voluntaria y libremente el consentimiento informado. Por otra parte, se excluyeron profesionales que no pertenecen al equipo de enfermería, personal técnico y auxiliar, profesionales de enfermería con funciones exclusivamente administrativas, quienes no cumplieron el criterio de experiencia y no aceptaron participar.

Para la recolección de datos, durante julio de 2025 se realizaron entrevistas semiestructuradas al personal de enfermería que trabaja en UCI. Las entrevistas abordaron la percepción de dicho equipo sobre las complicaciones respiratorias, los desafíos en la gestión del cuidado, y las vivencias emocionales y profesionales asociadas al fenómeno de estudio. La aplicación se efectuó de manera virtual mediante Microsoft Teams, con autorización previa de los participantes; las sesiones fueron videograbadas y tuvieron una duración aproximada de 30 minutos. Las entrevistas se condujeron hasta lograr saturación teórica del análisis, evaluada por la redundancia progresiva de la información, la consolidación de categorías y la estabilidad interpretativa de los temas emergentes; en las entrevistas finales no se identificaron aportes sustantivamente nuevos, por lo que se consideró suficiente el corpus para describir el fenómeno estudiado.

Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas de forma literal en Microsoft Word (Office 2016) mediante el uso del lenguaje EMIC/ETIC y el proceso analítico se desarrolló siguiendo el método de Colaizzi, el cual permite comprender el significado de una experiencia a partir del discurso de los participantes; para ello, inicialmente, se realizó una lectura completa de cada transcripción para lograr una comprensión global del contenido; a continuación, se identificaron enunciados significativos relacionados con el fenómeno; seguidamente, se formularon significados a partir de dichos enunciados; posteriormente, se agruparon en categorías y subcategorías que representan patrones comunes y variaciones en las experiencias; después, dichas categorías se validaron con los participantes para asegurar fidelidad interpretativa; y finalmente, se integraron en una descripción esencial del fenómeno[17,18].

Para facilitar la organización del análisis, se utilizó el software ATLAS.ti como herramienta de apoyo, junto con codificación colorimétrica, permitiendo rastrear enunciados, significados y categorías emergentes con trazabilidad completa entre texto original e interpretación, y visualización de relaciones temáticas. La confidencialidad se aseguró mediante la asignación de códigos a los participantes (E1-E10) y el resguardo de la información conforme a criterios éticos. Finalmente, se integraron los resultados en una descripción estructurada del fenómeno, destacando los temas centrales y la forma en que se expresan en la práctica de enfermería crítica.

# RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo conformada por diez profesionales de enfermería, todas mujeres, con un rango etario entre los 30 y 47 años, mismas que cuentan con formación de tercer y cuarto nivel, y laboran en la UCI del sector público de Ecuador; reflejando

un perfil profesional homogéneo que aporta contexto a las experiencias y percepciones recogidas en el estudio, **Tabla 1.**

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los participantes.

| Participantes | Sexo | Edad | Nivel de formación | Área de trabajo | Sector |
|---|---|---|---|---|---|
| E1 | F | 34 | Cuarto nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |
| E2 | F | 38 | Tercer nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |
| E3 | F | 34 | Cuarto nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |
| E4 | F | 30 | Tercer nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |
| E5 | F | 38 | Cuarto nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |
| E6 | F | 31 | Tercer nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |
| E7 | F | 31 | Tercer nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |
| E8 | F | 37 | Tercer nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |
| E9 | F | 31 | Tercer nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |
| E10 | F | 47 | Cuarto nivel | Unidad de cuidados intensivos | Público |

Fuente: Elaboración propia de los autores.

La investigación destaca los diálogos de las enfermeras que comparten sus vivencias de la cotidianeidad de sus trabajos, con lo cual se realizaron lecturas de carácter crítico de toda la información obtenida de las entrevistas, así como un recorte de fragmentos, teniendo en cuenta lo convergente y divergente, y manteniendo el lenguaje EMIC. Se procedió posteriormente a la codificación de los datos constatándose en 13 códigos **Tablas (2-3),** organización de los textos y agrupación de los mismos según las unidades de significado, permitiendo extraer las siguientes categorías: 1) Factores de riesgo para complicaciones respiratorias, 2) Condiciones del entorno clínico e institucional, 3) Vivencias emocionales y carga subjetiva del personal de enfermería, 4) Saberes y competencias profesionales de enfermería, 5) Prácticas clínicas y estrategias de gestión del cuidado, **Figuras (1-5).**

**Tabla 2.** Matriz de análisis: codificación y significado.

| Número de código | Codificación | Significado |
|---|---|---|
| C1 | Amarillo | Conocimientos previos sobre complicaciones respiratorias. |
| C2 | Naranja | Importancia de la experiencia en *UCI. |
| C3 | Púrpura | Factores de riesgo para complicaciones respiratorias. |
| C4 | Azul | Desafíos del personal de salud. |
| C5 | Gris | Formación continua. |
| C6 | Verde | Estrategias de mitigación: protocolos y checklist. |
| C7 | Rojo | Recursos y limitaciones institucionales. |
| C8 | Magenta | Colaboración interdisciplinaria. |
| C9 | Verde oscuro | Impacto emocional y estrés laboral. |
| C10 | Rosa | Autoformación y actualización individual. |
| C11 | Amarillo oscuro | Rol específico del personal de enfermería. |
| C12 | Azul oscuro | Gestión de infecciones y resistencia bacteriana. |
| C13 | Cian | Uso de registros y bitácoras. |

Fuente: Elaboración propia de los autores.
*Nota: UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

**Tabla 3: Matriz de análisis temático: categorías emergentes y significados construidos a partir de las narrativas.**

| Categorías emergentes | Participantes | Unidades de significado | Códigos |
|---|---|---|---|
| **Categoría 1:** Factores asociados al riesgo de complicaciones respiratorias. | 8 | 14 | C3: Púrpura - Predisposición a complicaciones. |
| **Categoría 2:** Condiciones del entorno clínico e institucional. | 10 | 9 | C4: Azul - Desafíos del personal de salud. |
| | 6 | 12 | C7: Rojo - Recursos y limitaciones institucionales. |
| | 9 | 20 | C8: Magenta - Colaboración interdisciplinaria |
| **Categoría 3:** Vivencias emocionales y carga subjetiva del personal de enfermería. | 9 | 20 | C9: Verde oscuro - Impacto emocional y estrés laboral. |
| **Categoría 4:** Saberes y competencias profesionales de enfermería. | 7 | 15 | C1: Amarillo - Conocimientos previos sobre complicaciones respiratorias. |
| | 9 | 21 | C2: Naranja - Importancia de la experiencia en UCI. |
| | 8 | 18 | C5: Gris - Formación continua. |
| | 6 | 12 | C10: Rosa - Autoformación y actualización individual. |
| | 8 | 18 | C11: Amarillo oscuro - Rol específico del personal de enfermería. |
| **Categoría 5:** Prácticas clínicas y estrategias de gestión del cuidado. | 7 | 16 | C6: Verde - Estrategias de mitigación: protocolos y checklist. |
| | 7 | 14 | C12: Azul oscuro - Gestión de infecciones y resistencia bacteriana. |
| | 6 | 13 | C13: Cian - Uso de registros y bitácoras. |

Fuente: Elaboración propia de los autores.

La construcción de la dimensión subjetiva e intersubjetiva se logró mediante un análisis profundo de los testimonios de los participantes del estudio, complementado con la clasificación en categorías temáticas basadas en las similitudes y diferencias vinculadas al objeto de investigación. De este análisis y con base en el modelo de Colaizzi, emergieron las categorías principales que guían la interpretación de los hallazgos:

## Factores asociados al riesgo de complicaciones respiratorias

La presente categoría expone la percepción del personal de enfermería sobre los factores de riesgo que influyen en la aparición de complicaciones respiratorias en

pacientes críticos, donde los enfermeros reconocen que los problemas respiratorios no son producto de un solo factor, sino de la interacción compleja entre las condiciones clínicas del paciente, las intervenciones médicas y las limitaciones de la práctica asistencial; por ende reconocer estos elementos es fundamental para anticipar riesgos y optimizar una gestión preventiva en unidades críticas, garantizando la seguridad y calidad en la atención. Esta realidad analizada se evidencia en los siguientes testimonios:

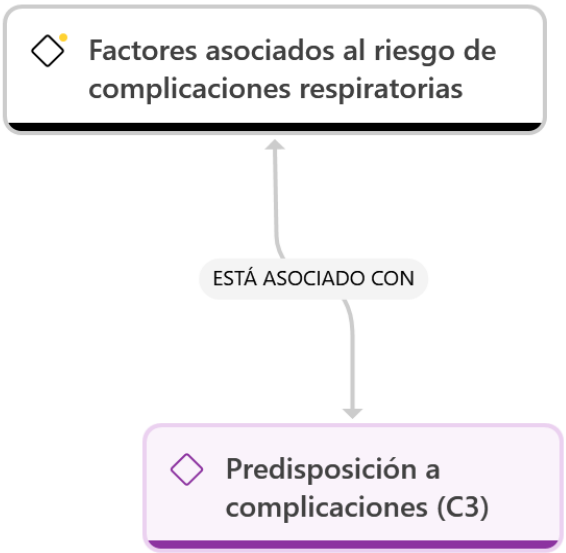
*"El mayor riesgo está en los pacientes con ventilación mecánica prolongada (…) el uso de sedantes, la inmovilidad y el mal posicionamiento favorecen las complicaciones respiratorias"* **(E1) (E8).**

*"Pacientes obesos o con patologías pulmonares previas tienen más riesgo de complicaciones (…) también influye la falta de fisioterapia temprana (...) y muchas veces la edad de los pacientes"* **(E2) (E8) (E10).**

*"Los factores que incrementan el riesgo son la falta de higiene oral, la intubación prolongada y la aspiración inadecuada de secreciones"* **(E3) (E5).**

*"La ventilación mecánica prolongada es uno de los principales factores para infecciones nosocomiales, junto con alteraciones del nivel de conciencia, antecedentes respiratorios como EPOC, edad avanzada, nutrición inadecuada a la condición del paciente y manejo incorrecto de la vía aérea"* ***(E7).***

**Figura 1:** Categoría 1: Factores de riesgo.




Fuente: Elaboración propia de los autores.

## Condiciones del entorno clínico e institucional

Las percepciones de los profesionales de enfermería sugieren que el ambiente asistencial de la UCI se caracteriza por la limitación de recursos, ya sea por falla de los equipos, escasez de insumos o el uso de materiales con vida útil vencida; lo que obliga a improvisar y dificulta un cuidado integral. Estas carencias se agravan cuando la coordinación interdisciplinaria se ve comprometida, lo que genera retrasos y aumenta el riesgo para el paciente; a ello se suman los desafíos inherentes a las enfermeras, quienes deben enfrentar emergencias con personal insuficiente y priorizar

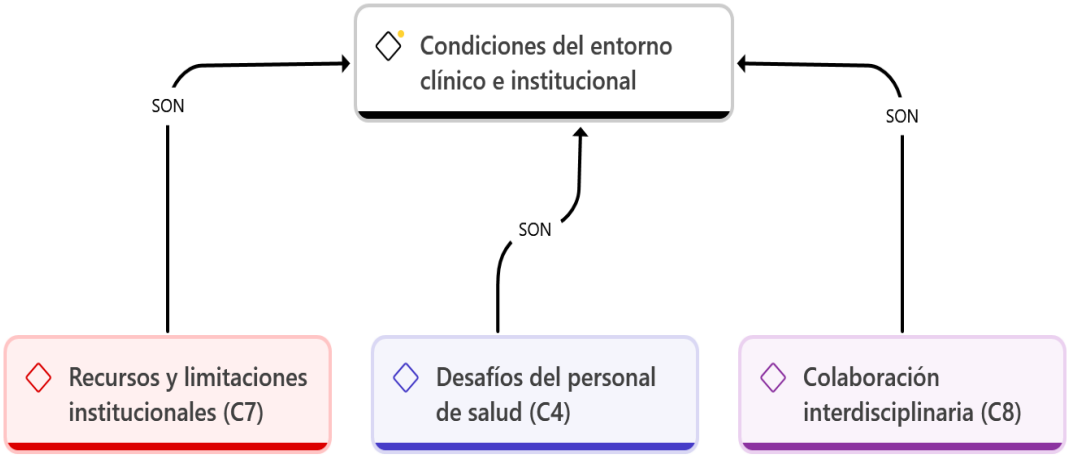
simultáneamente a pacientes con necesidades urgentes. En este sentido, esta categoría presenta los determinantes asociados a la aparición de alteraciones respiratorias en pacientes inestables, tal como se expresan en los siguientes relatos:

*"Es complicado cuando hay pocos equipos funcionando bien, porque si ingresa un paciente descompensado debemos esperar a que se desocupe un ventilador (...) la falta de ciertos insumos como cánulas, humidificadores o equipos completos hace que a veces no podamos actuar de forma inmediata (...) entonces debemos adaptarnos con lo que hay, aunque no sea lo ideal"* **(E1) (E3) (E4)**.

*"El apoyo del médico es fundamental, cuando hay complicaciones respiratorias debemos actuar juntos para decidir si cambiar parámetros o hacer maniobras (…) la comunicación entre enfermería, fisioterapia y medicina es clave; si no nos organizamos, las intervenciones se retrasan y el paciente se descompensa"* **(E2) (E3)**.

*"El desafío más grande es manejar situaciones de emergencia cuando no contamos con todo el personal, porque la carga recae en el que esté disponible (...) lo más difícil es cuando hay varios pacientes críticos a la vez; uno debe priorizar, pero todos necesitan algo urgente y eso genera presión"* **(E1)**.

**Figura 2:** Categoría 2: Entorno hospitalario.




Fuente: Elaboración propia de los autores.

## Vivencias emocionales y carga subjetiva del personal de enfermería

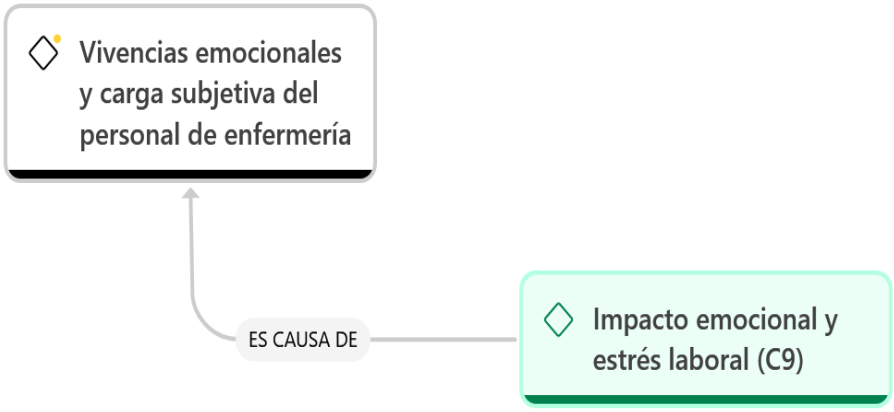
Esta categoría reúne los significados construidos a partir de las narrativas del personal de enfermería respecto a la carga emocional asociada al cuidado de pacientes críticos con complicaciones respiratorias. Los participantes describen una experiencia marcada por estrés constante, ansiedad y sensación de agotamiento físico y psicológico; a ello se suman la gravedad clínica de los pacientes, la sobrecarga laboral y los turnos prolongados, elementos que intensifican la tensión cotidiana. Los testimonios evidencian la complejidad emocional que acompaña la práctica del cuidado en UCI;

*"En un paciente crítico, la parte emocional afecta mucho al personal de enfermería (…) manejar tus emociones, gestionar el dolor y la ansiedad, manejar el estrés, la fatiga; puedes llegar a quemarte emocionalmente, físicamente (…) El trabajo en UCI es estresante, por la gravedad de los pacientes y la sobrecarga laboral; hay turnos que no te permiten descansar y eso afecta emocionalmente"* **(E1) (E2)**.

*"Atender múltiples pacientes críticos con múltiples medicaciones, bombas de infusión y con ventilación genera estrés, especialmente cuando la infraestructura hospitalaria es insuficiente (...) en situaciones de crisis, nosotros debemos resolver con los recursos disponibles, lo que incrementa la presión emocional hasta lograr estabilizar al paciente (...) El cansancio emocional se acumula, a veces uno llora, porque son turnos muy largos y el ambiente es tenso , pero tratamos de mantener la calma"* **(E6) (E8) (E10)**.

*"Ver morir a pacientes todos los días o ver cómo se deterioran los pacientes, a veces de un día al otro o a veces en cuestión de horas te afecta (…) con el tiempo te acostumbras, pero siempre hay un impacto emocional fuerte"* **(E7)**.

**Figura 3:** Categoría 3: Carga emocional en enfermería.




Fuente: Elaboración propia de los autores.

## Saberes y competencias profesionales de enfermería

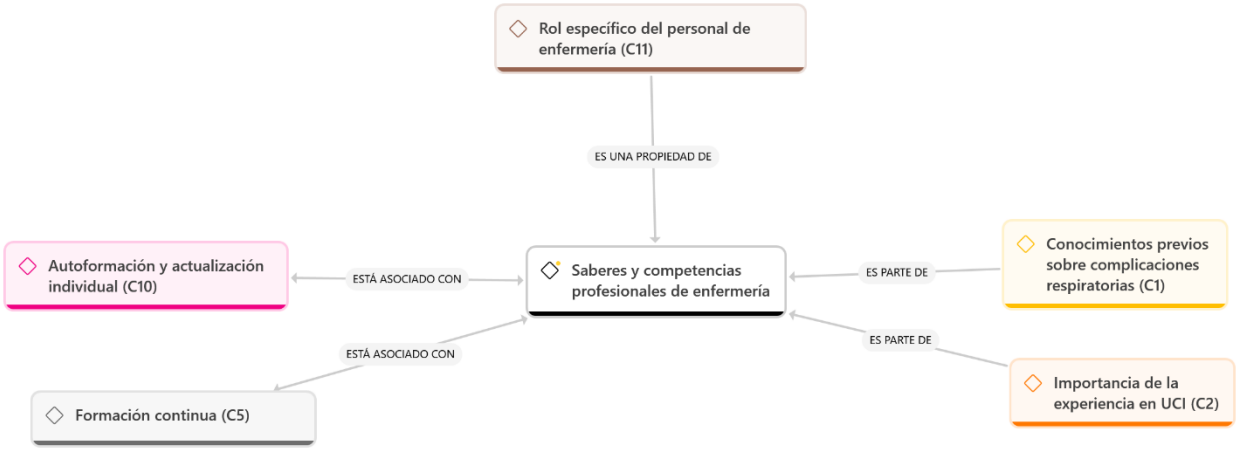
Esta categoría identifica los conocimientos y experiencias previas de los profesionales de enfermería relacionadas con las complicaciones respiratorias más frecuentes en pacientes críticos; donde los profesionales de enfermería que trabajan en la UCI concuerdan en que al momento de ingresar a trabajar en esta área su cognición es general y básica en torno al manejo de pacientes críticos y ventilación mecánica. Por ende, adquirir habilidades se vuelve indispensable para evitar errores. Así mismo, se afirma que la capacitación continua y autoformación fortalecen técnicas, experticia y criterios basados en evidencia para brindar una atención de calidad; porque el desempeño de estos trabajadores debe ejercer juicio y acciones propias de su profesión, como lo manifiestan los participantes:

*"Sí tenía conocimiento de lo básico y lo general (…) no había una materia de cuidados críticos, sino generalidades sin las complicaciones como SDRA, NAVM, atelectasias, embolias"* **(E2) (E4)**.

*"La formación continua nos mantiene actualizados en técnicas para prevenir complicaciones y los profesionales deben estar al tanto de nuevas investigaciones para perfeccionar habilidades con correcta aplicación de protocolos (…) enfermería debe actuar junto al médico, estar al lado de la vía aérea y en lugares sin fisioterapista, estos procedimientos son responsabilidad de enfermería"* **(E2)**.

*"Siempre debemos autoeducarnos, conocer más allá de los conocimientos básicos. Si yo no me formo, si no sigo una guía, puedo hacer daño (…) dejamos de lado lo que importa: la técnica basada en ciencia"* **(E2) (E4)**.

**Figura 4:** Categoría 4: Formación profesional.




Fuente: Elaboración propia de los autores.

## Prácticas clínicas y estrategias de gestión del cuidado

La actual categoría detalla las estrategias de mitigación existentes y aplicadas por los enfermeros para contrarrestar las complicaciones respiratorias en pacientes críticos, donde dichos profesionales en UCI implementan alternativas basadas en protocolos institucionales estandarizados y checklists diarios para reducir los problemas; con ello, se fomenta la adhesión del equipo de salud a prácticas asistenciales para la gestión efectiva de infecciones y control de la resistencia bacteriana, apoyándose en registros y bitácoras que permiten una vigilancia epidemiológica rigurosa, según los enunciados recogidos:

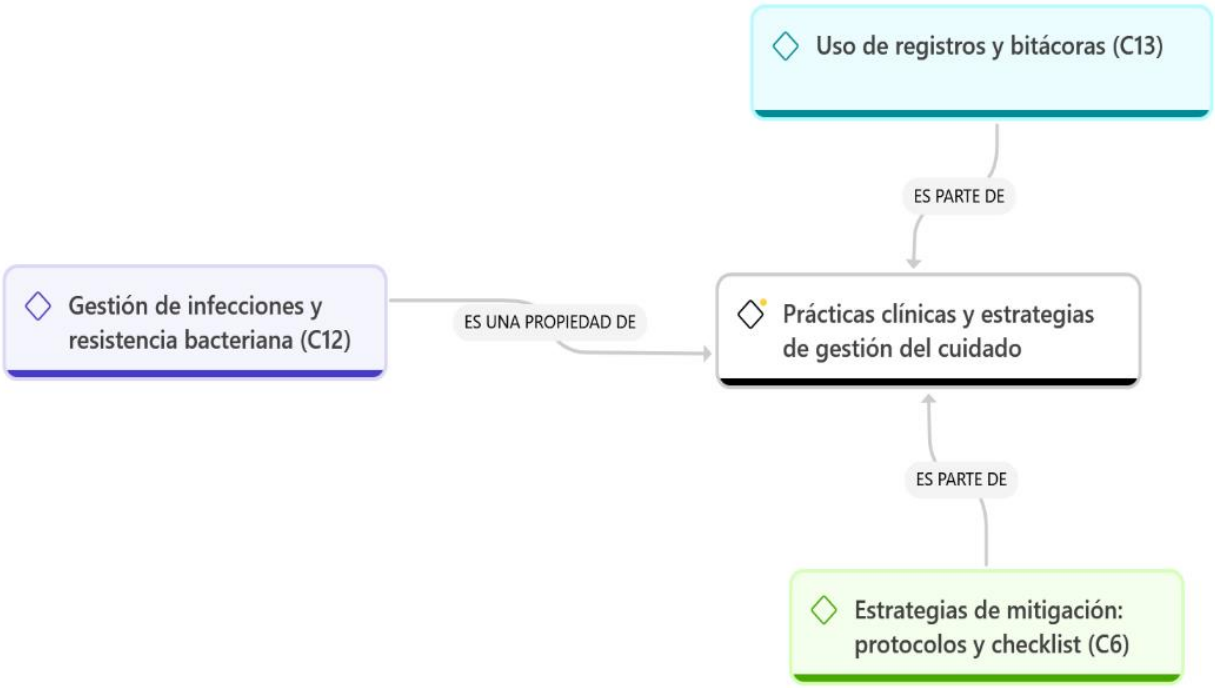
*"Contamos con protocolos de aspiración de secreciones, lavado de manos, seguridad del paciente (…) y prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica"* **(E5) (E8)**.

*"Tenemos un checklist para verificar que el lavado de manos, uso de guantes y los pasos de intubación se cumplan"* **(E4)**.

*"El lavado de manos es clave (…) la contaminación ocurre cuando no se limpia bien el área ni los instrumentos, porque cuando no se hace una adecuada desinfección del área (...) el paciente siguiente adquiere el mismo germen"* **(E3)**.

*"Tenemos un comité que se llama el comité de IAS, que nos capacita y evalúa constantemente a que cumplamos con los protocolos establecidos (...) en la UCI manejamos la bitácora que es un registro legal donde se anotan las acciones del checklist y se realizan en los tres turnos"* **(E1) (E7) (E9)**.

**Figura 5.** Categoría 5: Gestión del cuidado clínico.




Fuente: Elaboración propia de los autores.

Globalmente, los resultados del presente estudio permitieron comprender en profundidad las experiencias y percepciones del personal de enfermería en la UCI, revelando no solo la complejidad del manejo respiratorio en pacientes críticos, sino también los múltiples factores que influyen en el desempeño profesional. Se identificaron aspectos estructurales, emocionales y técnicos que interactúan en un ciclo constante de tensión organizacional, agotamiento mental y estrategias de adaptación que permiten sostener el compromiso y la calidad del cuidado. Dichos hallazgos reflejan la realidad diaria del equipo de salud, resaltando la necesidad de fortalecer las capacitaciones, mejorar las condiciones institucionales y fomentar la colaboración interdisciplinaria, para optimizar tanto los resultados clínicos como el bienestar del personal.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación se indagaron las percepciones del personal de enfermería respecto a las complicaciones respiratorias de pacientes críticos relacionadas con el cuidado directo, abordando esta problemática desde diversos aspectos.

Según los datos obtenidos se evidencia que las complicaciones respiratorias en pacientes críticos se perciben como un fenómeno multifactorial, influido por elementos clínicos, organizacionales y humanos. Estas percepciones coinciden con Plotnikow et al.,[19] quienes afirman que la edad avanzada, la sepsis, el intento previo fallido de ventilación no invasiva y el fracaso en la extubación aumentan el riesgo de complicaciones respiratorias y mortalidad en pacientes con ventilación mecánica en UCI. Por lo tanto, la concordancia entre la experiencia clínica y la evidencia científica resalta la importancia de identificar oportunamente condiciones predisponentes, lo cual resulta fundamental para fortalecer la gestión del cuidado respiratorio, mejorar posibilidades de supervivencia y por ende la calidad de vida de los pacientes.

Adicionalmente, las condiciones del entorno hospitalario emergen como un factor clave, especialmente en lugares con limitaciones o falta de recursos, tal como documenta la literatura internacional. Por tanto, se reconoce que el ambiente clínico e institucional influye directamente en la calidad y continuidad de la atención, mientras que la cohesión del trabajo interdisciplinario favorece prácticas centradas en el paciente y permite tener coordinación y comunicación eficiente.

Considerando lo anterior, cuando estas condiciones no son óptimas, surgen factores que obstaculizan la prestación del cuidado. En contraste, la insuficiencia de recursos, la sobrecarga laboral y las limitaciones organizativas se asocian con mayores dificultades operativas, tensión emocional y retrasos en la respuesta asistencial del personal de enfermería[20,21]. Coincidiendo con estos antecedentes, las narrativas de los participantes revelan que el escenario clínico condiciona la forma en que se priorizan y ejecutan las intervenciones, pudiendo interferir en la oportunidad y la seguridad del cuidado brindado en situaciones críticas.

El trabajo en UCI implica una importante carga emocional para el personal de enfermería, es así que los resultados reflejan niveles elevados de estrés y desgaste profesional, alineado con investigaciones recientes sobre burnout en UCI. Radfar et al.[22] señalan que la insuficiencia de recursos y el incremento del cúmulo de trabajo son condicionantes críticos en la carga subjetiva del personal de enfermería. De forma complementaria, la escasez global del personal agrava la calidad asistencial, haciendo imperativa la creación de entornos que mitiguen la fatiga psicológica y fomenten el bienestar de enfermeros y enfermeras de manera integral.

En este marco, la integración de equipos multidisciplinarios contribuye a una atención holística del paciente y redistribución de responsabilidades, de esta manera se alivia la carga individual de enfermería [23]. El análisis del estudio respalda la implementación de mecanismos de apoyo emocional y estrategias antiestrés para potenciar la resiliencia y la excelencia asistencial en UCI, potenciando espacios laborales saludables.

Por otra parte, la formación continua se posiciona como pilar para elevar la calidad del cuidado, lo que refuerza la necesidad de fortalecer políticas institucionales orientadas a la capacitación y retroalimentación de la práctica clínica. Mikhridinova et al.[24] definen la competencia profesional en enfermería como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que contribuyen a desempeñarse eficazmente, especialmente en UCI, donde las tareas son altamente demandantes y especializadas. Estudios recientes demuestran que la capacitación basada en evidencia supera a la tradicional en el manejo de ventilación mecánica [25].

Sumando a lo anterior, múltiples investigaciones coinciden en que los enfermeros y enfermeras necesitan mantenerse actualizados en directrices y guías, de manera que se vincula el conocimiento teórico con la práctica clínica [26,27]. En síntesis, la construcción de competencias en el personal de enfermería de UCI es un proceso continuo y dinámico que integra la experticia, actualización permanente, autoaprendizaje y responsabilidad ética, de manera que se garantice un cuidado digno y sobre todo cuando se presentan las complicaciones respiratorias en pacientes críticos.

Finalmente, los protocolos y listas de verificación son fundamentales para manejar complejidades y prevenir errores; esto contribuye a brindar cuidados estandarizados

con la evidencia de la más alta calidad, como lo señalan Weng et al.[28]. Asimismo, Liao et al. [29] sostienen que el registro eficiente y la digitalización de datos aseguran la continuidad del cuidado y la precisión del manejo interdisciplinario. Desde la percepción de enfermería, estos instrumentos son esenciales para estructurar y orientar la gestión del cuidado en la UCI, proporcionando claridad, soporte y cohesión al equipo.

# CONCLUSIONES

Desde la vivencia del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos (UCI) públicas de Ecuador, las complicaciones respiratorias en pacientes críticos constituyen un fenómeno inherentemente multifactorial y complejo. Este íntegra riesgos clínicos como ventilación mecánica prolongada, inmovilidad, comorbilidades y manejo de vía aérea; barreras institucionales como escasez de recursos y coordinación interdisciplinaria deficiente; y cargas subjetivas que incluyen estrés crónico, burnout y fatiga emocional.

Además, las narrativas de estas profesionales revelan tensiones técnicas, emocionales y organizacionales que condicionan la gestión del cuidado. En este contexto, la adaptabilidad profesional y los protocolos estandarizados emergen como pilares estratégicos para mitigar riesgos y la sostenibilidad de la atención al paciente. Es importante mencionar que los resultados muestran que la capacidad de vigilancia, toma de decisiones basadas en el juicio clínico y el trabajo en equipo constituyen aspectos centrales en la calidad del cuidado.

Esta comprensión desde las voces de las enfermeras locales enriquece la evidencia contextualizada al conocimiento latinoamericano sobre cuidados intensivos y pone de manifiesto que la actualización del conocimiento fortalece la práctica profesional y favorece una respuesta más oportuna ante situaciones críticas. Es por ello que se recomienda impulsar formación continua en competencias respiratorias avanzadas, así como la dotación tecnológica y condiciones ambientales de UCI e instituir programas de apoyo psicosocial para prevenir desgaste profesional.

Con todo lo anterior, estos hallazgos orientan a la creación de políticas públicas destinadas a optimizar la seguridad del paciente y la sostenibilidad del equipo de salud en contextos de alta complejidad asistencial.

# REFERENCIAS


1. Pin T, Santana N, Zambrano J, Carranza L. Rol de enfermería en el cuidado del paciente crítico. Rev Científica Investig Actual Mundo Cienc. 2024;8(1):357-67. doi: 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.357-367
2. Kayambankadzanja R, Schell C, Gerdin M, Tamras T, Mollazadegan H, Holmberg M, et al. Towards definitions of critical illness and critical care using concept analysis. BMJ Open. 2022;12(9):e060972. doi: 10.1136/bmjopen-2022-060972
3. Lai C, Tseng K, Ho C, Chiang S, Chen C, Chan K, et al. Prognosis of patients with acute respiratory failure and prolonged intensive care unit stay. J Thorac Dis. 2019;11(5):2051-60. doi: 10.21037/jtd.2019.04.84
4. Naurzvai N, Mammadova A, Gursel G. Risk factors for prolonged intensive care unit stay in patients with hypercapnic respiratory failure. Rev Recent Clin Trials. 2023;18(2):129-39. doi: 10.2174/1574887118666230320163229

5. Alhosani MI, Ahmed FR, Al-Yateem N, Mubarak HS, AbuRuz ME. Assessment of nursing workload and adverse events reporting among critical care nurses in the United Arab Emirates. Open Nurs J. 2023;17(1):e18744346281511. doi: 10.2174/0118744346281511231120054125
6. Parsons J, Kemp L, de Grood C, Brundin R, Stelfox H, Ng-Kamstra J, et al. A qualitative study of physician perceptions and experiences of caring for critically ill patients in the context of resource strain during the first wave of the COVID-19 pandemic. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):374. doi: 10.1186/s12913-021-06393-5
7. Villagracia H, Alhejaili T, Alshammari B, Sallam S, Alrasheeday A, Dando L, et al. Intensive and critical care nurses' compliance, barriers, and challenges with ventilator-associated pneumonia prevention: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2025;24(1):935. doi: 10.1186/s12912-025-03601-z
8. Matusov Y, Matthews A, Rue M, Sheffield L, Pedraza I. Perception of interdisciplinary collaboration between ICU nurses and resident physicians during the COVID-19 pandemic. J Interprof Educ Pract. 2022;27:100501. doi: 10.1016/j.xjep.2022.100501
9. Oner B, Cokelek F, Calıskan N, Duygulu S. Risks posed by nurses' working hours in the intensive care unit: a systematic review. BMC Nurs. 2025;24(1):1319. doi: 10.1186/s12912-025-03983-0
10. Mathew M, John A, Vazhakkalayil R. Nurse stress and patient safety in the ICU: physician-led observational mixed-methods study. BMJ Open Qual. 2025;14(2):e003109. doi: 10.1136/bmjoq-2024-003109
11. Li L, Zou X, Chen H. Workload in ICU nurses: a systematic review and meta-analysis of the nursing activities score. Intensive Crit Care Nurs. 2025;91:104086. doi: 10.1016/j.iccn.2025.104086
12. Cuestas R. Modelo de atención de enfermería para prevenir las infecciones respiratorias bajas en pacientes intubados. Rev Vive. 2022;5(14):303-13. doi: 10.33996/revistavive.v5i14.149
13. González C, Fuenzalida J, Fuster M, García C, Lobos C, Pacheco J, et al. Calidad de los cuidados de enfermería en unidades de pacientes críticos: una revisión de literatura. Ene [Internet]. 2023 [citado 2025 ago 20];17(2):2445. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200005
14. Palacios M, Cruz P, Morales Á, Córdova H, Sánchez J, Proaño J. Complicaciones asociadas al manejo de la vía aérea en pacientes con ventilación mecánica invasiva. INSPILIP. 2022;6(Especial): e322. doi: 10.31790/inspilip.v6iEspecial.322
15. Torres J. Complicaciones clínicas y terapéuticas en la ventilación mecánica de pacientes críticos con COVID-19 [tesis en Internet]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2021 [citado 2025 ago 20]. http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/25104
16. Castillo-López M, Romero-Sánchez E, Mínguez-Vallejos R. El método fenomenológico en investigación educativa: una revisión sistemática. Rev Latinoam Estud Educ (Colomb). 2022;18(2):241-67. doi: 10.17151/rlee.2023.18.2.11
17. Wirihana L, Welch A, Williamson M, Christensen M, Bakon S, Craft J. Using Colaizzi's method of data analysis to explore the experiences of nurse academics teaching on satellite campuses. Nurse Res. 2018;25(4):30-4. doi: 10.7748/nr.2018.e1516
18. Edara I. Integrating etic and emic approaches in psychological research. J Psychol Res. 2021;3(4):48-9. doi: 10.30564/jpr.v3i4.4082

19. Plotnikow GA, Gogniat E, Accoce M, Navarro E, Dorado JH. Epidemiología de la ventilación mecánica en Argentina. Estudio observacional multicéntrico EpVAr. Med Intensiva. 2022;46(7):372-82. doi: 10.1016/j.medin.2021.10.003
20. Figueiredo A, Baixinho C, Lucas P. Nursing practice environment influences on retention and turnover intention: an umbrella review. Collegian. 2026;33(1):8-17. doi: 10.1016/j.colegn.2025.09.008
21. Korylchuk N, Pelykh V, Nemyrovych Y, Didyk N, Martsyniak S. Challenges and benefits of a multidisciplinary approach to treatment in clinical medicine. J Pioneer Med Sci. 2024;13(3):1-9. doi: 10.61091/jpms202413301
22. Radfar M, Hemmati M, Mohammadi F. The organisational and managerial challenges experienced by nurses recovered from COVID-19: a phenomenological study. J Nurs Manag. 2021;29(8):2353-63. doi: 10.1111/jonm.13394
23. Toman M, Atanasio M, Teaster P. The questions, challenges, and possibilities when joining critical disabilities studies and healthcare research. Healthcare (Basel). 2025;13(22):2925. doi: 10.3390/healthcare13222925
24. Mikhridinova N, Wolff C, Van Petegem W. Taxonomy of competence models based on an integrative literature review. Educ Inf Technol. 2024;29(13):16997-17033. doi: 10.1007/s10639-024-12463-y
25. Elhabashy S, Moriyama M, Mahmoud E, Eysa B. Effect of evidence-based nursing practices training programme on the competency of nurses caring for mechanically ventilated patients: a randomised controlled trial. BMC Nurs. 2024;23(1):225. doi: 10.1186/s12912-024-01869-1
26. Abadian L, Alavi NM, Tagharrobi Z. Clinical nursing competency during epidemics: a qualitative content analysis. BMC Nurs. 2024;23(1):306. doi: 10.1186/s12912-024-01977-y
27. Saiga M, Yamamoto Y, Okuda R, Fukada M. Relationship between clinical nursing competence and work environment by career stage for nurses with 1–10 years of clinical experience. Yonago Acta Med. 2024;67(1):9-21. doi: 10.33160/yam.2024.02.002
28. Weng M, Brooks R, Glowicz J, Keckler M, Christensen B, Tsai V, et al. Outbreak investigation of Pseudomonas aeruginosa infections in a neonatal intensive care unit. Am J Infect Control. 2019;47(9):1148-50. doi: 10.1016/j.ajic.2019.03.009
29. Liao M, Chiu J, Tsai C. The effect of implementation of a nursing information system: experiences in a regional teaching hospital in Taiwan. Comput Inform Nurs. 2020;38(10):515-23. doi: 10.1097/CIN.0000000000000593