

Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular

O conforto do paciente
em uma unidade de
terapia intensiva
cardiovascular

Patient comfort
at an intensive
cardiovascular
care unit

• María Isabel Ruiz Góngora¹ • Luz Patricia Díaz Heredia² •

•1• Magister en Enfermería perfil Investigativo con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, Universidad Nacional de Colombia. Enfermera de hemodinamia Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia. E-mail: miruizg@unal.edu.co

•2• Doctora en Enfermería. Profesora asociada, Grupo de Investigación Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. E-mail: lpdiazh@unal.edu.co

Recibido: 21/06/2017 Aceptado: 03/07/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.65833



Resumen

Los pacientes con enfermedad cardiovascular pueden requerir hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular (UCIC), generando incomodidad. La enfermería como disciplina brinda cuidado para recuperarla, siendo necesario reconocer la comodidad como compleja y multidimensional.

Objetivo: describir la comodidad y los factores que la afectan en el paciente hospitalizado en una UCIC.

Metodología: enfoque mixto de predominio cualitativo con recolección concurrente que finaliza en triangulación de datos. Muestra correspondiente a 45 pacientes en diciembre de 2015 y enero de 2016 en una UCIC de Bogotá. Se aplicó una entrevista semiestructurada y el instrumento de comodidad (GCQ) de Kolcaba.

Resultados: se obtuvieron seis categorías que describen la comodidad en la UCIC; los factores que la alteraron fueron: percepción de no poder realizar actividades; sentirse encerrado; percepción de mucho ruido; o el tener que hacer sus funciones corporales ante personas desconocidas. Los factores que mejoran la comodidad incluyen contar con una persona cercana y el apoyo espiritual.

Conclusiones: la comodidad en la UCIC fue alta; según el cuestionario GCQ, el ámbito físico fue el más referido. Existen factores que facilitan la comodidad como el contar con una persona cercana. Las mayores incomodidades están relacionadas con la incapacidad para suplir necesidades asociadas a la higiene, dependiendo de otras personas para suplirlas. La metodología mixta permitió describir de manera amplia la comodidad de las personas en la UCIC.

Descriptores: Comodidad del Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermedades Cardiovasculares; Teoría de Enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Pacientes com doença cardiovascular podem necessitar de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Cardiovascular (UTIC), gerando desconforto em múltiplos níveis. A enfermagem como disciplina oferece o cuidado de recuperá-la, sendo necessário reconhecer o conforto como complexo e multidimensional.

Objetivo: descrever o conforto e os fatores que o afetam no paciente internado em uma UTIC.

Metodologia: foco misto de predominância qualitativa com coleta simultânea de dados quantitativos para subsequentemente realizar triangulação. Amostra correspondente a 45 pacientes em dezembro de 2015 e janeiro de 2016 em uma UTIC de Bogotá. Aplicamos uma entrevista semiestruturada e o instrumento de conforto (GCQ) de Kolcaba.

Resultados: foram obtidas seis categorias que descrevem o conforto na UTIC, os fatores que a alteraram foram: percepção de não poder realizar atividades; se sentir preso; percepção de muito ruído ou ter que fazer suas funções corporais perante pessoas desconhecidas. Fatores que melhoram o conforto incluem contar com a presença de uma pessoa próxima e apoio espiritual.

Conclusões: o conforto na UTIC foi alto de acordo com o Questionário GCQ, sendo a área física a mais referida. Existem fatores que facilitam o conforto, como ter uma pessoa próxima. O maior desconforto está relacionado à incapacidade de atender às necessidades associadas à higiene, dependendo de outras pessoas para supri-las. A metodologia mista permitiu uma ampla descrição do conforto das pessoas na UTIC.

Descritores: Conforto do Paciente, Unidades de Terapia Intensiva, Doenças Cardiovasculares, Teoria de enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Patients with cardiovascular disease may require hospitalization in the Cardiovascular Intensive Care Unit (CVICU), generating discomfort at multiple levels. Nursing as a discipline provides care to restore comfort. It is necessary to recognize comfort as a complex and multidimensional phenomenon.

Objective: to describe the comfort and the factors that affect it in the adult patient hospitalized in a CVICU.

Methodology: mixed approach involving a qualitative study and, simultaneously, the collection of quantitative data to perform a triangulation. The sample corresponds to 45 patients in December 2015 and January 2016 in a CVICU of Bogotá. We applied a semi-structured interview and Kolcaba's comfort instrument (GCQ).

Results: six categories were obtained. Among the factors that altered the comfort were: perception of not being able to carry out activities; feeling confined, perception of noise or having to do their bodily functions in presence of unknown people. The factors that improved comfort were: to be able to count on a close person and the spiritual support.

Conclusions: the level of comfort at the CVICU was high according to the GCQ questionnaire, the most mentioned area was the physical one. There are factors that facilitate comfort such as having a close person. The greatest discomfort is related to the inability to meet needs associated with hygiene, instead depending on other people to achieve them. The mixed methodology allowed a broad description of the comfort of patients at the CVICU.

Descriptors: Cardiovascular Diseases; Intensive Care Units; Nursing Theory; Patient Comfort (source: DeCS, BIREME).

Introducción

La enfermedad cardiovascular es la alteración de salud más frecuente en la población mundial y en Colombia (1,2). En Colombia, las enfermedades isquémicas del corazón son la primera causa de mortalidad del grupo etario 45 años y más (3).

Cuando la afección es significativa requiere de la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular (UCIC), por la necesidad de vigilancia y cuidados determinados para la supervivencia. Esta hospitalización genera sensaciones de incomodidad a nivel físico, psicológico, espiritual o social (4), aspectos que señalan la significancia social del fenómeno de estudio.

Para la enfermería, como disciplina, es importante conocer de manera más profunda la comodidad que vivencia el paciente; desde el significado disciplinar, este es un fenómeno complejo y multidimensional de gran interés para las enfermeras del contexto hospitalario, considerando como meta alcanzar las intervenciones de cuidado (5), enfocadas en ofrecer el mejor cuidado posible (6). La comodidad es definida como: "La satisfacción de las necesidades del paciente que surgen de situaciones estresantes del estado de salud, para obtener tres tipos de comodidad: el primero es el alivio, satisfacción de la necesidad; segundo, tranquilidad, calma para lograr un desempeño adecuado y el tercero trascendencia, potencialización de las capacidades de la persona" (6). Como se ha descrito desde la significancia teórica, este concepto es frecuentemente usado por las enfermeras en su práctica cotidiana, pero aún se desconoce cómo es la comodidad en los pacientes con enfermedad cardiovascular hospitalizados en una UCIC. Se buscó en consecuencia responder la pregunta ¿cómo es la comodidad del paciente hospitalizado en una UCIC?

Metodología

Estudio descriptivo cuanti-cualitativo, con predominio cualitativo de ejecución concurrente; la recolección de datos cuantitativos y cualitativos se desarrolló de manera paralela para plasmar al final un análisis independiente, que concluye en un análisis mayor, triangulación (7,8). Requirió de una postura interpretativa, desarrollada mediante

análisis de contenido temático y análisis cuantitativo descriptivo, centrado en la estadística descriptiva, complementándose entre sí, para poder dimensionar la realidad de la comodidad experimentada por las personas hospitalizadas en una UCIC (9).

Los criterios de inclusión fueron: pacientes hospitalizados en la UCIC con capacidad cognitiva para responder, estables hemodinámicamente y que estuvieran durante dos días de estancia como mínimo en la UCIC. Se excluyó a quienes obtuvieran un TISS de 40 o mayor. Se tuvo en cuenta el sesgo de clasificación, referente a la presencia de errores en la medición, pautas precisas para la recolección de datos, sus condiciones y controles en el proceso.

Se realizó una entrevista semiestructurada después de dos días de hospitalización en la UCIC, para escuchar el sentir de los pacientes, sus expresiones y vivencias. Consecutivamente, se les aplicó el instrumento Cuestionario General de Comodidad (GCQ) (10,11), que cuenta con una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de total acuerdo a total desacuerdo; el instrumento fue elaborado por Katharine Kolcaba y se aplicó con previa firma del consentimiento informado.

Las consideraciones éticas se basaron en las recomendaciones éticas, valores y principios para el desarrollo del trabajo (12,13) consignadas en las normas y políticas relacionadas. La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia dio aval ético -023-2015-, así como la institución de salud para la realización de la investigación.

Resultados

La muestra se constituyó con la información de 25 personas para la fase cualitativa, su selección fue intencional y se terminó su recolección al alcanzar la saturación de las categorías. La fase cuantitativa incluyó 45 personas, el 73 % fueron hombres y el 27 % mujeres. En promedio, la hospitalización fue de 3,49 días, con un mínimo de 2 y un máximo de 19. Las causas de hospitalización y clasificación de la gravedad de la enfermedad se relacionaron con el resultado del test *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28). Las causas más frecuentes de hospitalización fueron el infarto agudo de miocardio (51 %), posoperatorio (36 %) y falla cardíaca (11 %); el TISS clase II representó el 53 %. Los dispositivos terapéuticos que requirió un paciente oscilaron entre 4 como mínimo y un máximo de 16 en un mismo momento.

Fase cualitativa

Los resultados surgieron del análisis de contenido temático de la entrevista semiestructurada, se establecieron unidades de análisis y frecuencia inicialmente, para luego desarrollar análisis interpretativo. La primera fase del análisis permitió establecer 6 categorías y 16 códigos (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias unidades de análisis según categoría y código

Categorías	Códigos	Frecuencia unidades de análisis
Incomodidad y vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo	Vergonzoso para mí esa vaina de los patos.	8
	Me siento incómoda porque uno no lo pueda hacer, y estoy acostumbrada a hacerlo.	17
	Maluco por no poderse mover.	15
Dolor que afecta todo el ser	Duele mucho y no puedo ni respirar.	16
	Uno se siente muy mal, muy mal, absolutamente mal.	17
Sintiéndose en paz al contar con Dios y estando bien al ser atendido	Tiene uno como más paz y le queda tiempo de orar o pensar las cosas mejor.	15
	Yo me sentía muy bien, estaba como dicen, bien acomodado, bien atendido.	51
	Uno en una situación de estas, uno se ve como frustrado.	12
	Pude entender que las cosas iban a salir mejor, iba a salir adelante.	15
	En la uci se siente que Dios lo está a uno ayudando.	18
El acompañamiento y la visita de la familia, fuente de tranquilidad y satisfacción	El apoyo familiar me dio tranquilidad, satisfacción.	20
	Yo anhelaba la hora que llegaran las visitas	6
Impotencia al no poder comunicarse	No hay como una comunicación personal.	4
	Cansado de estar acostado y de sentirse uno aquí como encerrado.	10
Percibiendo el encierro, el ruido y la tranquilidad ofrecida por el ambiente	El ruido a algunas horas de la noche, eso sí es molesto.	8
	Digamos que el ambiente, que no hace frío, que no hace calor, que está uno tranquilo.	9

Fuente: Datos de la investigación

El análisis temático interpretativo posterior permitió establecer seis categorías:

1. *Incomodidad y vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo:* los pacientes manifestaron sentimientos de vergüenza y disgusto, así como características de la personalidad. Por ejemplo, se hizo evidente la timidez por el uso de patos, pisingos y la falta de movi-

lidad condicionada por requerimientos de la UCIC. Los pacientes se quejan de implementos nunca utilizados para sus necesidades fisiológicas. También es vergonzoso para los pacientes exponer su cuerpo a personas desconocidas. Se muestra en una de las unidades:

Yo soy muy pudoroso, pues me ha costado bastante poder asumir el rol de hacer del cuerpo aquí adentro, no sé, me ha costado todo eso [C02-L11,12].

2. *Dolor que afecta todo el ser:* los pacientes verbalizaron dolor fuerte y frecuente por movimientos pasivos, dispositivos instaurados, procedimientos y cirugías realizadas. Los diversos procedimientos y la constancia en la monitorización de la UCIC son causantes de dolor, incluso por la falta de habilidad o destreza de enfermería al realizar algunas actividades como la venopunción o desplazamientos. Se indica:

Cuando me desperté, yo no me podía mover a ningún lado, y llegaron a moverme, y no tenían el cuidado suficiente, como con alguien que está totalmente molido [C03-L16,18].

3. *Sintiéndose en paz al contar con Dios y estando bien al ser atendido:* los pacientes manifestaron la sensación de tranquilidad y paz al estar en un lugar reservado, con apoyo espiritual de personas dispuestas para escucharlas. En varias ocasiones verbalizaron “con la Gracia de Dios” como respaldo de su bienestar. La estancia en la UCIC promueve un proceso de reflexión sobre la vida y su valor:

Yo me sentía bien a pesar de lo enferma que estaba, pero me sentía, pues bien, Dios está conmigo [C25-L51].

4. *El acompañamiento y la visita de la familia, fuente de tranquilidad y satisfacción:* el apoyo de la familia y los amigos les facilita su estadía, les brinda serenidad, compañía y comodidad. Se indica:

El apoyo familiar me dio tranquilidad, satisfacción, este, ¿cómo le digo?, tenía una situa-

ción que me alejaba de cualquier mal pensamiento [C11-L36,37].

5. *Impotencia al no poder comunicarse*: los pacientes afirmaron dificultad para comunicarse, especialmente con el personal médico y familiar. Por la falta de un canal directo de comunicación con el médico; en caso de los familiares, por dispositivos terapéuticos instaurados y el corto tiempo de visita. Se afirma que:

Para mí, haría falta un timbre. No estar uno llamando, porque, por ejemplo, si hace señas de pronto no están mirando, porque a veces no están tampoco pendientes a toda hora de uno... [C19-L44,49].

6. *Percibiendo el encierro, el ruido y la tranquilidad ofrecida por el ambiente*: los pacientes manifiestan molestia por el encierro y el ruido de monitores y actividades con otros pacientes en la UCIC; este es un espacio en el cual se sienten encerrados, aburridos, no hay actividades que los entretengan, pero el estar solos les permite pensar y meditar:

Nunca me había pasado esta situación, me siento incómodo, me estoy estresando. El encierro y de pronto, no sé, si es prohibido al menos hubiera un televisor para ver noticias, una película, uno se estresa mucho acá, ver pasar el tiempo [C09-L24-26].

El análisis de las relaciones de las categorías permitió identificar la existencia de factores que alteran la comodidad y otras que mejoran la comodidad como se ve en el Gráfico 1.

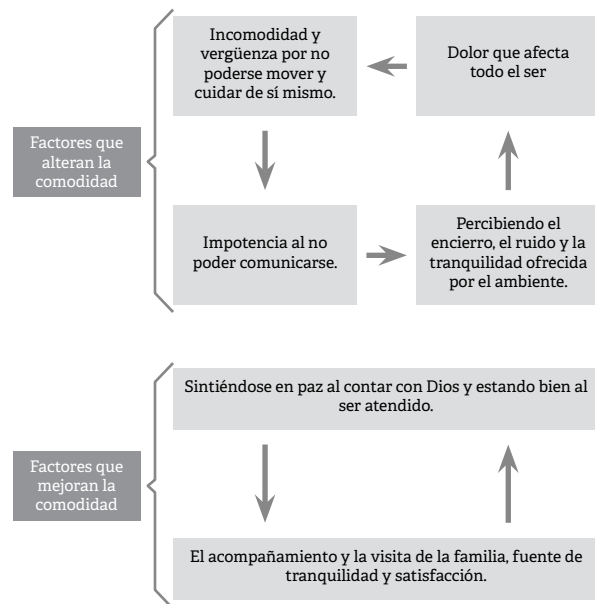
Fase cuantitativa

Basándose en la aplicación de la escala GCQ (respuestas tipo Likert), cada una con el 25 % de opción de respuesta, para el total de la suma de las 48 respuestas, permitió una clasificación por cuartiles de bajo nivel de comodidad (<48 puntos), medio bajo (49 a 96), medio alto (97 a 144) y alta (>145) (Tabla 2).

Se encontró que tanto hombres como mujeres estuvieron un rango medio alto de comodidad. El nivel

de comodidad según la escolaridad fue medio alto en personas con estudios de primaria básica. Entre los 8 y 10 días fue el periodo con mayor comodidad. Los días con un promedio menor de comodidad se encontraron en 2 días y más de 11. En la comodidad de los pacientes por clasificación del TISS se encontró que, a menor TISS del paciente, menor fue su promedio de comodidad. Según los pacientes el número de dispositivos colocados no les afectó su comodidad.

Gráfico 1. Factores que alteran o mejoran la comodidad.



Fuente: datos de la investigación.

Tabla 2. Clasificación de la comodidad según puntaje total del Cuestionario GCQ de Katherine Kolcaba.

	# de ítems	Alto	Medio alto	Medio bajo	Bajo
General	48	≥ a 145	De 97 a 144	De 49 a 96	≤ a 48
Contextos de la comodidad	Ambiental	≥ a 40	De 27 a 39	De 14 a 26	≤ a 13
	Física	≥ a 37	De 25 a 36	De 13 a 24	≤ a 12
	Psicoespiritual	≥ a 40	De 27 a 39	De 14 a 26	≤ a 13
	Social	≥ a 31	De 21 a 30	De 11 a 20	≤ a 10
Tipos de comodidad	Alivio	≥ a 49	De 33 a 48	De 17 a 32	≤ a 16
	Tranquilidad	≥ a 52	De 35 a 51	De 18 a 34	≤ a 17
	Trascendencia	≥ a 46	De 31 a 45	De 16 a 30	≤ a 15

Fuente: datos de la investigación.

Resultados con base en los contextos de la comodidad

Respecto al contexto ambiental los pacientes manifestaron en un alto porcentaje “no me gusta estar aquí” y “los ruidos no me dejan descansar”, con un 80 % de respuestas afirmativas. El ruido de los monitores y del ambiente de la UCIC incidió en el descanso y tranquilidad del paciente, tornándolo molesto e intranquilo. Así mismo, este espacio físico favoreció la intimidad, la soledad y el recogimiento para pensar, brindando tranquilidad y paz.

En el contexto físico, se resalta la necesidad de los pacientes por sentirse bien, con un 100 % de coincidencia en el ítem “necesito encontrarme bien de nuevo”; denota pensamientos de superación junto con los ítems “puedo superar mi dolor” e “intento hacer lo mejor”, con el 82 % de las respuestas. Al referirse al dolor, se encuentran los ítems “puedo superar mi dolor” y “me resulta difícil soportar el dolor que siento” con resultados del 42 % de acuerdo.

En las sensaciones físicas, se encuentra “tengo apetito” y “me siento suficientemente bien como para caminar”; surgieron respuestas de acuerdo con el 31 % y totalmente de acuerdo con el 33 %, por lo que se espera levantarse de la cama lo antes posible.

En el contexto psicoespiritual, son claras las respuestas dentro de las cuales se resalta “he encontrado un sentido a mi vida” y “me siento en paz conmigo mismo” con el 84 % de aceptación; “mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo” con el 82 %; “estoy contento” con el 62 %; “mi fe me ayuda a no tener miedo” con el 89 %; “siento que mi vida vale la pena” con el 98 %; “me siento confiado” con el 89 %; y “me siento útil porque me empeño en ello” con el 84 %.

La intimidad es un aspecto prioritario en el sentir de los pacientes, por esto cabe resaltar el ítem: “me siento incómodo por no estar vestido”, encontrando que están de acuerdo en el 42 % de los casos.

En relación con el contexto social, se encontró: “mis amigos se acuerdan de mí, mediante cartas y llamadas telefónicas” con el 80 % de acuerdo; “hay una persona, en concreto, que me cuida”, “el sentirme querido me da fuerzas” y “cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan” totalmente de acuerdo con el 84 %. Esto señala la importancia del acompañamiento y apoyo que ofrecen la red social del paciente hospitalizado.

Tipos de comodidad

Respecto al alivio, el 100 % de los participantes tienen como determinado querer encontrarse mejor de nuevo. En cuanto a la tranquilidad, se encuentran valores altos en “mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo” con el 82 %, “hay una persona en concreto que me cuida” con el 91 % y “me siento confiado” con el 89 %.

Al hablar de transcendencia, los pacientes expresaron que “mi fe me ayuda a no tener miedo” con el 89 %, “intento hacer lo mejor” con el 82 %, “el sentirme querido me da fuerzas” con el 98 %, “siento que mi vida vale la pena” con el 98 % y “puedo superar mi dolor” con el 60 %. Estas cifras muestran sentimientos de superación y de querer salir adelante frente a la situación por la que están pasando.

Triangulación y discusión

La triangulación de los datos obtenidos se construyó a partir de las orientaciones de Sandelowsky de *qualitizar* los resultados cuantitativos a fin de ampliar los datos obtenidos en la fase cualitativa: “Qualitizar, se refiere a un proceso por el cual los datos cuantitativos se transforman en datos cualitativos” (14). Respecto al análisis concurrente, las categorías que se identificaron en el análisis cualitativo frente a los contextos físico, psicoespiritual, social y ambiental, propuestos por Kolcaba, permitieron señalar lo expuesto a continuación.

El aporte desde el ámbito teórico se fundamenta en la descripción de la comodidad con base en las categorías relacionadas con el reconocimiento de los diferentes contextos: físico, ambiental y psicoespiritual, señalados en la teoría de Kolcaba. El contexto físico en la UCIC permite reconocer que se viven momentos indeseables que conllevan molestias como dolor, cansancio y desespero; sin embargo, existen pensamientos de querer superar la situación, especialmente el dolor, aspectos que refuerzan lo planteado por Kolcaba (15).

La enfermería como disciplina tiene las herramientas necesarias para mejorar esta situación, con una atención personalizada e integral, teniendo en cuenta las necesidades de comodidad en el contexto físico, principalmente. En este sentido, es un estado holístico que captura muchos de los aspectos interrelacionados de la experiencia humana positiva (16). En el contexto ambiental, la falta de familiaridad del espacio, las personas

y dispositivos utilizados por los pacientes desfavorecen su estancia en la UCIC, tal y como lo plantea Gómez: “en la UCI tienen que abandonar, al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo, etc.) y adoptar un rol pasivo y dependiente hacia el equipo médico del hospital y las máquinas y equipamiento que les rodean” (17).

Las condiciones ambientales de ruido, dispositivos, aislamientos y privaciones llevan a desmoralizar a los pacientes. Así, el proceso de asistencia debe centrarse en estar pendiente de las alarmas y condiciones del ambiente físico, que en este caso favoreció la intimidad, la soledad y el recogimiento para pensar, brindando tranquilidad y paz para conectarse con un espacio espiritual. Además, el ambiente físico agradable con una habitación amplia e iluminada, al igual que una cama suave y blanda, son condiciones que hacen más fácil la estadía en un servicio de salud de alta complejidad.

La comodidad descrita en el contexto psicoespiritual permitió reconocer esta experiencia como la última oportunidad de vida, pero, a la vez, tener una opción para recuperarse. El rol de los pacientes cambia en la UCIC, pues se sienten dependientes de otros, disminuye su percepción de capacidad personal y replantean el significado de la vida.

El aporte desde el ámbito social se enmarca en los resultados que permite reafirmar la importancia del apoyo de la familia y amigos para alcanzar la comodidad y el bienestar, porque los hace sentir bien, amados y les da fuerza para seguir adelante. Esto coincide con otro estudio, al señalar que “los pacientes necesitan relacionarse con otras personas para combatir la sensación de soledad que están viviendo en la UCI” (18).

También existe un sentimiento de vulnerabilidad y sensibilización para expresar lo que sienten, se evidencia la necesidad de ser oído, este hallazgo es similar a otros desarrollados en el país porque “debido a la sensación de desamparo y soledad que acompaña la enfermedad, la comunicación se convierte para los pacientes en un factor importante de motivación y de contacto con la realidad” (19). Por ello, es primordial tener una comunicación efectiva (20,21). Sobresale la poca distracción, lo que les produce una sensación de encerramiento, pero también de oportunidad para pensar y descansar.

Los pacientes acogieron un acompañamiento espiritual de un ser superior que los hizo sentir

protegidos y conscientes, la oración fue la principal forma de fortalecimiento.

Para la disciplina de enfermería uno de los mayores aportes está en reconocer que los contextos descritos de la comodidad no se presentan separados; por el contrario, conforman un todo que es dinámico, logrando, a pesar de la experiencia traumática, en este caso, un alto nivel de comodidad. Los hallazgos encontrados en este estudio permiten ratificar lo planteado por la teórica Kolcaba: la comodidad se desarrolla de una manera complementaria, dinámica y armónica (21). La experiencia y capacitación del personal, junto con la alta tecnología y el compromiso, favoreció la recuperación de la comodidad de los pacientes (22).

En este estudio el contexto físico fue el más referido. Esta sensación manifiesta se origina debido a los sentimientos de pudor o incomodidad que se generan por las ideas o preconcepciones que la persona tiene sobre las funciones corporales; para el paciente esto es intimidante, frustrante y vergonzoso.

La restricción física por dispositivos instalados, los medicamentos y, principalmente, el dolor, hacen que los pacientes pierdan la capacidad de realizar movimientos libremente. Esta falta de autonomía llega a originar irritabilidad y disgusto, por no poder suplir necesidades básicas, creándose la percepción de dependencia de otra persona para ejecutar movimientos básicos (23). La enfermera se empoderó de su rol para reducir este proceso estresante para el paciente con los cuidados ofrecidos (24).

Procedimientos de rutina como la venopunción, la toma de tensión arterial y el paso de sondas son los referidos por los pacientes como aquellos que más dolor generan (25); este dolor se incrementa cuando falta destreza y sutileza para realizar los procedimientos. El dolor fue manejado de diversas maneras por los profesionales de enfermería (26) al utilizar herramientas farmacológicas y no farmacológicas para controlarlo.

Las categorías que constituyen la descripción de comodidad encontradas en este estudio reafirman la propuesta teórica de comodidad. Se resalta que las incomodidades descritas se centran, principalmente, en el contexto físico, aunque la experiencia se manifestó como un todo que involucra al ser en su totalidad.

Conclusiones

La comodidad es la sensación de bienestar y paz al contar con Dios y con la familia, es estar y sentirse bien atendido; se alcanza a través del acompañamiento del personal y la presencia de la familia, generando tranquilidad y satisfacción. La comodidad se pierde en la unidad de cuidado intensivo cuando hay vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo, impotencia al no poder comunicarse, presencia de dolor físico que afecta todo el ser y sensación de encierro, además de la presencia de ruido que perturba la tranquilidad.

Los mayores factores que alteraron la comodidad de los participantes fueron la percepción de no poder realizar alguna actividad cotidiana en situaciones que lograba transgredir la capacidad y el concepto de sí mismos. Se establece que la experiencia de comodidad es holística e involucra la totalidad del ser. Los factores que la mejoraron fueron contar con el apoyo espiritual, familiar, de amigos o del mismo personal asistencial. Se evidenció un nivel de comodidad alto en el grupo de pacientes cardiovasculares hospitalizados en la UCIC.

La metodología mixta cuanti-cualitativa desarrollada permitió describir la comodidad y los factores que la afectan de una manera amplia y completa a profundidad, dando sentido y permitiendo completar el conocimiento sobre el fenómeno estudiado, permitiendo, además, confirmar los supuestos de la teoría de la comodidad propuesta por Katherine Kolcaba.

Referencias

- (1) Castro E, Petra C. Estilos de vida y factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Enf Inst Mex* [revista en internet]. 2017 [acceso: 10 sep 2017]; 25(3):189-200. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173f.pdf>
- (2) Poma J, Gálvez M, Zegarra J, Meza M, Varela L, Chávez H. Morbimortalidad de pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivos de un hospital general. *Rev Med Hered* [revista en internet]. 2012 [acceso: 15 jul 2016] 23(1):16-22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000100005&lng=es
- (3) Martínez, J. Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012. *Biom* [revista en internet]. 2016 [acceso: 2 ene 2017] 36(4):535-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84348515007>

- (4) Aro I, Pietilä A, Vehviläinen K. Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *J Clin Nurs* [serial on the internet]. 2012 [access: 17 Nov 2015] 21(13-14):1847-58. Available from: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x>
- (5) Zambrano G, Ferreira J, Lindarte A, Niño C, Ramírez N, Rojas L. Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. *Cien Cui* [revista en internet]. 2016 [acceso: 2 feb 2017] 7(1):52-60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717275>
- (6) Kolcaba K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Adv Nurs Sci* [serial on the internet]. 1992 [Available from: 2 Apr 2017] 15(1):1-10. Available from: https://www.researchgate.net/publication/21635629_Holistic_comfort_operationalizing_the_construct_as_a_nurse-sensitive_outcome
- (7) Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6a edición. México: McGraw Hill; 2014.
- (8) Poblete C. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Sal Pú* [revista en internet]. 2013 [acceso: 15 jun 2016] 17(3):218. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.5354/0719-5281.2013.28632>
- (9) Da Silva A, Ferreira M. Tecnologia na terapia intensiva e suas influências nas ações do enfermeiro. *Rev Esc Enf* [periódico na internet]. 2011 [acceso: 15 may 2016] 45(6):1403-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a18.pdf>
- (10) Ferrer E, Martín D. Translation and Validation of a Spanish version of the Kolcaba's General Comfort Questionnaire in Hospital Nurses. *Int J Nurs* [serial on the internet]. 2015 [access: 15 Jun 2017] 2(1):113-9. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/3da8/298a702c4beaf7f998e07a21bae66b266273.pdf>
- (11) Uribe A, Torrado I, Acevedo Y. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. *Cie Cui* [revista en internet]. 2015 [acceso: 10 sep 2016] 9(2):17-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4114496.pdf>
- (12) Gamboa G. La investigación biomédica tiene otra versión de la Declaración de Helsinki. *Pers Bio* [revista en internet]. 2013 [acceso: 24 nov 2015] 17(2):145-50. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/3745>
- (13) Arango G. Los comités de ética de la investigación: Objetivos, funcionamiento y principios que buscan proteger. *Inv Enf Ima Des* [revista en internet]. 2008 [acceso: 24 nov 2015] 10(1):9-20. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/download/1593/1017>
- (14) Sandelowski M. Focus on research methods combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques. *Res Nurs Health* [serial on the internet]. 2000 [access:

02 Feb 2017] 23(3):246-55. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/1098-240X%28200006%2923%3A3%3C246%3A%3AAID-NUR9%3E3.o.CO%3B2-H>

(15) Castanera A, Cruz V, Lobo A, Buxo M, García A, García M, et al. Percepción del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardíaca. *Enferm Cardiol [revista en internet]*. 2013 [acceso: 02 feb 2017] 20(60):22-6. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/60_04.pdf

(16) Tejada I. "No es fácil estar 24 horas en una cama": confort del paciente con sedación en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan [revista en internet]*. 2017 [acceso: 10 oct 2017] 17(4):380-9. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6741/4642>

(17) Gómez P, Monsalve V, Soriano J, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Int [revista en internet]*. 2007 [acceso: 15 may 2016] 31(6):318-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=es

(18) Gutiérrez J, Alvarino A, Perez M, Perez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enf Glob [revista en internet]*. 2008 [acceso: 15 feb 2017] 7(1):1-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834748003>

(19) Beltrán O. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Investig Educ Enf [revista en internet]*. 2009 [acceso: 18 feb 2016] 27(1):34-45. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003

(20) Rojas N, Bustamante C, Dois A. Comunicación entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichan [revista en internet]*. 2014 [acceso: 2 feb 2016] 14(2):184-95. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3117/3466>

(21) Kolcaba K, Kolcaba R. An analysis of the concept of comfort. *Jou Adv Nurs [serial on the internet]*. 1991 [acceso: 20 mar 2016] 16(11):1301-10. Available from: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Analysis%20Concept%20of%20Comfort.pdf>

(22) Achury D, Achury L, Díaz J, Rodríguez S, Alvarado H, Ortiz C, et al. Panorama general de la relación enfermera-paciente en algunas unidades de cuidado intensivo en Bogotá. *Inv Enf Imagen Desarr [revista en internet]*. 2014 [acceso: 12 ene 2016] 16(1):73-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145231426006>

(23) Kox M. Tratamientos menos intensivos para los pacientes críticos. *Jama Intra Med [revista en internet]*. 2013 [acceso: 1 jul 2016] 10:1-4. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6702>

(24) Oliveros H, Martínez F, Lobelo R, Velásquez J, Gómez M, Granados M, et al. Recursos utilizados y

calidad de vida de los pacientes críticamente enfermos egresados de la UCI. *Act Méd Col [revista en internet]*. 2008 [acceso: 1 mar 2016] 33(4):268-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113824003>

(25) Beltrán O. La práctica de enfermería en cuidado intensivo. *Aquichan [revista en internet]*. 2008 [acceso: 22 feb 2016] 8(1):50-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108106>

(26) Celis E, Birchenall C, de la Cal M, Castorena G, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Int [revista en internet]*. 2013 [acceso: 1 jun 2016] 37(8):519-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.04.001>