



Limitaciones y beneficios del confort en el paciente pediátrico en unidad de cuidados intensivos: revisión integrativa.

Vanessa Díaz Montoya
Juan Sebastián Mazo Sánchez

Monografía presentada para optar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado al Niño en Estado Crítico de Salud

Asesora
Jasmín Viviana Cacante Caballero, Doctor (PhD) en Bioética

Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Especialización en Enfermería en Cuidado al Niño en Estado Crítico de Salud
Medellín, Antioquia, Colombia
2024

Cita	Diaz Montoya y Mazo Sánchez (1)
Referencia	(1) Diaz Montoya V, Mazo Sánchez JS. Limitaciones y beneficios del confort en el paciente pediátrico en unidad de cuidados intensivos: revisión integrativa, 2024 [Trabajo de grado especialización]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2024.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Especialización en Enfermería en Cuidado al Niño en Estado Crítico de Salud, Cohorte XIV.

Grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud.

Centro de Investigación Facultad de Enfermería (CIFE).



Biblioteca Enfermería

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Contenido

Resumen	5
1. Introducción	7
2. Justificación	9
3. Objetivos.....	12
3.1. Objetivo general	12
3.2. Objetivos específicos	12
4. Metodología.....	13
Fase 1.....	13
Criterio de inclusión de los estudios.....	14
Criterios de exclusión del estudio	14
Fase 2.....	14
Estrategia de búsqueda	14
Fase 3.....	15
Sistematización de la información:.....	15
Fase 4.....	16
Fase 5.....	16
Evaluación de riesgo de sesgos (Lectura crítica).....	16
Integración de la información	17
5. Resultados.....	18
5.1. Resultados de la revisión	18
5.2. Descripción de los estudios seleccionados.....	19
5.3. Beneficios del confort en el paciente critico pediátrico.....	21
5.3.1 Beneficios Físicos del Confort:.....	22
Sedoanalgesia y manejo del dolor.	22

5.3.2. Beneficios Socioemocionales del confort.....	22
Beneficios del sueño y descanso en el paciente crítico pediátrico.....	22
Beneficios de la presencia de la familia durante la estancia en las unidades de cuidado crítico pediátrico:.....	23
5.3.3. Beneficios Psicoespirituales del confort.....	23
5.3.4. Beneficios Ambientales del confort.....	24
5.3.5. Beneficios del conocimiento del confort y uso de las escalas por enfermería .	24
Beneficios del concepto de confort y papel de la enfermería.....	24
Beneficios de aplicación de una escala de valoración del confort en paciente crítico pediátrico “COMFORT-Behavior Scale-versión española”.....	25
5.4. Limitaciones del confort en el paciente crítico pediátrico.....	26
5.4.1. Limitaciones Físicas del confort.....	26
5.4.2. Limitaciones Socioemocionales del confort.....	26
Limitaciones en el sueño y descanso del paciente por los ruidos (alarmas).....	27
Limitaciones Psicoespirituales del confort.....	28
Limitaciones Ambientales del confort.....	28
Limitaciones del conocimiento del confort y uso de las escalas por enfermería.....	28
Limitaciones del confort desde la implementación de la teoría en enfermería.....	28
Limitaciones de la estandarización del confort en las unidades de cuidado intensivo.	29
6. Discusión.....	30
7. Conclusiones.....	32
8. Referencias.....	34

Resumen

Introducción: Los pacientes pediátricos que se encuentran hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos generalmente requieren que se les brinde un cuidado integral y óptimo, entre estos cuidados lograr un completo estado de confort en esta población se vuelve algo indispensable, *Objetivo:* contribuir al desarrollo del conocimiento sobre las limitaciones y los beneficios del confort en los pacientes pediátricos hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo, *Metodología:* estudio tipo revisión integrativa de la literatura, se logra desarrollar la metodología con base a las fases propias de este tipo de revisión, en el cual se realiza una búsqueda bases de datos indexadas en la biblioteca de la Universidad de Antioquia, se crearon unta tablas en Excel para la clasificación y selección de los artículos incluidos y se evaluó su calidad mediante la aplicación de herramientas de lectura crítica para cada estudio. *Análisis de Resultados:* se logran identificar los beneficios del confort abordados desde los cuatro contextos expuestos en la teoría del confort de Katherin kolcaba, Físico, Psicoemocional, Psicoespiritual y ambiental, además de las limitaciones que se presentan en el confort a estos pacientes, *Conclusión:* Esta revisión integradora de la literatura permite contribuir al desarrollo del conocimiento de los beneficios y las limitaciones del confort, siendo este poco estudiado en las unidades de cuidados intensivos y mucho más limitados en el paciente pediátrica.

Palabras clave: Pediatría, Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico, confort, comodidad del paciente, paciente pediátrico, complicaciones, enfermería.

Abstract

Introduction: Pediatric patients who are hospitalized in intensive care units generally require comprehensive and optimal care. Among these care, achieving a complete state of comfort in this population becomes essential. *Objective:* contribute to the development

of the knowledge about the limitations and benefits of comfort in pediatric patients hospitalized in intensive care units, *Methodology*: integrative literature review type study, the methodology is developed based on the phases of this type of review, in the In which a search was carried out in databases indexed in the library of the University of Antioquia, tables were created in Excel for the classification and selection of the included articles and their quality was evaluated by applying critical reading tools for each study. *Analysis of Results*: it is possible to identify the benefits of comfort addressed from the four contexts exposed in Katherin Kolcaba's theory of comfort, Physical, Psychoemotional, Psychospiritual and environmental, in addition to the limitations that arise in comfort for these patients. *Conclusion*: This integrative review of the literature allows us to contribute to the development of knowledge of the benefits and limitations of comfort, which is little studied in intensive care units and much more limited in pediatric patients.

Keywords: Pediatrics, Pediatric Intensive Care Units, comfort, patient comfort, pediatric patient, complications, nursing.

Resumo

Introdução: Pacientes pediátricos internados em unidades de terapia intensiva geralmente necessitam de cuidados abrangentes e otimizados. Dentre esses cuidados, torna-se essencial alcançar um estado de conforto completo nesta população. em pacientes pediátricos internados em unidades de terapia intensiva, *Metodologia:* estudo do tipo revisão integrativa da literatura, a metodologia é desenvolvida com base nas fases deste tipo de revisão, na qual foi realizada busca em bases de dados indexadas na biblioteca da Universidade de Antioquia, foram criadas tabelas em Excel para a classificação e seleção dos artigos incluídos e sua qualidade foi avaliada através da aplicação de ferramentas de leitura crítica para cada estudo. *Análise dos Resultados:* é possível identificar os benefícios do conforto abordados a partir dos quatro contextos expostos na teoria do conforto de Katherin Kolcaba, Físico, Psicoemocional, Psicoespiritual e Ambiental, além das limitações que surgem no conforto para esses pacientes. *Conclusão:* Esta revisão integrativa da literatura permite-nos contribuir para o desenvolvimento do conhecimento dos benefícios e limitações do conforto, pouco estudado em unidades de cuidados intensivos e muito mais limitado em doentes

pediátricos.

Palavras-chave: Pediatria, Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, conforto, conforto do paciente, paciente pediátrico, complicações, enfermagem.

1. Introdução

Las unidades de cuidados crítico pediátrico (UCIP) son espacios de atención asistencial donde se da la posibilidad de brindar tratamientos complejos, procedimientos y cuidados especiales para los pacientes que tengan una condición grave de salud, siendo en estas unidades donde se aplican tratamientos en ocasiones invasivos y además agresivos como procedimientos diagnósticos, terapéuticos y del cuidado dependiendo la patología del paciente (1), puede generar en los niños y familias sentimientos de miedo, dolor, estrés el cual influye en gran medida con la recuperación de los pacientes.

En la actualidad miles de niños y niñas son internado en las UCIP, por diversas afecciones o enfermedades que afectan su estado de salud, muchos de ellos pasan por largas estancias de hospitalización por lo complicado de sus patologías, muchas veces pasando por momentos o procedimientos que puedan generar dolor o malestar, es por esto que el personal de enfermería cumple un papel importante en brindarles a los pacientes pediátricos medidas de confort (2,3), para contribuir con su proceso de recuperación o de ser el caso brindar una estancia digna para que la enfermedad siga su curso.

Siendo el confort una de las medidas indispensables que deben garantizarse en los pacientes pediátricos, la falta de confort puede estar relacionada con generar un malestar adicional, en ocasiones generando complicaciones que pueden afectar al paciente de manera parcial, total o generar empeoramiento de su condición clínica de manera desfavorable, la aplicación de medidas de confort es una de las medidas más importantes en las unidades de cuidado intensivo (4), ya que desde si ingreso empiezan a ocurrir cambios en su estado físico, espiritual, ambiental y psicosocial siendo importante garantizar un adecuado plan de cuidados de enfermería y evitar complicaciones por falta de o ausencia de confort(5).

Existen diversas definiciones de lo que es el confort, en términos generales el confort se refiere a un estado ideal de la persona que supone una condición o situación de bienestar,

comodidad y salud en la que no existe ninguna distracción o molestia que perturbe física o mentalmente al paciente (6).

Entonces siendo el confort una de las medidas prioritarias que se deben garantizar en los pacientes pediátricos que se encuentran en UCIP (5), la falta de éste puede generar una serie de complicaciones en las áreas que comprenden al paciente y su familia, ya que el paciente pediátrico debe ser visto como un ser holístico y no como solo centrarse en su esfera física o su patología, si no incluyendo otras medidas que puedan dar alivio(2,7-9). El rol de enfermería es trascendental en la búsqueda del confort e integridad que se busca con las intervenciones pertinentes, planeadas, con respaldo teórico y teniendo en cuenta la humanización de los cuidados, basados en el trato holístico, donde se busca la satisfacción de las necesidades en todas las esferas que comprenden al paciente y su familia.

Con lo anterior surge la necesidad de plantear cuáles son esas complicaciones asociadas a la falta de confort en los pacientes pediátricos internados en una unidad de cuidados intensivos y poder describir mediante la revisión y análisis de la literatura disponible frente a ¿Qué limitaciones y beneficios genera el confort en pacientes pediátricos en unidad de cuidado intensivo?

Esta revisión tiene como finalidad poder generar ese conocimiento frente a los que es el día a día en las unidades UCIP, incentivar la evaluación de la falta de confort en los pacientes pediátricos que se encuentran en estado crítico de salud, que mediante la aplicaciones de medidas de confort se puede lograr o contribuir en la mejoría de los pacientes, en hacer más confortable el tiempo que pasen en esas unidades, y como la falta de estos, puede generar complicaciones en la recuperación de los pacientes, el dolor que pueda generar malestar, alterar el sueño, reposo y descanso el cual es importante en la recuperación además de incluir la familia en ese proceso de generar confort, y como la familia también es afectada cuando no hay una correctas medidas de confort.

2. Justificación

“Una enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del nuevo ciego, el conocimiento y la confianza de una nueva madre y la voz de aquellos demasiado débiles para hablar”.

Virginia Henderson (10).

Según la Organización Mundial de la Salud (11) y la Organización Panamericana de Salud (12), la enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. Las enfermeras desempeñamos un papel importante en la atención centrada en la persona. En varios países, son líderes o actores clave en los equipos de salud multidisciplinarios e interdisciplinarios que proporcionan una amplia gama de servicios de salud en todos los niveles del sistema de salud. Es por eso por lo que es importante aplicar nuestros conocimientos en las unidades de alta dependencia como las Unidades de cuidado intensivo y cuidados especiales, para así mejorar la calidad de vida de las personas incluyendo el confort e identificando así los beneficios y limitaciones de este, que se presenten en la población pediátrica (3).

La intención de este trabajo es contribuir al desarrollo del conocimiento sobre las limitaciones y los beneficios del confort en los pacientes pediátricos hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo y que actividades podemos implementar en la práctica enfermera para mejorar el confort, integrarlo en los cuidados diarios que se les dan a los pacientes en estas unidades y así poder mejorar la calidad de vida.

El confort es el bienestar que se le debe de brindar a una persona en cualquier circunstancia que amerite un cuidado de sí y que implique una sensación de comodidad y tranquilidad frente a alguna adversidad o proceso de incertidumbre. El confort nos permite como enfermeras asegurar un cuidado humanizado a los pacientes y a sus familiares ya que, implica no solo el bienestar físico sino también mental, espiritual, ambiental y social de nuestros pacientes.

A marzo de 2023, Colombia cuenta con 965 camas de UCIP, lo que corresponde a una razón de 7,8 camas por cada 100.000 menores de 15 años, que corresponde a un aumento de 12,8% con respecto a 2019). Las principales causas de admisión a la UCIP fueron: infección respiratoria (23,8%), ingresos postquirúrgicos (23,5%), falla respiratoria (18,6%), choque séptico (16,5%) y malformaciones congénitas (13,1%); el promedio de estancia fue 5 días (13).

Con respecto a las necesidades que se pueden resolver en el ámbito familiar, es brindarle un cuidado de enfermería con ayuda de todo el equipo de salud para ayudar a calmar las situaciones que causan la falta de confort no solo al paciente sino a su familia, deben ser respetados, valorados, escuchados y comprendidos por todo el equipo asistencial, ya que el solo hecho de que este esté en una unidad de cuidado crítico causa una impresión en la mayoría de sus veces negativa, es importante hacer parte de los cuidado del niño a su familia, no haciéndolos a un lado en cuanto a las decisiones médicas y las intervenciones medicinales, resolviendo dudas y también propiciando un espacio óptimo para que la familia pueda descansar y acompañar a su niño enfermo (14–16).

Teniendo en cuenta esta definición de confort se hace mucho más fácil enfocar los objetivos del servicio de salud de acuerdo con las necesidades específicas de los pacientes puesto que, nos permite visualizar que es lo que está y no está funcionando durante los procesos de prevención, tratamiento y recuperación; una reorientación del cuidado haciéndolo más personalizado y consciente, implica una colaboración multidisciplinar y nos asegura una calidad de vida más alta para los pacientes (17).

Para nosotros como futuros especialistas, debemos concientizarnos de que no es fácil para una familia que uno de sus miembros esté internado en una unidad crítica y más si se trata de un niño, y es por ello por lo que nos vemos en la obligación de brindar unos cuidados de salud de alta calidad y no solo aplicar los conocimientos científicos, sino también implementar en las buenas prácticas de cuidado, el confort (18–20).

Existen unas necesidades y estas pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales que se ponen en manifiesto a través de expresiones verbales y no verbales de los pacientes que se encuentran en las unidades críticas, parámetros fisiopatológicos y seguimiento de estos mismos (14). Los pacientes pueden carecer de ese confort ya que en las unidades hay ruido todo el tiempo que interrumpe su ciclo de sueño y vigilia,

aparatos extraños, catéteres y sondas que de cualquier manera van a generar ya sea dolor o el tan mencionado discomfort, el sentimiento de soledad es inminente, aparte de que esas unidades no pueden estar todo el tiempo lleno de familiares por el alto riesgo que existe de muerte (1,4,16,21).

Aun así, como política de las instituciones prestadoras de salud, como una estrategia para prevenir a falta de confort es incluyendo en los cuidados de los pacientes a cada uno de los miembros de las familias, porque así ellos se sienten seguros y nos pueden facilitar esos cuidados en salud y esto lo hemos evidenciado en el que hacer de nuestra vida cotidiana(4)

En el contexto de cuidados intensivos pediátricos las necesidades más mencionadas por los pacientes y sus familias son: miedo, dolor, frustración, soledad, pérdida de conexión con el grupo familiar y se identificaron además como vivencias traumáticas. Al personal de enfermería se le debería de exigir además que brindar ese cuidado con calidad y viendo al paciente de una forma holística (2,6).

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Contribuir al desarrollo del conocimiento sobre las limitaciones y los beneficios del confort en los pacientes pediátricos hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo.

3.2. Objetivos específicos

1. Revisar los artículos sobre el tema del confort en las unidades de cuidado crítico pediátrico publicados durante los últimos 20 años en las bases de datos indexadas, disponibles en el sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia.
2. Seleccionar de los artículos identificados sobre el tema de confort en las unidades de cuidado intensivo pediátrico aquellos que cumplan con los criterios de inclusión propuestos en la revisión.
3. Analizar las limitaciones y beneficios del confort en las unidades de cuidado intensivo pediátrico que emergen de la lectura crítica de los artículos elegidos para la revisión.

4. Metodología

Debido a la cantidad y la complejidad de la información en el área de la salud, es necesario emplear métodos de revisión de la literatura, entre los cuales se destaca la revisión integradora. Así, la finalidad de este tipo de revisión es presentar los hallazgos más relevantes orientados por la pregunta de investigación, sobre: *¿Qué limitaciones y beneficios genera el confort en pacientes pediátricos en unidad de cuidado intensivo?*

La revisión integradora es un método de investigación que permite la búsqueda, la evaluación crítica y la síntesis de las evidencias disponibles sobre el tema investigado, siendo su producto final el estado actual del conocimiento del tema investigado, la implementación de intervenciones efectivas en la atención a la salud y la reducción de costos, y también, la identificación de vacíos que dirigen hacia el desarrollo de futuras investigaciones (22,23).

Las fases que incluye el desarrollo de una revisión integrativa son cinco (22) y para dar respuesta a la pregunta en cuestión se desarrollaran a continuación:

Fase 1.

Se realizó una discusión entre los dos integrantes del equipo conformados por estudiantes de la especialización de cuidado de enfermería al niño en estado crítico de salud, junto a la docente asesor acerca de la necesidad de realizar una búsqueda exhaustiva donde se revisarán cuáles eran los beneficios y las limitaciones asociadas a la falta de confort en la población pediátrica que se encontraba internada en las unidades de cuidado intensivo y como el cuidado de enfermería en conjunto con todas las acciones del equipo multidisciplinar se podían mejorar los mecanismos de cuidado para la disminución de dichas alteraciones. para ello se emplearon unos criterios de inclusión y exclusión que se describen a continuación:

Criterio de inclusión de los estudios

Entre los criterios de selección que se tuvieron en cuenta para la búsqueda de información, se incluyeron varios tipos de estudio, cuantitativos (revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, ensayos clínicos, estudios cuasiexperimentales, estudios analíticos) cualitativos (Estudios de teorías fundamentadas, estudios fenomenológicos), diferentes fuentes de información entre artículos de revista, libros y otras publicaciones científicas. Se tendrán en cuenta estudios de los últimos 20 años ya que hay muy poca literatura reciente que apoye la teoría del confort expuesta por Kolcaba y como era la visión antes de implementar estas estrategias y se tendrán como palabras claves y/o términos Mesh: Enfermería, unidad de cuidado intensivo, paciente pediátrico, confort, los documentos seleccionados deben cumplir con mínimo dos palabras de las enunciadas en su título.

Criterios de exclusión del estudio

Entre los criterios de exclusión están: estudios que no se centraran en el paciente pediátrico, que estuvieran por fuera del rango de tiempo indicado (20 años) y aquellos estudios y/o artículos que no incluyeran en su título mínimo dos palabras claves o que no se tuviera acceso a ellos en texto completo.

Fase 2.

Durante la fase dos de la revisión integrativa, se desarrolló una estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos de la Universidad de Antioquia como: Pubmed, Science Direct, Google Scholar, Scopus, Lilacs, Scielo, American Academy of Pediatrics, Embase, Ombid, BVS, con el fin de encontrar artículos que cumplieran con los criterios de inclusión expuestos se incluyeron además como estrategia el conector booleano AND.

Estrategia de búsqueda

Entre las estrategias planteadas se seleccionaron los términos a utilizar en idioma español: Pediatría, Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico, confort, comodidad del

paciente, paciente pediátrico, complicaciones, enfermería; y términos en idioma inglés serán: Pediatrics, Intensive Care Units [UCIP], Pediatric patient, comfort, complications, complicações, conforto, enfermagem, saúde, nursing. Las palabras clave seleccionadas para realizar las búsquedas se seleccionaron mediante el método PCC (Población, concepto central, contexto) empleado para formular la pregunta orientadora (18).

Dentro de los límites y filtros que se emplearán en la búsqueda se tuvo en cuenta: el idioma (tres idiomas), el tiempo (20 años) y la población (paciente pediátrico). Se hallaron el total 1908 artículos, a razón de que no incluían al menos dos de las palabras claves se descartaron 1860, luego se descartaron 3 artículos por duplicidad, quedando un total de 45 artículos, de los cuales se excluyeron 34 porque no cumplían con los criterios de inclusión, quedando en total 11 artículos los cuales fueron seleccionados para su revisión y análisis y que cumplían con los criterios de la revisión integrativa.

Fase 3.

Sistematización de la información:

Para las búsquedas encontradas se construirá una base de datos en Excel en la cual se incluirá fecha de búsqueda, base de datos consultada, términos utilizados, conectores boléanos, límites y filtros, total de resultados obtenidos por búsqueda, total de artículos excluidos por título, resumen, idioma o que estén duplicados y los estudios que fueron incluidos, además de título y enlace web (Ver tabla 1 y 2).

Tabla 1. Matriz de búsqueda

FECHA DE BÚSQUEDA	BASE DE DATOS	TERMINOS UTILIZADOS EN LA BÚSQUEDA	Nº ARTICULOS TOTALES EN LA BÚSQUEDA	EXCLUYEN POR TITULO	EXCLUYEN POR RESUMEN	Nº ARTICULOS ELEGIDOS	NOMBRE DEL ARTICULO	LINK
9/24/2023	PUBMED	((((PEDIATRICS) AND (CONFORT)) AND (COMPLICATIONS) AND (UCI))	49	41	7	1	Assessing distress in pediatric intensive care environments: the CONFORT scale (Evaluación del malestar en entornos de cuidados intensivos pediátricos: la escala CONFORT)	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1545324/

Nota: Esta tabla muestra el proceso de la búsqueda de información den las bases de datos disponibles en el sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia. tabla de construcción propia.

Fase 4.

Tabla 2. Tabla de selección de artículos.

TÍTULO	AUTORES	REFERENCIA	AÑO	PAIS	IDIOMA	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	RESULTADOS	DECISIÓN
CONFORT: CONTRIBUCIÓN TEÓRICA A LA ENFERMERÍA	Ana Gonçalves Martins Patrícia Pontífice Sousa Rita Margarida Marques	Cogitare Enferm. 2022, v27:e87724	2022	Portugal	ESPAÑOL	REFLEXION	ENFERMERIA	La literatura destaca la presencia del constructo integral en varias taxonomías de enfermería a lo largo del tiempo, y más recientemente, en varias teorías de enfermería. Desde el análisis conceptual, independientemente de la perspectiva teórica, se reafirma que se trata de un fenómeno de interés complejo y multifacético	INCLUIDO

Nota: Esta tabla muestra el proceso de análisis generales de los artículos seleccionados. tabla de construcción propia.

Fase 5.

Durante la fase cinco, se dio paso al análisis (lectura crítica) de cada uno de los artículos seleccionados que cumplían con los criterios de inclusión en su totalidad (once artículos), para los cuales se emplearon tres herramientas: CASPe, JBI, MMAT.

Evaluación de riesgo de sesgos (Lectura crítica)

Los estudios Incluidos estarán en una base de datos en Excel en la cual se realizará la evaluación del riesgo de sesgos aplicando la herramienta de lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español, cuyo objetivo es proporcionar las habilidades necesarias para la “lectura crítica de la evidencia clínica”) a 6 artículos, JBI (Instituto Joanna Briggs, el cual sirve para evaluar la investigación y la integración de los estudios en la práctica diaria de enfermería) se le aplico a 3 artículos . Se vio la necesidad de unificar por un lado la evidencia derivada de fuentes como la experiencia, la especialización y todas las formas de investigación rigurosa; y por otro lado, la interpretación de sus resultados y utilización de una buena praxis en los cuidados de salud), MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool, es una herramienta para evaluar estudios primarios seleccionados a partir de revisiones de literatura mixta), la cual se le aplico a 2 artículos, de la revisión integradora, que además se podrá establecer que un estudio es de buena calidad si supera la mitad de la calificación total posible a obtener, los artículos serán evaluados por dos investigadores independientes mediante la lectura y análisis

aplicando las herramientas mencionadas y posterior un análisis de la información obtenida (ver tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de riesgo de sesgo

TITULO	TIPO DE ESTUDIO	EVALUACIÓN	ESCALA	CLASIFICACION DE LA CALIDAD	CALIDAD	PORCENTAJE	
A LITERATURE REVIEW OF COMFORT IN THE PAEDIATRIC CRITICAL CARE PATIENT (UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE LA COMODIDAD EN EL PACIENTE DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS)	REVISION DE LITERATURA	¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	SI	Un porcentaje de calificación entre el 0 y el 40% indica una calidad baja en el artículo	ALTA	100%	
		¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	SI				
		¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	SI				
		¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?	SI				
		Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?	SI				Un porcentaje de calificación entre el 41 y 69% indica una calidad media en el artículo
		¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Intervenciones				
		¿Cuál es la precisión del resultado/s?	Apropiada al tema de la revisión				
		¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	si				
		¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	si				
		¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	si				

Nota: la evaluación de riesgo de sesgo se aplicó según la metodología del artículo. tabla de construcción propia.

Integración de la información

La integración de la información se hará mediante un análisis descriptivo de cada uno de los artículos seleccionados y se realizarán en dos pasos, en el paso uno, se realizó una lectura crítica y un análisis descriptivo de los artículos incluidos. En el paso dos, se identificaron las limitaciones y beneficios que ofrece el confort en el paciente pediátrico dentro de la unidad de cuidados intensivos. estos resultados se analizarán a la luz de la clasificación del confort propuestos por Kolcaba en su teoría del confort (Confort físico, confort psicoespiritual, Confort socioemocional, Confort ambiental) (24).

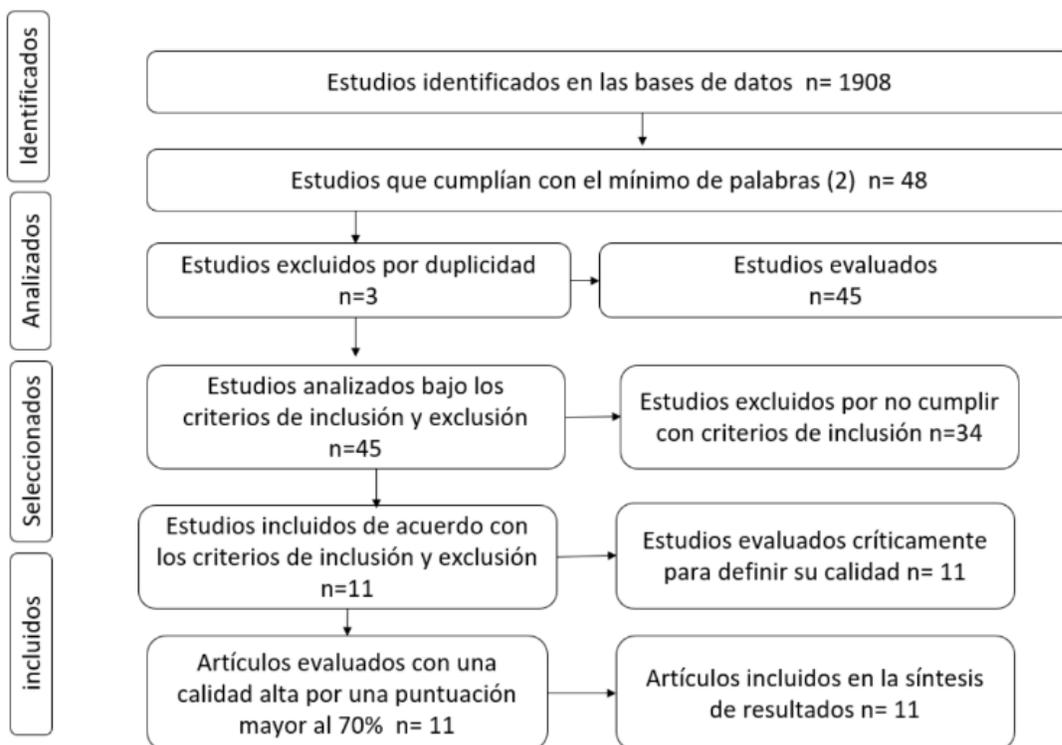
5. Resultados

5.1. Resultados de la revisión

En la búsqueda de la literatura se identificaron en total 1908 publicaciones en las bases de datos indexadas en el sistema de biblioteca de la Universidad de Antioquia.

Una vez se seleccionados los artículos que eran potencialmente relevantes para esta revisión y posterior a realizar la lectura de los textos de título y resumen, se excluyeron 1860 ya que no se encontraban relacionados con el tema objeto del estudio, quedando 48 artículos de los cuales fueron excluidos luego de la lectura en texto completo 37, al no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión o su calidad luego de ser evaluada no cumplía con la calificación mínima del 70% del instrumento de lectura crítica empleado, se incluyeron al final 11 artículos en esta este trabajo monográfico tipo revisión integradora de la literatura.

Tabla 4: Flujograma de búsqueda y selección de artículos. Tabla de construcción propia.



5.2. Descripción de los estudios seleccionados

Entre los 11 artículos que se incluyeron finalmente en esta revisión integrativa, 7 de ellos fueron escritos en idioma inglés, 3 en idioma español y 1 en portugués, dentro de los enfoques metodológicos hallados en los artículos se encontró que la mayoría de ellos eran revisiones de literatura (n=5) y estudios observacionales (n=2), los artículos restantes artículos de opinión (n=2) y con metodología mixta e integrativa (n=2), la mayoría de los artículos abordaban el tema del confort desde las necesidades de los tres tipos de confort: alivio, tranquilidad y trascendencia y/o sus cuatro contextos: físico, psicoespiritual, social y ambiental, validación y aplicación de la escala para medir el nivel de confort en el paciente crítico pediátrico, la mayoría de estudios fueron realizados en latinoamérica (n=6), seguido de Europa (n=4) y estados unidos (n=1), finalmente los 11 estudios fueron realizados en unidades de cuidados intensivos.

Tabla 5. Artículos seleccionados para la revisión. Tabla de construcción propia.

Titulo	Autores	Año	País de publicación	Campo de conocimiento	Base de datos
Confort: contribución teórica a la enfermería	Ana Gonçalves Martins Patrícia Pontífice Sousa Rita Margarida Marques	2022	Portugal	Enfermería – confort	Scielo
Grado de disconfort del paciente crítico pediátrico y correlación con variables sociodemográficas y clínicas, analgesedación y síndrome de abstinencia. Estudio multicéntrico COSAIP (Fase 2)	Alejandro Bosch-Alcaraza Patrícia Luna-Castaño, Patrícia Garcia-Solerd	2020	España	Confort Paciente crítico pediátrico	Pubmed
A literature review of comfort in the pediatric critical care patient	Alejandro Bosch Alcaraza	2018	España	Confort Paciente crítico pediátrico	Pubmed
Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo	Diana M. Achury Luisa Fernanda Achury	2010	Colombia	Enfermería Unidad de cuidados intensivos	Scopus
Prevención de los eventos adversos en las unidades de cuidado intensivo pediátricas	Herly Alvarado ¹ , Diana Achury Saldaña	2016	Colombia	Paciente pediátrico crítico, acciones preventivas	Google scholar
Adaptación transcultural y características de la versión española de la escala COMFORT Behavior Scale en el paciente crítico pediátrico	A. Bosch-Alcaraza Jordana, J. Guàrdia Olmosc, Falcó- Pegueroles	2019	España	Escala confort pediatría	Google scholar
Alarms in intensive care units and its implications for the patient comfort	Roberto Carlos Lyra Andrea Fittipaldi Thiago Quinellato Louro	2012	Brasil	Nivel de ruido para el confort del paciente crítico	Pubmed
Síndrome post cuidados intensivos en pediatría	Marina Toobe 1	2021	Argentina	Paciente pediátrico	Pubmed
An analysis of the concept of comfort	Kathanne Y Kolcaba Raymond J Kolcaba	1991	Estados unidos	Confort	Pubmed
Prácticas del cuidar en Enfermería para la promoción del confort	Fernanda Carneiro Mussi Kátia Santana Freitas Mariana de A. Moraes Gibaut	2014	Brasil	Enfermería y confort	Scielo
Validez de contenido de una escala de confort crítico pediátrico mediante una metodología mixta.	Bosch-Alcaraz Jordan-Garcia Alcolea-Monge Fernández-Lorenzo Carrasquer-Feixa Falcó-Pegueroles	2017	España	Validación de escala confort pediátrica	Google scholar

Nota: En esta tabla se presentan los artículos seleccionados para la revisión, detallando datos como: título, autores, año de publicación, país, campo de conocimiento y bases de datos.

Tabla 6. Clasificación de temáticas de los artículos seleccionados

Temas	Título de publicación 1	Título de publicación 2	Título de publicación 3
Confort físico	<i>Grado de discomfort del paciente crítico pediátrico y correlación con variables sociodemográficas y clínicas, analgesia y síndrome de abstinencia. Estudio</i>	<i>Prevención de los eventos adversos en las unidades de cuidado intensivo pediátricas</i>	-
Confort Psicoespiritual	<i>multicéntrico COSAIP (Fase 2) Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo</i>	<i>A literature review of comfort in the pediatric critical care patient</i>	-
Confort Socioemocional	<i>Síndrome post cuidados intensivos en pediatría</i>	<i>Prácticas del cuidar en Enfermería para la promoción del confort</i>	
Confort Ambiental	<i>Alarms in intensive care units and its implications for the patient comfort</i>	<i>Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo</i>	-
Conocimiento del confort y uso de la escala por parte de enfermería	<i>Confort: contribución teórica a la enfermería</i>	Adaptación transcultural y características de la versión española de la escala COMFORT Behavior Scale en el paciente crítico pediátrico	An analysis of the concept of comfort

A continuación, se exponen los resultados obtenidos

5.3. Beneficios del confort en el paciente crítico pediátrico

Dentro de los artículos seleccionados en esta revisión integrativa, se logró clasificar en aquellos que a través del confort brindado a los pacientes pediátricos según la teoría del confort de Kolcaba (6) generan beneficios en el estado de salud del paciente.

entre las categorías que se lograron identificar de los beneficios del confort, están:

- Beneficios Físicos del confort.
- Beneficios Socioemocionales del confort.
- Beneficios Psicoespirituales del confort.
- Beneficios Ambientales del confort.
- Beneficios del conocimiento del confort y uso de las escalas por enfermería.

Estos apartados se explican a continuación.

5.3.1 Beneficios Físicos del Confort:

Sedoanalgesia y manejo del dolor.

Poder Brindar y lograr dar comodidad al paciente crítico pediátrico, se hace necesario proporcionar un adecuado manejo del dolor y la sedación de una manera óptima, dando alivio y así disminuyendo el impacto de los procedimientos y tratamientos a los cuales debe estar sometido el paciente durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. El manejo e implementación de la analgesia y sedación es indispensable en el manejo del confort del paciente crítico pediátrico, ya que influye en el manejo del dolor, el sueño y el descanso que contribuyen a la recuperación (25).

La sedoanalgesia es de uso rutinario en el manejo y tratamiento del paciente crítico pediátrico y está ligada a variables sociodemográficas como la edad, sexo, patología de ingreso a la unidad de cuidado intensivo, fármacos empleados en la sedoanalgesia, tras un análisis para determinar si el número de fármacos influían en el grado de confort de paciente crítico pediátrico se observó que las menores puntuaciones de disconfort se encontraron en aquel grupo de pacientes los que se les estaba administrando 2 fármacos. Luego de analizar la relación entre número de fármacos administrados y grado de disconfort, se observaron diferencias estadísticamente significativas (4).

5.3.2. Beneficios Socioemocionales del confort.

Beneficios del sueño y descanso en el paciente crítico pediátrico.

Uno de los artículos abarca el tema del sueño y el confort en el paciente crítico, recalcando la importancia de los beneficios del sueño:

El manejo del sueño del paciente crítico es clave para su recuperación, el personal de enfermería logra contribuir con el confort ambiental ayudando a identificar mediante la observación o escucha de las preferencias del paciente, en cuanto a factores como el

ruido, la luz y la temperatura promoviendo un entorno que sea cómodo para el paciente (25).

Describir la efectividad del patrón del sueño desde la perspectiva y condiciones de la persona, debe ser valorado de forma subjetiva y objetiva, con el fin de intervenir eficazmente los factores modificables que lo perturben, permitiendo así una valoración individual de los gustos y preferencias del paciente (25).

Beneficios de la presencia de la familia durante la estancia en las unidades de cuidado crítico pediátrico:

Ayuda al paciente pediátrico a afrontar y sobrellevar su estado crítico de salud al lograr un acompañamiento tanto físico como emocional durante la estancia en la unidad de cuidado crítico, las estrategias preventivas aplicadas a las familias del paciente pediátrico logran generar un mejor acompañamiento de sus familiares, al participar en los hitos del cuidado importantes durante su estancia (26).

Seguimiento de rutinas positivas durante el tiempo de hospitalización, como la hora del baño, la alimentación, juego y/o realizar actividades que sean acordes para su condición de salud (26).

5.3.3. Beneficios Psicoespirituales del confort

Logra obtener consuelo desde sus creencias espirituales, acudiendo a un ser superior o energía cósmica según sean sus creencias, genera en el paciente pediátrico alivio y tranquilidad de su alma o desde la parte del ser (7).

Genera confianza y autoestima durante su proceso de enfermedad, teniendo claridad de que la presencia de su ser superior puede dar un significado a su propia vida(7).

5.3.4. Beneficios Ambientales del confort

Un ambiente que sea personalizado en la medida de lo posible según los gustos del paciente crítico pediátrico siempre y cuando pueda manifestarlo, favorece su proceso de recuperación, el nivel de ruido influye en descanso del paciente al igual que el tipo de sonido (27).

Un nivel óptimo de luz (luz Fría, cálida o neutra) según lo prefiera el paciente favorece la comodidad y el descanso, el periodo de vigíala y sueño son afectados de manera positiva si se tiene en cuenta las necesidades del paciente (25).

5.3.5. Beneficios del conocimiento del confort y uso de las escalas por enfermería

Beneficios del concepto de confort y papel de la enfermería.

Durante el análisis de los artículos se evidenció que dos de ellos abordan el concepto del confort desde un punto de vista teórico y su aplicabilidad a la profesión propia de enfermería, indicando los siguientes beneficios:

Recibir un cuidado integral por parte del personal de enfermería que logre identificar sus necesidades de confort y que pueda tener herramientas necesarias para suplir sus necesidades de comodidad y evaluar de manera constante como ser holístico no solo a su cuerpo físico (2)

El concepto confort es inherente al cuidado de enfermería pero no se limita únicamente al cuidado físico, Katherine Kolcaba enfermera gerontóloga fue la primera en definir claramente el concepto de confort como “la experiencia inmediata del ser, reforzada por la satisfacción de las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia, las cuales atienden a cuatro contextos: físicos, psicoespiritual, sociocultural y ambiental yendo más allá de la ausencia de dolor u otras molestias físicas” (2,6)

La valoración continua del paciente da a la enfermera herramientas para realizar un cuidado adecuado e integral, no sólo resolviendo su comodidad en el momento, sino, adaptar esos cuidados según las necesidades del paciente y brindar un confort pleno (14)

Beneficios de aplicación de una escala de valoración del confort en paciente crítico pediátrico “COMFORT-Behavior Scale-versión española”.

EL confort debe ser constantemente evaluado ya que al ser una necesidad de paciente debe no verse solo como un objeto o limitarlo únicamente a las acciones físicas de ahí la importancia de poder medir y evaluar el confort en el paciente crítico pediátrico, dos artículos incluidos en esta revisión abordan el tema de una escala que fue avalada y adaptada al español para lograr identificar el disconfort en los pacientes y evidenciándose los siguientes beneficios:

Lograr la identificación del disconfort en el paciente crítico pediátrico, mediante la valoración continua y aplicando un instrumento validado para tal fin, la COMFORT-Behavior Scale-versión española es empleada con frecuencia para ayudar a medir el nivel de sedoanalgesia en el paciente e indicando si el paciente está cursando por un disconfort, esta escala mide de forma simultánea parámetros tanto físicos como fisiológicos, uno de ellos es la escala (1,28).

Los pacientes pediátricos que ingresan a las unidades de cuidado intensivo su manejo puede ser complejo, estos generalmente requieren de procedimientos y manejos invasivos y es probable que se pueda generar dolor, se presente miedo, incertidumbre, estrés, angustia al estar en un ambiente desconocido, mediante el uso de la escala se puede identificar la necesidad de modificación de la analgesia y dar elementos a la enfermera para modificar los cuidados al paciente (1).

Al ser una escala de fácil aplicación ayuda a optimizar el tiempo para la valoración del paciente y a su vez agiliza el proceso de proporcionar medidas de alivio y comodidad al paciente, Bosch Alcaraza, describe los ítems de la escala para valorar el confort *“La escala permite la valoración de forma objetiva y evalúa tres dimensiones con dos factores cada una de ellas: (1) «Alerta y Movimiento Físico»,(2) «Calma/Agitación» y «Respuesta Respiratoria/Llanto», y(3) «Tono Muscular» y «Tensión Facial». Dicha escala define que*

con puntuaciones ≤ 10 puntos el paciente está sin disconfort; entre 11-22, padece disconfort; y puntuaciones ≥ 23 puntos, el niño/a está en disconfort grave” (29).

5.4. Limitaciones del confort en el paciente crítico pediátrico

Las limitaciones del confort en la atención del paciente crítico pediátrico lograr ser identificadas dentro los artículos seleccionados y se describen a continuación:

- Limitaciones Físicas del confort.
- Limitaciones Socioemocionales del confort.
- Limitaciones Psicoespirituales del confort.
- Limitaciones Ambientales del confort.
- Limitaciones del conocimiento del confort y uso de las escalas por enfermería.

Estos apartados son ampliados a continuación:

5.4.1. Limitaciones Físicas del confort.

La condición clínica del paciente puede generar dificultades para lograr un correcto confort físico, la edad en el paciente pediátrico crítico genera una limitación al no tener la suficiente capacidad de verbalizar su malestar o no estar físicamente en la capacidad de hacerlo (29).

Si el paciente requiere para el manejo del dolor altas dosis de fármacos para mantener una sedoanalgesia óptima, puede generar errores en la sobredosificación de esto para lograr el confort (29).

El paciente crítico con requerimiento de soporte de ventilación mecánica invasiva genera una limitación en cuanto a las formas de aliviar la postura de paciente, alimentación, y descanso, además de ser necesario para su proceso de recuperación es una fuente constante de dolor (26,29).

5.4.2. Limitaciones Socioemocionales del confort

Limitaciones en el sueño y descanso del paciente por los ruidos (alarmas).

Los estudios muestran como durante el periodo de estancia del paciente un 50% de ellos ingresan a las unidades de cuidado intensivo presentan trastornos importantes del sueño, estudios realizados mediante polisomnografía indican que las horas reales de sueño corresponden a aproximadamente dos horas de las veinticuatro del día (25).

De ahí que el sueño se constituya en un componente esencial de la salud, Entre los factores predisponentes a la interrupción del sueño es importante considerar: la edad, los síntomas, los factores psicológicos y la enfermedad (25).

El uso de equipos biomédicos (monitores, ventiladores, bombas de infusión) en indispensable en la atención del paciente crítico pediátrico, estos equipos generan ruidos o alarmas que indican o alertan al personal de salud, sobre las condiciones clínicas del paciente, siendo estas uno de los principales generadores de ruido, sumado a ruidos como teléfonos y conversaciones entre el personal de salud hacen que el confort en el paciente se vea afectado, siendo el sueño y descanso perturbado (27).

La medición de los niveles de ruido en las unidades de cuidado intensivo se vuelve complejo ya que todas las unidades no cuentan con la tecnología necesaria para realizar la medición, limitando al personal en los momentos donde los niveles de ruido sobrepasan lo permitido y se vuelve incómodo para el paciente afectando las etapas del sueño y su descanso (27).

Durante el desarrollo de las actividades e intervenciones terapéuticas encaminadas a la atención pueden considerarse molestas e interrumpir el sueño del paciente, generando malestar, incomodidad y dificultad para lograr un sueño reparador o profundo por un periodo de tiempo entre 90 y 120 minutos (25,27).

La población pediátrica puede llegar a ser más sensible a los niveles de ruido ya que están constantemente en un estado de alerta al encontrarse en un ambiente desconocido y nuevo para ellos, afectando enormemente los periodos de sueño. Las medidas

objetivas y subjetivas de la calidad del sueño indicaron que el sueño en estos pacientes que están en las unidades está extremadamente perturbado, siendo el ruido la causa principal (25).

Limitaciones Psicoespirituales del confort.

El paciente pediátrico puede verse afectado para lograr un alivio de su parte Psicoespiritual, al ser en ocasiones limitada la accesibilidad o recursos que se le pueden brindar al paciente para su tranquilidad (6).

El proceso de enfermedad limita además el confort psicoespiritual al generar en el paciente sensaciones o pensamientos de culpa, que es un castigo divino o la llegada de la muerte (6).

Limitaciones Ambientales del confort.

Lograr un ambiente siempre óptimo para el paciente pediátrico es complejo dadas las condiciones y la dinámica de la unidad de cuidado intensivo.

Los procedimientos que son indicados para el tratamiento y diagnóstico general en el paciente cambios de temperatura bruscos o aumento o disminución de la iluminación, limitando su descanso e incluso su dolor (25).

El paciente crítico pediátrico debe estar monitorizado las 24 horas y está rodeado de equipos biomédicos que generan una alarma (Ruido) limitando el control ambiental en esta área, muchos son desconocidos para el paciente y generan incertidumbre y miedo (27).

Limitaciones del conocimiento del confort y uso de las escalas por enfermería

Limitaciones del confort desde la implementación de la teoría en enfermería.

Las intervenciones de confort que están encaminadas únicamente a la parte mecánica se convierten en una fuente de malestar más que de alivio, al no promover el confort desde un uso racional en las actividades de enfermería (2).

El alivio del malestar lleva al paciente a un estado de confort, pero no siempre es así, ya que este puede lograrse sólo de manera parcial o temporal, generando la necesidad de reevaluación constante del paciente y reestructurando su cuidado (2)

Kolcaba afirma en su teoría del confort “*no es posible alcanzar un estado de pleno confort, en todas sus dimensiones*” (2,6).

Siendo el confort incluido dentro de las taxonomías de enfermería, como lo es la NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association), se limita en la presencia de diagnósticos relacionados con la dimensión psicoespiritual del confort y se restringe a la dimensión física y mucho más en la población pediátrica (2).

Limitaciones de la estandarización del confort en las unidades de cuidado intensivo.

Dos de los artículos mencionan la posible presencia de limitaciones a la hora de brindar medidas de confort al paciente pudiendo así generar efectos no deseados en el paciente.

La estandarización de los cuidados al paciente crítico pediátrico que buscan brindar confort genera limitaciones al objetivar al niño, ya que no se brinda un cuidado individualizado pudiendo no estar dando solución a las necesidades de confort del paciente (30).

Las características que identifican propiamente a la población pediátrica que se encuentra en un estado crítico de salud, suelen requerir aumentar las medidas o acciones de confort al ser estos más susceptibles a eventos adversos o no deseados del confort al no tolerar las actividades que se desarrollan en este ámbito como lo es la unidad de cuidados intensivos (30).

Aunque dentro de las acciones de cuidado para favorecer el confort en el paciente crítico pediátrico limita el hecho que aún no se cuenta con un instrumento específico para monitorear en pediatría las complicaciones que se pueden generar, ni hay información

sobre las secuelas en niños a largo plazo cuando el confort está ausente, no son suficientes las medidas aplicadas o no son específicas para aliviar su disconfort en alguno de los cuatro contextos (6,26).

El Consejo internacional de enfermeras (CIE), plantea el papel fundamental que cumple el personal de salud, y la importancia de que las instituciones cuenten con un número adecuado de personal de salud, ya que esto permite al personal disponer de un poco más de tiempo y apoyo durante la atención del paciente, ya que esto para el paciente se torna como medidas de seguridad que contribuyen a disminuir las caídas, presencia de úlceras por presión y errores de medicación (26).

6. Discusión

El confort es un termino que logra ser inherente al cuidado de enfermería así lo menciona la enfermera gerontóloga Katherin Kolcaba en su teoría de rango medio acerca de confort, en el cual aborda el concepto de confort desde cuatro contextos: Físico, Psicoemocional, Psicoespiritual y ambiental (2,6) siendo este aplicable al cuidado del paciente pediátrico hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos.

El confort brindado al paciente pediátrico genera unos beneficios al paciente pediátrico, así como unas limitaciones.

Dentro del contexto del confort físico, se considera importante resaltar el uso de la sedoanalgesia para manejo del dolor en el paciente critico pediátrico (1,4,29) además de su constante valoración mediante la aplicación de una escala que sea adecuada para medir el confort en el paciente pediátrico así como lo menciona Bosh (29), aunque también existen limitación para el manejo del dolor en cuanto a la utilización de fármacos, ya que estos si son usados de forma indiscriminada pueden generar daño a la salud de paciente y se limita a un tiempo y dosis máxima, al sobre pasar esto se generan eventos adversos (30) además el uso correcto de la escala de valoración la COMFORT-Behavior Scale-versión española (1,4,29) favorece a detectar e intervenir de manera temprana el nivel de confort de paciente.

La parte psicoemocional es vital en el proceso de recuperación de los pacientes y beneficia al niño brindándole seguridad, confianza y acompañamiento de sus familiares además de involucrarlos en el proceso de cuidado (26), la presencia de la familia es vital en el proceso de recuperación y de se debe favorecer su presencia siempre que sea posible su ausencia puede, el sueño y el descanso deben favorecerse siempre que sea posible y garantizar un periodo de vigilia y sueño óptimos (25) las unidades de cuidados intensivos deben tener un ambiente controlado para lograr el mayor nivel de confort del paciente crítico pediátrico.

El Confort Psicoespiritual es un concepto variable y poco abordado en la literatura o expresado no con la suficiente profundidad, aunque se menciona que el poder generar el alivio o tranquilidad en el paciente puede favorecer el proceso por el cual esta cursando ya sea recuperación o transcendencia (24) (31), dar o facilitar el confort en este contexto se ve limitado a la poca cantidad de personal que se encuentra capacitado para dar alivio a esto (26).

Lograr adecuar el espacio y ambiente al las necesidades del paciente beneficia aspectos importantes como el descanso, el sueño, e incluso su estado de ánimo, un sonido puede generar tanto placer y volverse reconfortante (26) pero puede convertirse en ruido que ya se vuelve perjudicial o molesto para el paciente (27) es importante minimizar lo más posible las causas de ruido en las unidades, aunque a veces se limite este por la atención del paciente.

El concepto del confort logra brindar herramientas para encaminar el cuidado a los pacientes críticos pediátricos, el conocer y aplicar el concepto del confort debe ser algo que se vuelva del día a día y se haga de una forma correcta y con calidad (2) la integración de la teoría a la practica es esencial para lograr un cuidado integral del niño, aunque la teoría de *kolcaba* se centra en la población en general deja abierta la posibilidad a su aplicación en paciente pediátrico específicamente (6) además el correcto empleo de la escala COMFORT-Behavior Scale-versión española, la cual es una herramienta que está disponible en español para valorar el confort de los pacientes y hacer una intervenciones oportunas y eficientes para favorecer su confort (29) estado está limitada a la experticia del personal que la aplica.

Lograr brindar un confort completo en los pacientes pediátricos es una tarea compleja al ser pacientes con un estado y condición de salud cambiante, lograr integrar una teoría a la práctica clínica o al hacer puede ser bastante complejo, la revisión integrativa logra identificar y poner a disposición los beneficios y limitaciones del confort en el paciente pediátrico hospitalización en las unidades de cuidado intensivo podría hacerse de una forma mas estructurada y especifica, continuar identificado cuales son esos beneficios para el paciente critico pediátrico y como la enfermería puede llevar a cabo esa labor y teniendo presente buscar estrategia que puedan romper esas limitaciones para garantizar un completo estado de confort en el paciente pediátrico

7. Conclusiones

1. Los artículos hallados en las diferentes bases de datos sobre la temática, a pesar de ser numerosos no discriminan con suficiente claridad y/o profundidad los aspectos relacionados con el confort en las unidades de cuidado intensivo. Es importante aclarar que al incluir dentro de las búsquedas el término MeSh, relacionado con cuidado intensivo se identificó una disminución importante de la bibliografía hallada.
2. Los hallazgos dentro de la revisión integrativa destacan dentro de los beneficios del confort en las unidades de cuidado intensivo promover el uso de las escala COMFORT-Behavior Scale-versión española, para disminuir y/o detectar los posibles cambios en el confort del paciente.
3. La sedoanalgesia y manejo del dolor en el cuidado de los pacientes pediátricos hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo, fueron aspectos relevantes expuestos por la literatura para lograr mejorar el confort en estos espacios de atención.
4. Dentro de las limitaciones que afectan el confort con mayor evidencia dentro de la literatura se encuentran las alteraciones del sueño originadas por el ruido y la manipulación de los pacientes, el enfrentarse a un ambiente desconocido sin tener

apoyo emocional (compañía de padres o familiares) y la estandarización que se realiza en muchas unidades de cuidado intensivo de los cuidados referentes al confort, que no necesariamente atienden las individualidades de los niños y sus familias.

5. En conclusión, la revisión sobre los beneficios y las limitaciones del confort en las unidades de cuidados intensivos pediátricos aportan al estudio y la formación de los profesionales de enfermería en esta área, promoviendo las herramientas que ayudan a identificar posibles problemáticas en el cuidado (ruido, manejo de la luz, etc) y potencian acciones físicas, emocionales y materiales de parte del profesional de enfermería que promueven el confort en el paciente pediátrico y su familia.

8. Referencias

1. Bosch-Alcaraz A, Jordan I, Guàrdia Olmos J, Falcó-Pegueroles A. Adaptación transcultural y características de la versión española de la escala COMFORT Behavior Scale en el paciente crítico pediátrico. *Med Intensiva*. diciembre de 2020;44(9):542-50.
2. Gonçalves Martins A, Pontífice Sousa P, Margarida Marques R. CONFORT: CONTRIBUCIÓN TEÓRICA A LA ENFERMERÍA. *Cogitare Enferm*. 18 de noviembre de 2022;(27):1-8.
3. Ramos N., Rodrugez N. 18 años de edad, límite de la atención médica en menores por pediatras e inicio de consulta por internistas [Internet]. Sociedad Colombiana de Pediatría | SCP. 2014 [citado 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://scp.com.co/los-18-anos-de-edad-sera-el-limite-y-finalizacion-de-la-atencion-medica-por-los-pediatras-e-inicio-de-la-atencion-medica-por-los-medicos-internistas/>
4. Bosch-Alcaraz A, Luna-Castaño P, Garcia-Soler P, Tamame-San Antonio M, Falcó-Pegueroles A, Alcolea-Monge S, et al. Grado de disconfort del paciente crítico pediátrico y correlación con variables sociodemográficas y clínicas, analgesia y síndrome de abstinencia. Estudio multicéntrico COSAIP (Fase 2). *An Pediatría*. diciembre de 2021;95(6):397-405.
5. Brenda AA, Elsa VR. Cuidados de Enfermería orientados al confort del recién nacido prematuro hospitalizado.
6. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs*. noviembre de 1991;16(11):1301-10.
7. Bosch-Alcaraz A, Falcó-Pegueroles A, Jordan I. A literature review of comfort in the paediatric critical care patient. *J Clin Nurs*. julio de 2018;27(13-14):2546-57.
8. De La Oliva P, Cambra-Lasaosa FJ, Quintana-Díaz M, Rey-Galán C, Sánchez-Díaz JI, Martín-Delgado MC, et al. Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. *An Pediatría*. mayo de 2018;88(5):287.e1-287.e11.
9. Aguayo-Verdugo N, Valenzuela-Suazo S. Saber teórico y utilización de la teoría del confort en la práctica de enfermería. *SANUS*. 30 de marzo de 2019;(9):26-37.
10. Chozas JMV. *Enfermería Actual*. 2024 [citado 27 de junio de 2024]. Virginia Henderson : Biografía y Contribuciones en Enfermería. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/virginia-henderson/>
11. World Health Organization (WHO) [Internet]. [citado 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
12. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es>
13. Castiblanco C, Escobar F. Situación de los servicios de pediatría en Colombia. 2023;

14. Nava Galán G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Rev Enferm Neurológica*. 31 de diciembre de 2010;9(2):94-104.
10. Górriz MG, Bauzá FM. *Peculiaridades del Paciente Pediátrico*. 2012 .
16. Rodrigo Franchi et al. Unidad de cuidados intensivos pediátricos de puertas abiertas: experiencia y opinión de los padres. *Arch Pediatría Urug [Internet]*. 25 de julio de 2018 [citado 7 de diciembre de 2023]; Disponible en: <http://www.sup.org.uy/web2/archivos-de-pediatria/adp89-3/web/pdf/adp.2018.89.3.a03.pdf>
17. Rodríguez DAR. El concepto del confort en el cuidado de enfermería. *Rev Cuba Enferm*. 2022;38(1):e4163.
18. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Khalil H, Larsen P, Marnie C, et al. Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIEvid Synth*. abril de 2022;20(4):953.
19. González Gómez A, Montalvo Prieto A, Herrera Lían A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enferm Glob*. 28 de diciembre de 2016;16(1):266.
20. <https://www.cun.es> [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2023]. Complicación. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>
21. González-Gil MT, Alcolea-Cosín MT, Pérez-García S, Luna-Castaño P, Torrent-Vela S, Piqueras-Rodríguez P, et al. La visita infantil a la unidad de cuidados intensivos pediátricos desde la experiencia de las enfermeras. *Enferm Intensiva*. julio de 2021;32(3):133-44.
22. Botelho LLR, Cunha CCDA, Macedo M. O MÉTODO DA REVISÃO INTEGRATIVA NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. *Gest E Soc*. 2 de diciembre de 2011;5(11):121.
23. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. *Rev Esc Enferm USP*. abril de 2014;48(2):335-45.
24. Kolcaba KY, Kolcaba RJ. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs*. noviembre de 1991;16(11):1301-10.
25. Achury-Saldaña DM, Achury LF. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. 2010;12.
26. Toobe M. Síndrome post cuidados intensivos en pediatría. *Rev Fac Cienc Médicas Córdoba*. 28 de diciembre de 2021;78(4):408-14.
27. Silva RCL da, Fittipaldi A, Louro TQ, Silva CRL da. Alarms in intensive care units and its implications for the patient comfort. *Rev Enferm UFPE Line*. 3 de julio de 2012;6(11):2800-7.

-
28. Bosch-Alcaraz A, Luna-Castaño P, Garcia-Soler P, Tamame-San Antonio M, Falcó-Pegueroles A, Alcolea-Monge S, et al. Grado de disconfort del paciente crítico pediátrico y correlación con variables sociodemográficas y clínicas, analgosedación y síndrome de abstinencia. Estudio multicéntrico COSAIP (Fase 2). *An Pediatría*. diciembre de 2021;95(6):397-405.
 29. Bosch-Alcaraz A, Jordan-Garcia I, Alcolea-Monge S, Fernández-Lorenzo R, Carrasquer-Feixa E, Ferrer-Orona M, et al. Validez de contenido de una escala de confort crítico pediátrico mediante una metodología mixta. *Enferm Intensiva*. enero de 2018;29(1):21-31.
 30. Alvarado H, Achury Saldaña D, Pontificia Universidad Javeriana. Prevention of adverse events in pediatrics intensive care units. *Salud Uninorte*. 15 de enero de 2016;32(1):144-52.
 31. Nava Galán G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Rev Enferm Neurológica*. 31 de diciembre de 2010;9(2):94-104.