

**El confort del paciente con sedación: mirada del enfermero en una Unidad de
Cuidado Intensivo**

Indira Islem Tejada Pérez

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Enfermería

Asesora

**Martha Cecilia Madrigal Ramírez
Docente Universidad de Antioquia**

**Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Medellín
2015**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Glosario	
Introducción	
1. Contexto	10
1.1 Generalidades	10
1.2 Contexto social	11
1.3 Contexto cultural	13
2.4 Contexto jurídico	15
2.5 Contexto profesional – disciplinar	17
3. Planteamiento del problema	19
4. Preguntas orientadoras para dar respuesta al interrogante principal	23
5. Objetivos	24
5.1 Objetivo general	24
5.2 Objetivos específicos	24
6. Justificación	25
7. Marco epistemológico	27
8. Marco referencial	32
8.1 Persona	32
8.1.1 Paciente en estado crítico de salud	32
8.1.1.1 Respirar normalmente	33
8.1.1.2 Comer y beber	34
8.1.1.3 Moverse y mantener la postura. Eliminación	35
8.1.1.4 Dormir y descansar. Comunicarse con los otros	37
8.1.1.5 Elegir la ropa adecuada. Mantener la temperatura corporal. Higiene corporal	38
8.1.1.6 Evitar los peligros del entorno	

8.1.1.7 Actuar según la fe. Trabajo. Entretenimiento.	
Aprendizaje	40
8.1.2 Vulnerabilidad	41
8.1.3 Conciencia	43
8.2 Ambiente	45
8.2.1 Unidad de Cuidado Intensivo	45
8.2.2 Iluminación y sonidos	47
8.3 Cuidado	47
8.3.1 Sedación	47
8.3.2 Analgesia	48
8.3.3 Sujeción terapéutica	48
8.3.4 Prácticas de cuidado	49
8.3.5 Seguridad del paciente	50
8.4 Salud	50
8.4.1 Confort	50
8.4.2 Comodidad	51
8.4.3 Tranquilidad	52
8.4.4 Bienestar	52
9. Marco metodológico	55
9.1 Recolección de la información: técnicas, herramientas e Instrumentos	56
9.1.1 Observación participante	56
9.1.2 Entrevista	57
9.1.3 Grupo focal	58
9.1.4 Diario de campo	59
9.2 Criterios de inclusión / exclusión: participantes	60
9.3 Criterios de rigor	60
9.4 Análisis de información	61
9.5 Cronograma de actividades	64
9.6 Aspectos éticos	64

9.7 Limitaciones del estudio	65
10. Resultados	67
10.1 Primera Categoría. Confort es estar tranquilo	67
10.1.1 Confort es tranquilidad y tranquilidad es armonía	67
10.1.2 Armonía entre ambiente y compañía	67
10.1.2.1 El ambiente	69
10.1.2.2. La compañía	72
10.1.3 Armonía entre comodidad y protección	76
10.1.3.1 Comodidad	76
10.1.3.2 Protección	82
10.1.4 Armonía entre analgesia y sedación	87
10.1.4.1 Analgesia	87
10.1.4.2 Sedación	90
10.2 Segunda Categoría. Confort: utopía o realidad	92
10.2.1 Entre la palabra y la acción	92
10.2.2 Entre el querer y el poder	94
10.2.2.1 Funciones administrativas	94
10.2.2.2 Funciones de supervisión	95
10.2.2.3 Funciones asistenciales	96
10.2.3 El enfermero como persona	97
10.2.3.1 Experiencia	98
10.2.3.2 Actitud frente al cuidado	99
10.2.3.3 Percepción de cuidado	99
10.2.3.4 Fatiga	100
10.2.3.5. Normas institucionales	101
10.2.4 Entre la expresión y la acción	102
10.2.4.1 Relación paciente y familia	102
10.2.4.2 Relación paciente y enfermero	103
10.2.4.3 Relación familia y enfermero	104
10.2.4.4 Delegar	104

11. Discusión	106
11.1 “Confort: estar tranquilo”	106
11.1.1 “La Unidad de Cuidado Intensivo: cuatro paredes, un monitor y la soledad”	109
11.1.2 “Ponerse en el lugar del otro vulnerable”	114
11.1.3 “No es lo mismo estar dormido a estar sin dolor”	119
11.2 Confort: utopía o realidad	122
11.3 Discusión final	128
11.3.1 El confort más allá de la sedación	128
11.3.2 El confort como cuidado delegado	130
11.3.3 Cuidando la enfermedad	131
11.3.4 El encuentro con el otro genera confort	133
11.3.5 La ética en el confort: ¿beneficencia del enfermero o beneficencia del paciente?	135
12. Conclusiones	137
13. Recomendaciones	140
Agradecimientos	143
Referencias Bibliográficas	144
Anexos	

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Guía de Observación	155
Anexo 2. Consentimiento Informado	156
Anexo 3. Categoría 1. Confort es estar tranquilo	160
Anexo 4. Categoría 2. Confort: Utopía o Realidad	161

GLOSARIO

Ventilación mecánica: la ventilación mecánica es todo procedimiento o intervención terapéutica que reemplaza o brinda soporte a la respiración fisiológica que por una causa pulmonar o extrapulmonar es alterada; dicha asistencia la brinda un ventilador, es decir, una unidad mecánica que tiene injerencia sobre la mecánica pulmonar y sobre el porcentaje de oxigenación, y que procura acercarse a las condiciones más fisiológicas del sistema respiratorio a través de una vía aérea artificial. El tubo orotraqueal (TOT) es la vía aérea artificial más utilizada (1).

Dispositivos médicos invasivos: dispositivo médico que penetra parcial o totalmente en el interior del cuerpo por un orificio o una superficie corporal, entendiéndose como orificio corporal cualquier abertura natural del cuerpo, la superficie externa del globo ocular o una abertura artificial creada de forma permanente, como un estoma (2).

INTRODUCCIÓN

El estudio tuvo como objetivo, comprender el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación, pues al develar este significado, se podrán identificar los elementos que determinan las prácticas para brindar confort en el contexto de una Unidad de Cuidado Intensivo, teniendo en cuenta que el paciente se encuentra vulnerable y depende del cuidado del enfermero para satisfacer sus necesidades, entre ellas, el confort. Lo anterior permitirá fortalecer la práctica de enfermería, adquiriendo una visión más humana de la persona cuidada, que se encuentra dependiente y vulnerable. Como lo expone Troncoso, “el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral” (3).

En este sentido, autores como Carneiro, han abordado el confort y plantea que, “desde los primeros días de la profesión hasta la actualidad, la comodidad es un objetivo de la atención y un concepto presente en toda su historia” (4); es así como las transformaciones sociales, económicas, culturales y políticas determinaron cambios importantes en el desarrollo histórico de la enfermería que, sumadas a la influencia de otras disciplinas, como sociología, filosofía y antropología, permitieron dilucidar el concepto de confort desde diferentes perspectivas.

Así mismo, las intervenciones de enfermería en búsqueda del confort del paciente han estado permeadas, no solo por la concepción que se tiene sobre el confort, sino por los avances tecnológicos y científicos, que han implicado variaciones en el cuidado de enfermería. En el caso del paciente en estado crítico de salud, la influencia de dichos cambios ha sido más evidente, dado que la Unidad de Cuidado Intensivo es un servicio donde se realizan procedimientos e

intervenciones de alta complejidad, donde la tecnología es considerada una herramienta importante para el desarrollo de dichos procesos.

Más aún, el paciente que se encuentra en este servicio, como consecuencia de su proceso de enfermedad, debe recibir múltiples tratamientos, entre los cuales se encuentra la sedación; dicha intervención produce en él, cambios neurológicos, que generan limitaciones en la comunicación verbal, la movilidad y en la capacidad de la persona para satisfacer sus propias necesidades. Como consecuencia, el paciente es dependiente de las intervenciones del enfermero tanto, para satisfacer múltiples necesidades, como para obtener confort en un momento difícil. Por tanto, desvelar el significado que le otorga el enfermero al concepto de confort, permitirá fomentar una práctica más humana, enfocada en el cuidado del paciente como ser humano, pues como lo plantea Da Silva plantea “el confort es el producto resultante de los cuidados de enfermería, es el objeto real de la Enfermería” (5).

1. CONTEXTO

1.1 Generalidades

La persona adulta en estado crítico de salud, se encuentra permanentemente en condición de vulnerabilidad y dependencia de cuidado, lo que exige por parte del enfermero un conjunto de conocimientos, actitudes y aptitudes para lograr los objetivos terapéuticos deseados. En el caso específico de los pacientes bajo efectos de sedación, el nivel de dependencia aumenta, pues la expresión de las necesidades se ve limitada, y es el enfermero quien debe identificarlas para poder satisfacerlas; una de estas necesidades es el confort.

Dicha necesidad es descrita en la historia de la enfermería como la satisfacción de los cuidados básicos como higiene, alimentación y sueño. Sin embargo, debido a los cambios históricos, sociales, religiosos y económicos, que tuvieron influencia en los avances del conocimiento científico de enfermería, se puede afirmar que el concepto de confort no solo abarca la esfera física, sino otros componentes que permiten la comprensión de este fenómeno en las esferas social, emocional y espiritual.

Lo dicho hasta aquí permite hacer una descripción del contexto con el fin de comprender el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico de salud, bajo efectos de sedación. El concepto de contexto “se deriva del latín, *contextus*, que significa lo que rodea a un acontecimiento o hecho; se entiende que el contexto es un marco, un ambiente, un entorno, físico o simbólico, un conjunto de fenómenos, situaciones y circunstancias (como el tiempo y el lugar), no comparables a otras, que rodean o condicionan un hecho” (6)

El abordaje del confort se hará a partir de los contextos social, cultural, jurídico, disciplinar y físico.

1.2 Contexto social

El concepto de confort ha tenido diversos matices, que varían según la cultura y las experiencias individuales. Diferentes disciplinas han tenido influencia histórica en el confort, entre ellas la filosofía, la sociología y la arquitectura; sin embargo, aún no existe una definición universal de este concepto. Siglos atrás, los cuidados eran realizados por voluntarias y se centraban en satisfacer necesidades básicas como higiene y alimentación; el objetivo era “el baño de los pacientes, especialmente los que tenían enfermedades y estaban febriles, hacer vendajes, incluyendo la aplicación de compresas en las zonas quemadas, dar de comer y proporcionar comodidad física y espiritual, sobre todo en el momento de morir” (4).

Además, debido a la influencia del cristianismo en esa época, el acompañamiento y la oración hacían parte de los cuidados, principalmente en el momento de la muerte. Es así como el “propósito de la atención de enfermería no se ligó a la atención del cuerpo enfermo o de su enfermedad: la mente y la comodidad del alma del paciente para su salvación y el personal de enfermería, era lo esencial” (4).

No obstante, a mediados del siglo XVII, la influencia de la racionalidad médica tuvo implicación en las actividades realizadas por enfermería, pues el personal médico se dedicó al estudio del cuerpo y la curación de enfermedades, mientras que enfermería se preocupó por la comodidad del paciente en relación con el ambiente y su entorno. Como dice Carneiro, “cuando los hospitales y las personas se convierten en objetos de la práctica médica, surgen cambios en el diseño de la comodidad” (4).

Adicional a esto, debido a la subordinación de la enfermera a las directrices médicas, “la enfermera pierde paulatinamente su antigua autonomía para promover la comodidad; [...] además, el foco de la comodidad del alma del paciente se traslada a la modificación de su entorno” (4). De esta manera, los cuidados para brindar confort se centran en el cuerpo y el ambiente, y el alma pasa a un plano de menor importancia.

Mcllveenn y Morse, citadas por Carneiro, realizan una revisión extensa del concepto de confort durante el siglo XX; las autoras enmarcan tres periodos: 1900-1929, 1930-1959 y 1960-1980. En el primero, 1900-1929, “una buena enfermera era la que lograba que el paciente estuviera cómodo; así pues, la comodidad era el objetivo central y el imperativo moral de la enfermería. Aunque la prioridad era la comodidad física, también se incluían estrategias para proporcionar comodidad mental manteniendo la tranquilidad, demostrando un sincero deseo de ayuda, preocupación por la recuperación y una actitud de comprensión ante la vivencia” (4).

En el segundo periodo, 1930-1959, “la inclusión de auxiliares de enfermería se hizo común en los hospitales; las actividades de enfermería estaban siendo asignadas en orden jerárquico como tareas simples, intermedias y complejas. Por tanto, la enfermera registrada actuaba como supervisora y delegaba las tareas de enfermería; esto llevó a que ella no fuera la principal proveedora de la comodidad y más aún que la relación directa con la persona cuidada se perdiera” (4).

Debido a las funciones administrativas y al número de pacientes asignados, tanto al personal auxiliar de enfermería como a la enfermera líder o registrada, las actividades para brindar confort, “como la colocación de una almohada o un masaje eran consideradas, en algunos casos, atención extra y pasaron a depender de la disponibilidad de tiempo de la enfermera” (4).

En el último periodo, 1960-1980, el desarrollo tecnológico trajo consigo grandes cambios en las actividades llevadas a cabo por la enfermera, “pues tenía poco tiempo para estar en contacto directo con los pacientes, debían mirar los monitores, administrar medicamentos y supervisar al personal y estudiantes de enfermería” (4). Cabe resaltar en esta época que “el uso de las habilidades interpersonales y de comunicación, como escuchar, reflexionar y dar cabida a la expresión de los sentimientos, se unió al proceso de confort” (4).

En conclusión, se puede afirmar que el confort y los cuidados de enfermería para llegar a él, “están a merced de los factores económicos, políticos e ideológicos que desvían a las enfermeras de su objetivo principal: promover el bienestar del paciente” (4). Es el caso de los factores económicos, la demanda en la atención y la escasa disponibilidad de personal de enfermería para satisfacer las necesidades de los pacientes que ha traído consigo la despersonalización de los cuidados. Como plantea Carneiro, “este método resulta en una obra de tipo de producción en masa, y la identidad del paciente se pierde en la lista de tareas que deben cumplirse” (4).

1.3 Contexto cultural

La Real Academia Española (7) define el confort como “la comodidad y el bienestar del cuerpo; desde la historia antigua existe en el español el verbo *confortar* (‘dar ánimo, vigor o consuelo’) y el adjetivo *confortable* (‘que conforta o anima’), el sustantivo masculino *confort* se introdujo a mediados del siglo XIX a través del francés, con el sentido de ‘comodidad o bienestar material’. En consecuencia, el adjetivo *confortable* pasó también a significar, desde ese momento, ‘que proporciona confort o comodidad’.

“Para complicar las cosas, a este carácter artificial y relativo de la idea del confort debe añadirse la polisemia del término, con sus matices variables que dan cuenta de los sentidos con los que cada época lo ha concebido. El propio origen de la palabra contiene en sí misma una suerte de malentendido, pues el término *comfort*, que ha sido exportado a la mayor parte de lenguas del mundo y que solemos asociar a la cultura inglesa, proviene en realidad de un verbo francés, *conforter*, en español confortar” (8).

Durante siglos, la palabra confort tuvo significado para los pobres y afligidos, por su sentido caritativo; sin embargo, “no fue hasta principios del siglo XVIII que el confort abandonó su prístino sesgo precario, para convertirse en un franco bienestar físico, que pronto haría de él un asunto también psicológico, como demuestra la definición del término que daba en 1770 un diccionario inglés: ‘Comfort is an state of tranquil enjoyment’ (‘La comodidad es un estado de tranquilidad’)” (8).

A lo anterior se agrega que, “el deseo de intimidad y el aumento de afecto familiar explican y transforman los espacios de la casa, y esa búsqueda de bienestar no solo material responde a necesidades socioculturales; así que cuando la palabra empieza a ser citada en los diccionarios del siglo XIX francés, el término confort no designa algo diferente, sino tal vez objetos más manejables, como las maletas de viaje, pero sí refleja un cambio de los lugares y de las prácticas, de los usos y de los servicios” (8).

“Ya en el siglo XX, se le asignó el concepto de eficiencia y comodidad. Hoy en día es concebido por muchos investigadores como una invención verbal, un artificio cultural, y también como una experiencia objetiva que se experimenta personalmente. Existen otros en cambio que expresan que el confort es una sensación óptima compleja, que depende de factores físicos, fisiológicos, sociológicos y psicológicos, en donde el cuerpo humano se siente satisfecho y no

necesita luchar con agentes nocivos e incómodos, ya que se encuentra en equilibrio con el entorno” (9)

Para concluir, es preciso señalar que, en el desarrollo histórico de la disciplina de enfermería también se han presentado brechas y confusiones entre confort y atención, pues los conceptos “en cuestión comparten el mismo campo epistemológico; sin embargo, no son sinónimos; es evidente que no toda la atención proporcionada por enfermería, es en sí misma confortable; solo para ilustrar, el momento de la aspiración traqueal de un cliente despierto y lúcido, desde el punto de vista biológico, es un cuidado fundamental para el mantenimiento de la vida del cliente, sin embargo, no se puede decir que se trata de una intervención para proporcionar comodidad” (9)

2.4 Contexto jurídico

Las prácticas de cuidado que realiza el enfermero en el ámbito hospitalario, comunitario e individual, traen implícitas la seguridad del paciente; esta es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable” (10). El Ministerio de Protección Social, define la seguridad del paciente como el “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” (11)

En este sentido, las prácticas de cuidado que realiza el enfermero para brindar confort a los pacientes en estado crítico, que se encuentran bajo efectos de sedación, deben estar permeadas por la seguridad del paciente. Debido a los cambios fisiológicos y anatómicos que implican riesgo inminente para la vida de la

persona adulta en estado crítico, se realizan procedimientos invasivos como la ventilación mecánica, la administración de sedantes y analgésicos, que generan mayores riesgos al paciente. Así mismo, producen alteración de la percepción del entorno, deterioro del proceso de comunicación verbal, abandono del rol, pérdida de la autonomía, de la capacidad de tomar decisiones, de autocuidado y control del pudor. En conjunto, estas situaciones, contribuyen a mayor vulnerabilidad de la persona cuidada, pues la expresión de las necesidades del paciente depende en gran medida de la valoración realizada por enfermería, lo que genera el nivel de dependencia máxima de cuidado.

En Colombia, la profesión enfermera ha sido reglamentada mediante diferentes artículos y decretos que han permitido claridades importantes en el ejercicio profesional. Es así como en el artículo 3, de la Ley 911, se define el acto de cuidado de enfermería como el “ser y esencia de la profesión; se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas” (12)

En la Ley 266, se encuentran los lineamientos por los cuales se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y plantea los principios específicos de la práctica: integralidad, dialogicidad, calidad e individualidad; esta última “asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite

comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación” (13)

Finalmente, cabe mencionar que, la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Acofaen), plantea que “el acto de cuidado de enfermería se desarrolla dentro de una relación privilegiada enfermera-persona (familia, grupo) que recibe asistencia. Es privilegiado por la continuidad, la confianza e intimidad que la caracteriza y que le permite a la enfermera conocer las necesidades de la persona, tanto aquellas derivadas del estado de salud o enfermedad como de otras situaciones de angustia y preocupación que alteran su bienestar, pueden retardar su recuperación, y demandan una intervención de enfermería. En la relación interpersonal de cuidado de enfermería el profesional pone al servicio de la persona que cuida, conocimientos sólidos y actualizados de la ciencia y tecnología de enfermería, así como los fundamentos humanísticos, culturales, sociales, biológicos, epidemiológicos e históricos para dar una atención integral e individualizada” (14)

2.5 Contexto profesional - disciplinar

El confort es visto como “algo positivo, que se consigue mediante las intervenciones que realiza el enfermero” (15), por ello, se hace imprescindible hablar de Swanson (16) y la Teoría de los cuidados, donde “se define a la enfermería como la disciplina de los cuidados para el bienestar de otros”. Según la autora, “el conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias, permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería”.

En la historia de la enfermería, el confort hace referencia a los cuidados básicos como la higiene, la alimentación y el sueño; debido a los avances investigativos propios de enfermería, y a la influencia de otras disciplinas como la filosofía, psicología y sociología, el significado de confort ha obtenido matices adicionales desde lo psicológico, emocional, social, espiritual y familiar.

Autores como Carneiro afirman que, “desde los primeros días de la profesión hasta la actualidad, la comodidad es un objetivo de la atención y un concepto presente en toda su historia” (4); así mismo, Da Silva *et al.*, plantean que “el confort es el producto resultante de los cuidados de enfermería, es el objeto real de la enfermería” (5). En este sentido, algunas investigadoras han profundizado en este tema, hasta llegar a elaborar teorías de mediano rango, donde el confort es el eje central del cuidado.

Una de ellas es Kolcaba, que define el confort como el “estado que experimentan los pacientes, que han sido receptores de las intervenciones de cuidado cuando se abordan las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia, en cuatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental”(17). Otros autores como Goodnow, citado por Kolcaba, afirman que “siempre se juzga a una enfermera por su capacidad para hacer que la persona cuidada se sienta cómoda. La comodidad es física y mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico” (17).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Unidad de Cuidado Intensivo es una dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidados a pacientes en estado crítico; “se caracteriza por contar con un equipo interdisciplinario capacitado y entrenado, alta tecnología, procesos y procedimientos de diferente grado de complejidad, solamente disponibles en estas unidades” (18). Para cumplir con los estándares de calidad, la Unidad de Cuidado Intensivo debe poseer condiciones especiales en infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, además de talento humano con amplios conocimientos.

“El paciente en estado crítico como consecuencia de una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos, alteraciones fisiológicas y anatómicas que, en su conjunto, expresan la máxima respuesta posible del organismo ante la agresión sufrida”(19). También, presenta cambios psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, pues pasa a vivir en un ambiente hospitalario con normas y rutinas propias, bajo un régimen de tratamiento con reglas internas, que le impide decidir y actuar de acuerdo con su propia determinación; experimenta abandono del rol, pérdida de la autonomía, de la capacidad de tomar decisiones, de autocuidado y control del pudor.

Estos pacientes son internados en la Unidad de Cuidado Intensivo con el objetivo de monitorizarlos y apoyar las funciones vitales amenazadas o insuficientes por diversos procesos severos de enfermedad (*shock*, sepsis, neumonía, entre otros). Para ello, se recurre a procedimientos complejos como la invasión de grandes vasos o garantizar permeabilidad de vía aérea por medio de la intubación oro-traqueal. En este último caso, la estrategia terapéutica es la ventilación mecánica, es decir, asistir mecánicamente la ventilación pulmonar cuando es inexistente o ineficaz.

Además, y para lograr los objetivos terapéuticos de perfusión/ventilación, se recurre a la sedación, cuyo propósito es inhibir el centro respiratorio, conseguir la adaptación al ventilador, aliviar o disminuir la ansiedad, facilitar la ejecución de los procedimientos y reducir el riesgo de eventos adversos asociados al retiro de sondas y catéteres vasculares.

Cabe aclarar, que a pesar de los resultados esperados con el uso de la sedación en pacientes conectados a ventilación mecánica, esta puede tener efectos secundarios o colaterales que afectan el estado hemodinámico como hipotensión, bradicardia, apneas, entre otros. De la misma manera, hay alteración de la percepción del entorno y pérdida de la comunicación verbal; estas capacidades se encuentran restringidas por los efectos de los medicamentos en el sistema nervioso central y la utilización de dispositivos médicos como tubos orotraqueales, sondas gástricas, etc. Por ende, la interacción con las otras personas (familiares, personal de enfermería y equipo interdisciplinario de salud), se ve perturbada y la expresión de las necesidades del paciente depende en gran medida de la valoración realizada por enfermería.

Es necesario agregar que el paciente en estado crítico que se encuentra bajo efectos de sedación, sufre variaciones constantes en su estado hemodinámico que le generan afecciones en todos los sistemas funcionales (cardiovascular, respiratorio, músculo-esquelético, tegumentario); también es cierto que se dan otras situaciones que afectan a la persona en las esferas personal, emocional, psicológica, social y espiritual. En suma, estas experiencias y condiciones asociadas al proceso salud/enfermedad afectan el estado de confort, lo que exige al enfermero un bagaje amplio de conocimientos para la valoración permanente del paciente, la identificación de problemas y el planteamiento de posibles intervenciones, a fin de brindar cuidados que proporcionen confort.

Adicional a lo anterior, los criterios éticos deben primar en las actividades realizadas por los enfermeros para proporcionar confort a los pacientes en estado crítico bajo efectos de sedación, pues el principio de autonomía se ve vulnerado permanentemente, y es allí donde el enfermero debe aplicar todo el bagaje ético, teniendo en cuenta la individualidad y humanidad del paciente. Valores y virtudes como abogacía, compasión y respeto por la dignidad son algunos elementos que contribuyen a las prácticas de cuidado.

Ahora bien, existen investigaciones que plantean que “la administración de analgésico y sedante es fundamental para la comodidad del paciente”(20), y que “una adecuada sedación y analgesia también permite el confort y la adaptación del paciente al ventilador mecánico”(21). En este sentido, se puede decir que, en la revisión realizada hasta el momento, las medidas adoptadas por el enfermero, continúan dirigidas a proporcionar confort físico al paciente.

Lo dicho hasta aquí está en consonancia con la experiencia profesional de la investigadora, quien ha podido observar que las prácticas de cuidado orientadas a proporcionar confort se enfocan principalmente en la comodidad física; en algunas situaciones la agitación, la ansiedad o los cambios hemodinámicos del paciente son controlados mediante la administración rápida de sedantes, dejando de lado las esferas emocional, espiritual y ambiental, que tienen efectos en las condiciones generales de la persona y, por tanto, en el requerimiento de dosis adicionales de sedantes.

Todo esto permite inferir que las prácticas de cuidados para brindar confort hacen referencia específicamente a la comodidad física, y se dejan de lado los aspectos emocionales, espirituales y ambientales que permiten ver al sujeto en su dimensión holística.

Por lo expuesto, esta investigación se orientará a desvelar el significado que tiene para los enfermeros el confort del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación, a partir del sentido que estos le atribuyen a sus prácticas de cuidado. Esto con el fin de fortalecer la práctica clínica con base en la fundamentación disciplinar y ética de enfermería. Para dar respuesta a este interrogante, la pregunta orientadora será: ¿Cuál es el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación?

4. PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA DAR RESPUESTA AL INTERROGANTE PRINCIPAL

- ✓ ¿Cuál es el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación?

- ✓ ¿Cuáles son las prácticas de cuidado que realiza el enfermero para brindar confort a los pacientes en estado crítico de salud, bajo efectos de sedación?

- ✓ ¿Subyace alguna fundamentación disciplinar en las actividades realizadas por el enfermero para brindar confort a los pacientes en estado crítico de salud que se encuentran bajo efectos de sedación?

- ✓ ¿Cuáles son los criterios éticos que subyacen en las prácticas de cuidado para brindar confort al paciente en estado crítico de salud, bajo efectos de sedación?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Comprender el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico, que se encuentra bajo efectos de sedación, en la Unidad de Cuidado Intensivo.

5.2 Objetivos específicos

- ✓ Describir las prácticas de cuidado que realiza el enfermero para brindar confort al paciente en estado crítico, que se encuentra bajo efectos de sedación en la Unidad de Cuidado Intensivo.
- ✓ Conocer las prácticas de cuidado que realiza el enfermero para brindar confort al paciente en estado crítico, que se encuentra bajo efectos de sedación y analgesia en la Unidad de Cuidado Intensivo.
- ✓ Develar el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico de salud, que se encuentra bajo efectos de sedación y analgesia en la Unidad de Cuidado Intensivo.

6. JUSTIFICACIÓN

El paciente en estado crítico se encuentra permanentemente en un estado de vulnerabilidad y dependencia de cuidado, que exige por parte del enfermero un alto nivel de conocimiento, principios y valores para lograr los objetivos terapéuticos deseados. En el caso especial de los pacientes bajo efectos de sedación, el nivel de dependencia aumenta debido a la acción de los medicamentos en el sistema nervioso central, vulnerando aún más el principio de autonomía.

La sedación es la medida más utilizada para proporcionar confort a estos pacientes; es así como Montiel considera que “el objetivo de la sedoanalgesia debe ser, asegurar un óptimo nivel de comodidad, reducir la respuesta al estrés y facilitar la adaptación a la ventilación mecánica, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como los cuidados de enfermería”(22); sin embargo, estos cuidados no están limitados a la administración de medicamentos, existen otras intervenciones para proporcionar confort, tanto físico como emocional, ambiental y espiritual, que permiten ver al paciente como un ser integral.

El concepto de confort en el desarrollo histórico de la enfermería ha estado permeado por los cambios políticos, económicos, sociales y religiosos. A pesar de la influencia histórica de otras disciplinas como la filosofía, la psicología y la sociología, que en conjunto con las investigaciones de la disciplina de enfermería, contribuyeron a que se visualizara al ser humano desde su integralidad, aún se continúa limitando el confort a los cuidados físicos como la higiene, la alimentación, los cambios de posición y la prevención de úlceras por presión.

Las prácticas de cuidado para brindar confort a pacientes en estado crítico bajo efectos de sedación, no solo deben estar enfocadas al contexto físico, pues el ser

humano “es una complejidad inmensurable, es una unidad indisoluble entre lo biológico, el aspecto emocional, espiritual y psicológico” (23); por ende, las intervenciones dirigidas a satisfacer sus necesidades deben poseer las mismas características de individualidad, unicidad y calidad. No obstante, en la revisión realizada hasta el momento (24,25) se ha encontrado que los enfermeros enfocan las intervenciones para brindar confort al ámbito físico, desconociendo las demás esferas.

Es por esto, que al develar el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación, se podrán identificar las situaciones que llevan a que el confort sea visto principalmente desde el contexto físico, partiendo del sentido que le atribuyen los enfermeros a las prácticas que realizan diariamente para brindar confort. Lo anterior, con el fin de llegar a una práctica de enfermería que posea todos los componentes —físico, emocional, social y espiritual—, y que tenga como punto de partida la alteridad del paciente como persona social, su familia y entorno, a fin de lograr un cuidado comprensivo, basado en la interacción y el reconocimiento del paciente como un ser único e integral.

7. MARCO EPISTEMOLÓGICO

Durante las últimas décadas, los avances en el conocimiento científico de enfermería han generado cambios en el pensamiento enfermero, pasando de ser un conjunto de tareas o acciones, a una disciplina con un concepto nuclear claro: el cuidado del ser humano. De acuerdo con Newman, “una disciplina se distingue por un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser.” (26).

Para comprender mejor el concepto de disciplina, se deben tener en cuenta los elementos que la componen: perspectiva, dominio, definiciones y conceptos, y, por último, los patrones del conocimiento. Estos últimos, según B. Carper, citado por Chinn y Jacobs, “son cuatro formas de conocer, propias de la enfermería: empírica o ciencia de la enfermería, cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos; ética o conocimiento moral de la enfermería, caracterizada por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades y estándares; de conocimiento personal, expresado por ser sí mismo y ser, y estética o el arte de la enfermería, que se manifiesta por el acto artístico, a las cuales denominó patrones de conocimiento de enfermería. Estos patrones, al igual que las teorías, representan conocimiento y se constituyen en los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la disciplina de la enfermería. Por tanto, el conocimiento acumulado a partir de ellos debe generarse y probarse, congruentemente, por diversos medios de indagación científica” (27).

Lo dicho hasta aquí permite inferir que “a pesar de que la disciplina profesional recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustentan y de su razón social, es el núcleo de la disciplina y su desarrollo, a través de la indagación científica, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines, y ello se convierte, entonces, en su marco epistemológico. Por esta razón, podemos decir

que el marco epistemológico de la enfermería es el conocimiento que se genera, a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional” (28).

Fawcett resume el marco epistemológico de la enfermería empleando lo que denomina la jerarquía estructural del conocimiento; esta “muestra la manera como se derivan los aspectos básicos de la disciplina, a partir de los elementos filosóficos generales, y se llega hasta definir los elementos más empíricos y operativos de la misma. Cada escalón de la jerarquía señala el nivel de abstracción y generalidad del conocimiento, a partir de los conceptos básicos y neutros del metaparadigma (‘persona, salud, ambiente y cuidado de enfermería’, de acuerdo con Fawcett), y se dice que en la medida que estos reciben la influencia de las visiones de la realidad o filosofía de cada teórico particular, se van tornando en elementos más concretos, matizados y únicos” (29).

En el primer eslabón se encuentran las visiones de enfermería, seguidas de los modelos conceptuales, las teorías y, por último, los indicadores empíricos. Es necesario tener en cuenta que el fenómeno que se pretende estudiar es el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico de salud, en el contexto de la Unidad de Cuidado Intensivo; se debe hacer un análisis que permita vislumbrar el confort en cada uno de los eslabones, con el fin de contribuir al conocimiento enfermero, a partir de sus bases epistemológicas.

Con respecto a los modelos conceptuales, Fawcett plantea que estos “ofrecen una perspectiva profesional, es decir, que la práctica sustentada en un modelo se desarrolla bajo ciertas premisas básicas, que le imprimen características específicas a esa práctica. Y el enfermero que se identifica con el modelo acepta que la realidad del cliente y la suya propia se comportan de acuerdo con esos supuestos o guías paradigmáticas filosóficas y teóricas (sistemas, adaptación, desarrollo, interacción simbólica, etc.)” (29). En este sentido, se encuentra que al

hablar de confort, este se puede ubicar tanto en la Escuela de las Necesidades como en la Escuela de la Interacción, cada una con modelos conceptuales que aportan fundamento científico al concepto.

La Escuela de las Necesidades se enfoca en el cuidado, “centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de las necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados” (29). Esta escuela tiene la influencia de Maslow y Erikson; sin embargo, al hablar de enfermería, el modelo de Henderson permitió definir las necesidades de comodidad como aquellas “que surgen a partir de situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas de apoyo no pueden satisfacer. Esas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales. Las necesidades se ponen de manifiesto mediante informes verbales y no verbales por parte de los pacientes” (17).

De igual modo, la Escuela de la Interacción “tiene sus bases en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Su interés se centra en los procesos de interacción entre la enfermera y la persona. El cuidado es una acción humanitaria y la enfermera debe poseer los conocimientos sistemáticos para evaluar las necesidades, acompañándose de una clarificación de los valores de la enfermera con el fin de ayudar, es decir, un proceso interactivo entre la persona que necesita ayuda y la otra persona capaz de ofrecérsela” (30); entre los modelos conceptuales está el de Peplau y Paterson.

Para la elaboración de los modelos adoptaron elementos de la Teoría Social del Interaccionismo simbólico, según la cual, “el significado de una conducta se forma en la interacción social. Su resultado es un sistema de significados intersubjetivos, un conjunto de símbolos de cuyo significado participan los actores. El contenido del significado no es más que la reacción de los actores ante la acción en cuestión. La conciencia sobre la existencia propia se crea al igual que la conciencia sobre otros objetos; o sea, ambas son el resultado de la interacción

social. El interaccionismo simbólico pone así gran énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales. La gente crea significados compartidos a través de su interacción y estos significados devienen su realidad” (31).

Por su parte, “la teoría, y sobre todo la teoría de rango medio o de mediano alcance, instrumentaliza la acción de la práctica y hace que las intervenciones de enfermería se generen de acuerdo con una comprensión mucho más operativa del fenómeno en ocurrencia y no meramente como una forma espontánea y coyuntural, que responda de manera aleatoria a las necesidades del sujeto receptor del cuidado de enfermería. Adicionalmente, se debe aclarar que es posible ligar los modelos conceptuales con teorías de rango medio, siempre y cuando estas últimas se articulen paradigmáticamente con el modelo” (29). Con base en esto se puede afirmar que la Teoría del Confort, elaborada por K. Kolcaba, contiene elementos de los modelos conceptuales descritos, permitiendo un abordaje más complejo del confort.

Lo anterior se puede dilucidar en la construcción de la teoría, pues con el fin de sintetizar el concepto de confort, Kolcaba utilizó las obras de tres de las primeras teóricas enfermeras. Es así como el alivio se obtuvo a partir de la teoría de Orlando (1961), quien postulaba que las enfermeras satisfacen las necesidades de los pacientes; para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las catorce funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse durante los cuidados; por último, la trascendencia se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), quienes plantean que los pacientes superan sus dificultades con la ayuda de las enfermeras. Como resultado, Kolcaba construye el concepto confort como “el *estado* que experimentan los receptores de las intervenciones del confort. Es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort: alivio,

tranquilidad y trascendencia en cuatro contextos (físico, espiritual, social y ambiental)” (17).

En la parte final de la jerarquización estructural del conocimiento se encuentran los indicadores empíricos, entendidos como “elementos observables y medibles o cualificables, que se traducen en la práctica de la enfermería. Cuando sucede este fenómeno, el indicador se transcribe en documentos que facilitan su manipulación e interpretación inequívoca” (29). Así, vemos cómo en la teoría de Kolcaba esos elementos cualificables se traducen en la valoración del paciente, identificando la satisfacción con las intervenciones de enfermería y el estado de confort manifestado por el paciente.

En síntesis, la teoría del confort de Kolcaba ha sido transversal al desarrollo de la investigación, desde la construcción del planteamiento del problema, la descripción del fenómeno y el contexto. En la fundamentación o referente teórico se hace mención a los diferentes elementos planteados por Kolcaba sobre confort: conceptos, metaparadigmas, definiciones. En la fase de recolección y análisis de información, tiene un papel relevante pues, a partir de las voces de los participantes y el continuo contraste con los referentes conceptuales se construye el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación.

8. MARCO REFERENCIAL

El marco referencial se desarrolla teniendo en cuenta el metaparadigma de enfermería (persona, ambiente, enfermería y salud), con el fin de tener un sustento teórico que permita hacer una reflexión e interpretación amplia sobre el significado que tiene para el enfermero el confort del paciente en estado crítico, que se encuentra bajo efectos de sedación, en la Unidad de Cuidado Intensivo.

8.1 Persona

8.1.1 Paciente adulto en estado crítico de salud bajo efectos de sedación

El paciente en estado crítico es aquel individuo que, por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que, en su conjunto, expresan la máxima respuesta posible de su organismo ante la agresión sufrida. Todo esto en presencia de otro individuo que es capaz de interpretar estas manifestaciones (19).

“Un paciente en estado crítico muestra, en todos los órganos y sistemas evaluados, un comportamiento variable según el tipo de injuria (o daño), el tiempo de evolución de la misma y los antecedentes del propio paciente. La descripción de los síntomas y signos que se observan, con mayor o menor frecuencia, tiene por única finalidad alertar sobre la amplia gama de manifestaciones que se pueden encontrar en un paciente crítico” (32)

Es importante comprender que “el deterioro de las condiciones de salud de un individuo puede llegar a reunir diversos factores hasta el punto de requerir cuidados especializados, como los que se ofrecen en las unidades de cuidado

crítico. Esto trae como consecuencia una serie de reacciones emocionales frente a la enfermedad, y más deterioro en la condición física, cognitiva, psicosocial y espiritual, por la dependencia total de la que se es objeto, y por la inmovilización prolongada a la que se es sometido” (33).

Con el fin de realizar una descripción completa del paciente en estado crítico de salud, esta se abordará a partir del esquema de valoración de Virginia Henderson, el cual plantea catorce necesidades de cuidado, en diferentes esferas del ser humano.

8.1.1.1 Respirar normalmente (34)

El organismo necesita de un adecuado aporte de oxígeno a las células para llevar a cabo de forma apropiada sus funciones metabólicas. Por tal motivo, en los casos de falla en la función respiratoria se recurre a la ventilación mecánica como medida provisional, mientras el equipo de salud interviene en la causa subyacente que ha originado el fracaso respiratorio. La ventilación mecánica (VM) es un procedimiento altamente utilizado en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para procurar el mantenimiento de la vida del paciente crítico.

La ventilación mecánica es todo procedimiento o intervención terapéutica que reemplaza o brinda soporte a la respiración fisiológica que por una causa pulmonar o extrapulmonar es alterada; dicha asistencia la brinda un ventilador, es decir, una unidad mecánica que tiene injerencia sobre la mecánica pulmonar y sobre el porcentaje de oxigenación, y que procura acercarse a las condiciones más fisiológicas del sistema respiratorio a través de una vía aérea artificial. El tubo oro-traqueal (TOT) es la vía aérea artificial más utilizada en la asistencia ventilatoria invasiva; tiene varias indicaciones: asegurar, proteger y mantener la vía aérea, además de oxigenar, ventilar y permitir el manejo de las secreciones.

En la asistencia ventilatoria se produce un mecanismo antifisiológico puesto que en condiciones normales la inspiración es un proceso activo comandado por el centro de la respiración ubicado en el sistema nervioso central (SNC) en el bulbo y la protuberancia, donde participan también los músculos de la respiración. En la VM se genera una presión positiva intratorácica y en las vías aéreas durante la inspiración para suplir la fase activa del ciclo respiratorio, lo que a su vez genera efectos cardiovasculares importantes.

Algunos cuidados que debe realizar el enfermero son valorar los parámetros ventilatorios; corroborar el adecuado funcionamiento de las tomas de oxígeno (aire medicinal); lubricar los labios y los ojos; realizar enjuagues bucales y cepillar los dientes; rotar el TOT y cambiar el sitio de inmovilización en cada comisura para evitar úlceras por presión en el labio; aspirar secreciones según necesidad, tener cuidado al movilizar pacientes intubados ante el riesgo de extubación accidental; si el paciente está consciente, favorecer su comunicación mediante el lenguaje por señas o facilitar material para escribir; hablarle al paciente aunque esté sedado y orientarlo temporo-espacialmente; también es importante la lectura del lenguaje no verbal, interpretar en su rostro gestos de dolor, temor, ansiedad y angustia.

8.1.1.2 Comer y beber (35)

El objetivo de la enfermería es lograr un cuidado que incluya todas las esferas del ser humano: la espiritual, la sociocultural, la cognitiva y la biológica, de la que hace parte la nutrición. La nutrición se convierte, entonces, en un medio que puede modular las respuestas de las personas en los procesos de salud y enfermedad.

Las guías para el uso de la nutrición parenteral y enteral en pacientes adultos plantean el desarrollo del soporte nutricional especializado (SNE). Este es definido

como la provisión de nutrientes por vía oral, enteral o parenteral con intención terapéutica. La nutrición enteral (NE) contiene la administración no voluntaria de nutrientes por medio de un tubo al tracto gastrointestinal; la nutrición parenteral (NP) es la administración de nutrientes por vía intravenosa.

En los pacientes en estado crítico hay condiciones importantes para tener en cuenta, como el hipercatabolismo, la hiperglucemia con resistencia a la insulina, la acelerada lipólisis y catabolismo de proteínas. La combinación de injuria y estas alteraciones metabólicas puede llevar a una rápida y severa depleción de la masa corporal. El soporte nutricional en estos pacientes previene y revierte las alteraciones metabólicas y los cambios en la composición corporal asociados al estado crítico.

Dentro de las actividades que realiza el enfermero se pueden mencionar: el cuidado y seguimiento de catéteres, sondas enterales, sistemas de suministro y estomas; la detección temprana y prevención de complicaciones; llenar los registros de enfermería para la vigilancia metabólica y nutricional; realizar lavados rutinarios de las sondas gástricas para evitar obstrucciones; para el acceso a la NE se deben considerar los riesgos de aspiración, la anatomía gastrointestinal y la efectividad del vaciamiento gástrico.

8.1.1.3 Moverse y mantener la postura. Eliminación (36)

La salud, el estado físico, la autonomía e independencia de una persona se definen en términos de capacidad de movimiento. Para muchas personas, la autoestima depende del sentimiento de independencia; así, la reacción de los demás ante los problemas de inmovilidad puede influir decisivamente sobre aquella y su imagen corporal, componentes esenciales del concepto que cada uno tiene de sí mismo.

El movimiento corporal o actividad física requiere de gasto de energía para la movilización de los músculos esqueléticos; su trabajo mecánico se da por el acortamiento y estiramiento de las fibras, debido a reacciones complejas de oxidación y reducción, y a la asistencia permanente del sistema nervioso.

Algunas personas, por diversos problemas de salud, disminuyen su actividad física y permanecen medianos o prolongados periodos de reposo en cama, como ayuda terapéutica o para prevenir crisis o complicaciones. La inmovilidad se da como consecuencia de discapacidades primarias, como sucede con las alteraciones de la médula espinal, debilidad generalizada, depresión o compromiso del estado neurológico.

Las personas inmovilizadas por cualquier razón, se exponen a muchos problemas que pueden afectar a todos sus sistemas corporales; estos dependen de la duración del reposo, del estado de salud previo y de su capacidad sensorial. Con frecuencia, el reposo prolongado lleva al síndrome de desacondicionamiento físico.

Desde el punto de vista de enfermería, el síndrome de desuso se define como el riesgo de deterioro de los sistemas corporales como resultado de la inactividad músculo-esquelética prescrita o inevitable. Sus consecuencias son fisiológicas, psicocognitivas, de movilidad y de resistencia. Se caracteriza por el deterioro de la capacidad para moverse de forma independiente dentro de un entorno, reducción marcada de la tolerancia al ejercicio, debilidad muscular progresiva y, en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulación.

Sumado a lo anterior, el paciente en estado crítico presenta cambios urinarios y endocrinos secundarios al reposo prolongado. En diversos estudios de pacientes

sometidos a reposo en cama, se han demostrado cambios en el metabolismo de líquidos y electrolitos, manifestados en la reducción de la filtración glomerular, y cambios en el transporte de iones y agua a los túbulos renales; por tanto, la producción de orina generalmente disminuye y es más concentrada.

La inmovilización reduce la relajación muscular perineal y se afecta la micción; por tanto, la persona puede sufrir retención urinaria, distensión vesical y, en algunos casos, incontinencia urinaria; a esto se suma la incomodidad para usar el pato, la falta de intimidad, la postura antinatural en posición supina y la fuerza de gravedad que impide el vaciamiento renal y vesical; tras unos días de reposo en cama, la estasis urinaria es un medio para el crecimiento bacteriano.

En cuanto a la eliminación fecal, se puede presentar estreñimiento y disminución en el apetito; lo anterior ocasionado por el aumento de la secreción de epinefrina que deprime el peristaltismo y constriñe los esfínteres; hay debilitamiento muscular abdominal y perineal para la defecación, sumado a la posición antinatural en el empleo del pato en la cama; así mismo, la pérdida de intimidad y la dependencia de otras personas que puede llevar a postergar la defecación y al debilitamiento de su reflejo.

Para el enfermero es de especial interés conocer e interpretar los cambios que suelen suceder, para planear acciones preventivas que apunten al cuidado integral del paciente, de tal manera que se puedan anticipar las posibles complicaciones y frenar los efectos negativos secundarios al reposo. El cuidado planeado en forma individual y derivado del conocimiento científico, puede hacer que los sistemas corporales del paciente apunten a un funcionamiento lo más cerca posible del normal.

8.1.1.4 Dormir y descansar. Comunicarse con los otros (37)

La valoración de esta necesidad tiene en cuenta la reactividad del paciente o la necesidad de estímulo para despertar, esto es, si se encuentra reactivo al llamado, al tacto o al estímulo doloroso; también se evalúa la tranquilidad que se percibe del paciente durante el sueño. La alteración del estado neurológico y la sedación pueden interferir la valoración, sin embargo, se cuenta con escalas como Richmond Agitation Sedation Scale (RAAS), que permite categorizar el estado de agitación psicomotora, alerta o sedación del paciente crítico.

El patrón del sueño se puede alterar, por lo que es favorable mantener los ciclos de día y noche, asegurarse de que los dispositivos de monitorización no generen incomodidad, mantener calendarios y relojes en la habitación del paciente para beneficiar su ubicación, llamarlo por el nombre y hablarle de los sucesos actuales.

La necesidad de comunicarse, expresar emociones y miedos, puede estar interferida por la alteración de los procesos mentales o de áreas del lenguaje que impiden la comunicación verbal como la afasia, la disartria, el hecho de estar intubado o bajo efectos de sedación. Para favorecer la satisfacción de esta necesidad se requiere desarrollar estrategias de comunicación no verbal como la mímica, la escritura, imágenes con las que pueda preguntar al paciente por sus necesidades, como deseos del baño, agua, calor, frío, dolor, etc. También, puede ayudar colocarle música de su preferencia o grabaciones de voces familiares, fomentar la visita frecuente de la familia, al igual que traerle objetos de la casa a la unidad.

8.1.1.5 Elegir la ropa adecuada. Mantener la temperatura corporal. Higiene corporal (37)

La elección de la ropa adecuada casi siempre está intervenida, puesto que el paciente es “sometido” a los protocolos de la unidad y, en este caso, al vestido que se tiene determinado —batas o, en algunos casos, sábanas—. Las condiciones del paciente no les permiten expresar su satisfacción con el vestido, pero sus familiares y acompañantes sí pueden verse afectados por ello, sobre todo cuando se vulnera la dignidad de la persona cuidada en los casos en que no se respeta la intimidad o los hábitos culturales de vestido o aditamentos. El vestido debe proteger la intimidad, respetar los hábitos culturales y ser de fácil retiro para casos de reanimación, cambios de posición o transporte.

La higiene es una de las necesidades que se ven interferidas por la alteración del autocuidado como consecuencia del deterioro en los procesos de pensamiento. El paciente con alteraciones neurocríticas o sedado se encuentra en lo que Orem llama un sistema de enfermería totalmente compensatorio, en el cual el paciente no puede llevar a cabo acciones de autocuidado y estas requieren realizarse en su totalidad por el personal de enfermería.

8.1.1.6 Evitar los peligros del entorno (37)

Esta es otra de las necesidades interferidas por la deficiencia de autocuidado que debe ser suplida por enfermería. El riesgo de lesión está relacionado con la imposibilidad de advertir los peligros como consecuencia de las alteraciones de los procesos mentales y las alteraciones de los sentidos como ver, escuchar, saborear y palpar, entre otros; de la integridad de estos sentidos se puede obtener una valoración completa con la evaluación de los pares craneanos.

Dado que con algunos pacientes no es posible conocer con certeza la posibilidad de escucha y percepción de las condiciones del ambiente, siempre es necesario brindar seguridad, confianza y compañía, lo cual se puede lograr al explicar los

procedimientos que se le van a realizar; así mismo, familiarizarlo con el entorno, explicarle lo que tiene a su alrededor y cuál es la utilidad, puede mejorar su adaptación al servicio y disminuir su temor.

En esta necesidad se ven involucrados la higiene general del paciente y las recomendaciones que deben seguir enfermería y el equipo de salud para el control de las infecciones: el uso del lavado de manos, la técnica aséptica, las normas de aislamiento hospitalario, al regulación en el uso de antibióticos y guardar las precauciones estándar de seguridad del paciente para la prevención de las infecciones.

8.1.1.7 Actuar según la fe. Trabajo. Entretenimiento. Aprendizaje (23)

Aunque estas necesidades pueden estar interferidas debido a que el paciente no puede expresarse, la condición crítica, produce, tanto al paciente como a su familia, sufrimiento espiritual, impotencia y desesperanza; en este sentido cobra valor el cuidado de enfermería con sentido humano, explicar con claridad el pronóstico, brindar confianza y fortaleza, favorecer la compañía y brindar apoyo espiritual de acuerdo con las creencias de la persona cuidada.

Los procesos de hospitalización y enfermedad alteran el desempeño del rol cotidiano y, en muchos casos, dificultan el afrontamiento individual y familiar; repercuten además, de manera directa, en la recreación y el ocio.

“Existe además un síntoma y un signo común en todos los pacientes en estado crítico, es la sensación de miedo (asociada a la idea de estar gravemente enfermo) que el paciente nos trasmite, según su propio vocabulario, de muy diversas maneras” (19).

La enfermedad reduce la autonomía personal porque obliga a depender de otros cuando no se pueden realizar las funciones vitales; produce una sensación de impotencia y abatimiento; el paciente se da cuenta de que su cuerpo ya no es un instrumento que puede manejar a su arbitrio, sino que es un peso que cuesta arrastrar de un lado a otro y que concentra todas las exigencias (19).

8.1.2 Vulnerabilidad

Existen varias definiciones de vulnerabilidad; no obstante, el primer paso para analizar a fondo el término es proceder a determinar su origen etimológico. En este caso, es necesario resaltar que dicha palabra emana del latín pues está conformada por tres partes latinas claramente diferenciadas: el sustantivo *vulnus*, que puede traducirse como “herida”; la partícula *-abilis*, que es equivalente a “que puede”; y finalmente el sufijo *-dad*, que es indicativo de “cualidad”. De ahí que vulnerabilidad pueda determinarse como “la cualidad que tiene alguien para poder ser herido”; es la cualidad de vulnerable (que es susceptible de ser lastimado o herido, ya sea física o moralmente). El concepto puede aplicarse a una persona o a un grupo social según su capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse a un impacto (38).

La vulnerabilidad también está dada por las condiciones sociales y culturales. En este sentido, una persona que vive en la calle es vulnerable a diversos riesgos (enfermedades, ataques, robos, etc.). Por otra parte, un individuo analfabeto también se encuentra en una situación de vulnerabilidad ya que difícilmente puede acceder al mercado laboral y, por tanto, satisfacer sus necesidades (38).

Añadiendo algunos elementos más a esa idea básica, Chambers la define como “la exposición a contingencias y tensión, y la dificultad para afrontarlas. La vulnerabilidad tiene por tanto dos partes: una parte externa, de los riesgos,

convulsiones y presión a la cual está sujeto un individuo o familia; y una parte interna, que es la indefensión, esto es, una falta de medios para afrontar la situación sin pérdidas perjudiciales” (38). La vulnerabilidad contempla así tres tipos de riesgos: el riesgo de exposición a las crisis o convulsiones, el riesgo de la falta de capacidad para afrontarlas y el riesgo de sufrir consecuencias graves a causa de ellas, así como de una recuperación lenta o limitada (38)

En el plano físico, las enfermedades son una fuente importante de vulnerabilidad tanto para las personas que las padecen como para aquellas familias en las que estas representan una alta proporción respecto a los miembros sanos con capacidad de generar ingresos. La enfermedad reduce la capacidad de trabajo y la obtención de ingresos (39).

En el plano psicológico, las deficiencias y enfermedades generan vulnerabilidad, además de determinadas actitudes psicológicas negativas (el victimismo, el fatalismo, la dependencia de la ayuda), que debilitan la confianza en uno mismo, la determinación y, en definitiva, la capacidad de los afectados para hacer frente a la crisis (39).

El concepto de vulnerabilidad se comprende como un constructo multifacético resultante de una conjunción de factores individuales (biológicos, cognitivos y comportamentales), programáticos (programas de prevención, educación, control y asistencia, así como la voluntad política), sociales (relacionados con cuestiones económicas y sociales) y culturales (sometimiento a los patrones y las creencias morales, jerarquías, relaciones de poder, cuestiones de género), interdependientes y mutuamente influenciados, asumiendo pesos y significados diversos que varían con el tiempo y determinan un grado de susceptibilidad de los individuos y de los grupos en relación con cuestiones de salud (40).

El adjetivo vulnerable implica una serie de interpretaciones: el lado más débil de un asunto o cuestión, o el punto por el cual alguien puede ser atacado, perjudicado o herido. Esta noción se comenzó a generalizar a fin de aprehender, conocer e intervenir sobre el sida desde la interrelación de múltiples dimensiones científicas, especialmente desde una aproximación biomédica en consonancia con un enfoque antropológico-social.

De acuerdo con esas interpretaciones, el significado atribuido al concepto de vulnerabilidad remite a otras ideas relacionadas: fragilidad, desprotección, desfavor (poblaciones desfavorecidas) e incluso, desamparo o abandono (40).

8.1.3 Conciencia

La palabra conciencia debe su etimología al latín y hace referencia, en primera instancia, al conocimiento que tiene una persona sobre sí misma. Involucra las sensaciones, los pensamientos y los sentimientos que va experimentando el individuo. Podría decirse que la conciencia es una especie de sujeto interior, que comprende las acciones que la persona va realizando e impone las normas morales de acuerdo con las cuales este se manejará, las que suelen ser aprendidas y aprehendidas (41).

El concepto de conciencia puede ser abordado desde distintos enfoques. La ética se apoya en lo que hemos visto de las normas morales de comportamiento, y cree que el ser humano se siente obligado a actuar bajo esos principios derivados de su conciencia; en caso de no hacerlo, probablemente tenga lo que se llama cargo de conciencia o remordimiento. En lenguaje coloquial, al momento en el que una persona se da cuenta de que ha actuado en contra de lo que le marca su conciencia se lo conoce como un mensaje de la “voz de la conciencia”, personificando al término (41).

Por esta importante carga de sentido ético es que la filosofía se ha preguntado muchas veces por la conciencia. Entiende, a grandes rasgos, que la conciencia es la facultad humana de discernir entre el bien y el mal, y de este modo, ser responsable de los actos que realiza. Muchos autores han incluido a la conciencia dentro de su campo de análisis: René Descartes, que se propone dudar de todo lo que conoce hasta el momento, decide incluir dentro de su duda a la ética; pero para encarar este examen, debe establecer una ética provisoria, y allí se da cuenta de que la realiza de acuerdo con su conciencia, de la que duda de su existencia física (41). El “pienso, luego existo”, sin embargo, es una afirmación sobre la existencia y preponderancia de la conciencia.

Immanuel Kant incluye dentro de las cuatro condiciones excluyentes de la ética humana a la conciencia moral, cree que es algo que está en todas las personas e incorpora el concepto de juez interno. Examina el caso del engaño a uno mismo y la falta de conciencia en su estado más desarrollado, y el imperativo categórico (obra de manera que todos obren como tú) como el punto más alto de la conciencia.

Por último, para la filosofía materialista de Karl Marx, la conciencia se produce luego de un salto cualitativo en la relación entre el hombre y la naturaleza, a través de la satisfacción de sus necesidades materiales y la producción de la vida material. Relaciona el concepto con el lenguaje, e incorpora la idea de conciencia de clase: la capacidad de los individuos de darse cuenta de las relaciones antagónicas de clase en las que viven (41).

La psicología se centra en los fenómenos psíquicos que permiten al ser humano darse cuenta de lo que ocurre y permanecer alerta ante la realidad. Se apoya en la capacidad de percepción sensitiva y, junto con la psiquiatría, considera una situación normal de lucidez en la persona con la capacidad de percibir las cosas

como realmente son. Los casos de ingesta de alcohol o drogas, problemas biológicos o enfermedades psiquiátricas pueden causar trastornos en la conciencia del individuo (41).

Sigmund Freud estableció una diferencia entre tres estados de conciencia claros: consciente, preconsciente e inconsciente. Aunque la diferencia entre estos estados aparece a partir de estímulos internos y externos, la más fuerte llega en el momento de dormir, donde el inconsciente se expresa a través de los sueños. Otros estudiosos del tema han estipulado una serie de niveles de la conciencia, que van desde el más alto (vigilancia excesiva), pasando, entre otros, por la vigilancia relajada, luego por el sueño ligero, hasta llegar al punto límite del estado de coma (41).

8.2 Ambiente

8.2.1 Unidad de Cuidado Intensivo

La Unidad de Cuidado Intensivo surge en Alemania durante los años treinta, cuando en los hospitales construyeron espacios destinados al tratamiento de los recién operados. Las epidemias de poliomielitis de los años 1947 a 1952, obligaron a concentrar pacientes con parálisis respiratoria en unidades llamadas de “Respiración artificial”; los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca, por Lassen, Dam, Ipsen y Poulsen; en Suecia por Holmdahl, y en Francia por Mollaret (42).

Los cuidados intensivos han tenido un gran desarrollo, sobre todo en lo referente a nuevos conocimientos fisiopatológicos, y en nuevas tecnologías, así como en la monitorización y la instrumentación, lo que ha permitido su expansión cultural y

geográfica; así más hospitales en todo el mundo están creando las facilidades de cuidados intensivos (42).

Actualmente, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad, cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internadas allí, bien sea por un trauma, en el posoperatorio o por la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras. Las diferentes unidades de cuidado intensivo tienen características particulares, a diferencia de otros servicios hospitalarios.

La distribución de las UCI puede variar de unas a otras unidades: unas son circulares y otras lineales; en las dos el puesto de enfermería es central y está ubicado en frente de los cubículos donde se encuentran los pacientes. Otras conservan la estructura de los servicios de hospitalización con habitaciones similares, pero con la adecuación eléctrica y tecnológica necesaria.

Todas estas características, sumadas a la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera y cargada de incertidumbre, lo que afecta la condición del paciente (32)

Con respecto a la tecnología de la UCI, hay diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar la terapéutica, los cuales pueden ocasionar discomfort en el paciente debido a que están adheridos a la piel, algunos pueden transgredir las barreras naturales y limitar la autonomía, la movilidad y el bienestar (32)

8.2.2 Iluminación y sonidos (37)

En la Unidad de Cuidado Intensivo se pueden encontrar dos tipos principales de trastornos sensoriales, la sobrecarga sensorial se origina cuando la persona experimenta en forma súbita estímulos excesivos, desconocidos, incómodos e inesperados, los estímulos carecen de patrón, se perciben como molestos o sin significado alguno y producen tensión. La otra alteración, es la pérdida sensorial que se produce cuando el paciente experimenta una falta de diversidad o intensidad en los estímulos sensoriales o falta de estímulos que se consideren trascendentes.

Este ambiente de la unidad puede generar en el paciente, confusión, desorientación, alucinaciones, delirio e inquietud, hasta el punto de la agitación, falta de cooperación, letargo y cambios en el estado de ánimo.

8.3 Cuidado

8.3.1 Sedación

La sedación está definida como la “inducción de un estado relajado y tranquilo en el que se está libre de ansiedad, mediante la utilización de agentes farmacológicos (sedantes) que posibilitan la manipulación del estado de la conciencia, permitiendo a los pacientes tolerar procedimientos poco placenteros y la exposición a los ambientes no confortables de las unidades de cuidados intensivos (UCI)” (24)

También está definida como “la modificación controlada del estado de la conciencia que le permite a los pacientes tolerar procedimientos poco placenteros y busca aliviar las incomodidades a las que necesariamente está expuesto en las unidades de cuidados intensivos (UCI) facilitando su acople a las distintas terapias

incluyendo la ventilación mecánica y promoviendo el descanso y la recuperación” (24)

8.3.2 Analgesia

El dolor es definido por múltiples autores como una experiencia sensorial desagradable e incómoda, la cual es generada por estímulos internos (manifestación de las patologías del paciente) y externos (resultado de los procedimientos a los cuales se le somete durante el cuidado de la salud).

La analgesia consiste en diferentes técnicas para disminuir la sensación dolorosa del paciente, tanto mediante medidas de tipo farmacológico, como no farmacológico (ej. la colocación en posición adecuada y la disminución de estímulos irritantes y dolorosos). La analgesia debe ser el primer paso en cualquier protocolo de sedación, hasta el punto de que ningún paciente deberá recibir sedación hasta que no se haya controlado el dolor. La sedación consiste en calmar al paciente mediante la utilización de medidas que pueden ser farmacológicas o no. (25)

8.3.3. Sujeción terapéutica

La sujeción mecánica es una “medida terapéutica dirigida a la inmovilización parcial o generaliza de la mayor parte del cuerpo de un paciente para tratar de garantizar su seguridad y la de los demás; se utiliza ante el fracaso de la contención verbal o cuando inicialmente esta no es posible. Es una técnica ampliamente utilizada por el personal de enfermería en los hospitales, bajo prescripción médica. Su uso provoca situaciones de conflicto emocional e inconvenientes en el propio personal de enfermería” (43).

La sujeción mecánica tiene como objetivos salvaguardar la seguridad del paciente y de los profesionales que le atienden; impedir la manipulación de otras medidas aplicadas como vías o sondas, probablemente necesarias en agitaciones de causa orgánica, o para evitar la fuga de un paciente que acude involuntariamente (44).

Para algunos, la sujeción terapéutica se puede relacionar con la inmovilización, la cual se entiende como el uso de procedimientos físicos, mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o sobre otras personas pudiera ocasionar (43).

Se indica, por ejemplo, en el caso de pacientes con conducta agresiva que signifique riesgo para él mismo, para el personal sanitario, familiares u otras personas; cuando se niega a recibir el tratamiento y esto puede afectar su salud; cuando la agresividad no es controlada con la contención verbal o los medicamentos (43).

8.3.4. Prácticas de cuidado

Las prácticas de cuidado son todo el conjunto de actividades, tareas o atenciones que configuran los cuidados; cubren un amplio conjunto de necesidades personales, tanto biológicas como emocionales, básicas para el sostenimiento de la vida humana. Tanto las creencias como las prácticas de cuidado de la salud se producen y desarrollan dentro del contexto social, se influyen mutuamente y son parte del carácter dinámico que permite a la cultura favorecer la adaptación de las personas a su entorno; tener en cuenta los aspectos culturales le da un toque humano al cuidado y favorece alcanzar los objetivos terapéuticos (45).

MacIntyre, citado por Melguizo, “considera que las prácticas [de cuidado], más que una colección de comportamientos discretos, son una actividad coherente y socialmente organizada que tiene una noción del bien (de lo bueno) y una variedad de significados comunes implícita o explícitamente articulados” (45).

8.3.5. Seguridad del paciente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la “reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable” (10). El Ministerio de Protección Social, la define como el “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” (11).

La cultura de seguridad del paciente consiste en un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención (10).

8.4 Salud

8.4.1 Confort

Según K. Kolcaba, “el confort es el estado que experimentan los pacientes receptores de las intervenciones del confort cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, espiritual, social y ambiental). Dicha clasificación fue construida a partir de

elementos de otras teorías; es el caso del concepto ‘alivio (Orlando, 1961)’; ‘tranquilidad (Henderson, 1966)’ y ‘trascendencia (Paterson, 1975)’” (17).

Los contextos planteados por Kolcaba son: el físico (sensaciones del cuerpo); psicoespiritual (conocimiento interno del yo, incluidos la autoestima, el autoconcepto, el sexo y el significado de la vida); ambiental (entorno, las condiciones y las influencias externas) y social (relaciones interpersonales, familiares y sociales).

La NANDA (46) plantea una serie de características definitorias para el déficit o ausencia de confort: ansiedad, llanto, deterioro del patrón del sueño, temor, incapacidad para relajarse, irritabilidad, gemidos; el paciente expresa sentir frío/calor, expresa sentirse incómodo, tener síntomas de distrés, sentir hambre, tener prurito, expresa falta de satisfacción con la situación, falta de tranquilidad, inquietud y suspiros.

Algunos factores relacionados con estas características son: síntomas relacionados con la enfermedad; recursos insuficientes (económicos, soporte social); falta de control ambiental; falta de privacidad; falta de control de la situación; estímulos ambientales nocivos y efectos secundarios del tratamiento (medicación, radiación).

8.4.2. Comodidad

“La comodidad es el estado de sosiego resultante de la interacción de dos componentes, físico y emocional. El componente físico, comprende la liberación del dolor y la armonía con el ambiente, ejemplos, una persona en un ambiente insalubre experimenta un malestar físico. Mientras que el componente emocional es la liberación del estrés mental, como la ansiedad o la depresión” (47).

Existen factores que *causan malestar o incomodidad*. “En relación con la incomodidad que puede ser causada por estímulos de origen psicosocial, se encuentran el hecho de estar hospitalizado, aquella persona que está enferma o le teme al dolor, la incapacidad o incluso la muerte, además, la falta de atención por el personal de enfermería. En cuanto a la incomodidad física, puede causar malestar y alteración de los procesos mentales que suelen interferir con el equilibrio psicosocial de una persona, ejemplo, dolor, náuseas, exceso de calor o mala higiene” (48).

8.4.3 Tranquilidad

La tranquilidad se define como un “estado de calma, de despreocupación o de paz, en un momento o tiempo y lugar determinado; al sentir tranquilidad, la persona se siente alegre con el momento que está experimentando, y siente que su vida está en equilibrio al igual que todo su interior y todo lo que lo rodea” (49).

8.4.4 Bienestar

El concepto de bienestar es, sin lugar a dudas, un concepto evaluativo y gradual. Atribuir más o menos bienestar a un sujeto es darle un valor más o menos positivo a su vida. El concepto de bienestar parece ser un concepto mixto, en el que se combinan características de dos tipos: por un lado, características que aluden a las circunstancias exteriores de la persona, tales como su posición o el acceso a ciertos bienes materiales o externos, por ejemplo, su riqueza, su poder, las comodidades con las que cuenta, el tiempo libre del que dispone, su acceso a servicios de salud y de educación; por otro lado, características que aluden a la posesión de ciertos estados internos de la persona o estados de ánimo

considerados como valiosos, como por ejemplo, el placer, la felicidad, el contento, el sentimiento de dignidad, la esperanza y, en general, todo aquello que resulta de la realización de deseos, anhelos y planes de vida personales (50).

Como diría Aristóteles, nadie llamaría dichoso a quien teniendo riquezas y salud se la pasara durmiendo o tuviera un ánimo contristado y deprimido, como tampoco llamaríamos dichoso a quien careciera de ciertos bienes externos indispensables para el desarrollo adecuado, como una casa digna, la oportunidad de educarse, el acceso a cuidados sanitarios; esto es, todo aquello que brinda oportunidad a la persona para participar en aquellas “acciones que la virtud exige” (50).

Tal parece, en efecto, que al atribuir bienestar a una persona nos fijamos tanto en qué tan bien está desde el punto de vista exterior o material, como en qué tan bien se encuentra anímica o interiormente. Dependiendo de la manera como se combinen estos dos factores en una explicación del bienestar, tendremos concepciones diferentes del bienestar humano, y en la medida en que alguno de sus dos aspectos se encuentren ausentes, tendremos concepciones, en mi opinión, incompletas o inadecuadas (50).

Aristóteles, en su *Ética Nicomaquea*, “recoge una doctrina antigua y aceptada por los filósofos, según la cual los bienes se clasifican en tres tipos: los bienes externos, los bienes del cuerpo y los bienes del alma o psíquicos”. Estos tres tipos de bienes parecen contribuir de diferentes maneras al bienestar total de una persona. Sostiene que “estos tres ingredientes tienen que hallarse presentes para hacernos dichosos”. La posesión de cada uno de estos tipos de bienes daría lugar, por así decirlo, a diferentes tipos de bienestar: el bienestar exterior o material, el bienestar corporal (salud y belleza física) y el bienestar interior o anímico (50).

Estos son diferentes entre sí, pues la suma de dos de ellos no daría lugar al tercer tipo de bienestar. Concretamente, el bienestar anímico, el único deseable por sí

mismo, no es la suma resultante de la posesión de bienes externos y del bienestar corporal, pues como bien señala Aristóteles, es posible tener riqueza, poder y salud y no tener el bienestar más valioso que sería el propio del alma humana: la eudemonía o auténtico bienestar, que es peculiar a los humanos (50).

La relación entre esos tipos de bienes no es cosa fácil de establecer. Aristóteles, como es bien sabido, jerarquiza los bienes antes mencionados y considera en un nivel inferior a los bienes externos y corporales, y en un nivel superior a los bienes anímicos. Los primeros, nos dice, no son más que bienes instrumentales, es decir, son medios para la obtención de otros fines; no los deseamos por sí mismos, sino por el bienestar interior que pueden procurarnos (50).

9. MARCO METODOLÓGICO

Este estudio fue abordado a partir de un enfoque cualitativo, de tipo etnográfico; según Rodríguez, citado por Sandoval, la etnografía es “el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta, pudiendo ser esta una familia, una clase, un claustro de profesores o una escuela” (51). A su vez, Geertz plantea que la etnografía, “permite identificar el carácter específico de las acciones humanas o sea su dotación de sentido social en el curso de un proceso de elaboración colectivo; así mismo, comprender las experiencias colectivas humanas, dentro de ámbitos específicos” (52). Se considera, entonces, una etnografía de tipo particularista, pues “es la aplicación de la metodología holística en grupos particulares o en una unidad social” (53), en este caso los enfermeros. Teniendo en cuenta esto, el estudio pretendió comprender el significado que tiene para los enfermeros el confort del paciente en estado crítico, que se encuentra bajo efectos de sedación.

Geertz aborda la comprensión desde la perspectiva de Dilthey, quien la define “como un modo de aprehensión de los objetos de las ciencias del espíritu o de la cultura, es un método para el análisis de los significados y sentidos. Los enfermeros representan una cultura con hábitos, costumbres, patrones o pautas de comportamiento, según lo define la corriente paradigmática conductual (Tylor, Boas, Malinowski); además, presenta un conjunto de información compartida, de ideas y conocimientos codificados de símbolos, a lo que se denomina ‘paradigma cognoscitivo’ (Geertz, Harris, Giddens), donde la cultura se redefine en ideas, simbolismos y significados, como algo que existe en la mente, en el pensamiento y en las representaciones internas” (52).

9.1 Recolección de la información: técnicas, herramientas e instrumentos

A partir de las técnicas de recolección de información que proporciona el método etnográfico, se empleó la observación participante, la entrevista (grabada), el grupo focal y el diario de campo.

9.1.1 Observación participante

La observación consiste en “apreciar o percibir con atención ciertos aspectos de la realidad inmediata. Observamos los hechos y acontecimientos a través de todos nuestros sentidos” (54). Por su parte, “la observación participante es más que una técnica, es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc.” (55).

Con el fin de orientar la observación, se plantearon referentes como la descripción del contexto, la dinámica de los participantes, los procesos de comunicación y de interrelación, las características del servicio y las acciones relacionadas con el cuidado de los pacientes que se encuentren bajo efectos de sedación, con base en elementos de la semiótica y la hermenéutica. (Ver Anexo N°1)

Se llevaron a cabo cien horas de observación, logrando la saturación de categorías; los registros fueron consignados inmediatamente terminada la observación en el diario de campo.

Antes de dar inicio a las observaciones, se explicó a las personas presentes la actividad por realizar, especificando la no intervención, por parte del investigador, en la dinámica cotidiana del servicio; se trazaron algunos acuerdos, entre los

cuales estaban ubicarse en un lugar que no obstruyera la movilidad en el servicio y el respeto por las normas institucionales, como el uso de bata al interior de la Unidad.

9.1.2 Entrevista

La entrevista en investigación cualitativa es una interacción limitada y especializada, conducida con un fin específico y centrada sobre un tema particular (56). Implica un esfuerzo de reinmersión (en el tema de estudio) por parte del entrevistado frente a, o en colaboración con, el entrevistador (57). Asumir estas definiciones indica que se considera a los participantes como seres con capacidad de iniciativa personal, que no se limitan a reaccionar frente a un marco sociocultural, sino que construyen sentidos y significados de la realidad ambiental (58). Es una de las técnicas más flexibles e importantes con las que actualmente se cuenta para la investigación; permite ir corrigiendo, ajustando o previniendo errores con el fin de asegurar la validez de la información obtenida.

La selección de los participantes se hizo teniendo en cuenta dos tipos de muestreo según Sampieri. En primer lugar, se realizó muestreo por oportunidad, el cual se define como “los casos que de manera fortuita se presentan ante el investigador justo cuando los necesita”; por tanto, en el momento de las observaciones se captó al enfermero de turno, quien participaba voluntariamente del estudio. (59)

En segundo lugar, se empleó el muestreo en cadena o bola de nieve, el cual según Tylor y Bodgan, es considerado “el modo más fácil de construir un grupo de información es a través, permite conocer a algunos de los informantes y lograr que ellos presenten a otros”. Con base en esto, los participantes hablaban con enfermeros que conocían y que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. (60)

Ahora bien, antes de iniciar cada entrevista se recordó al participante el objetivo del estudio, enfatizando en el respeto por la confidencialidad de la identidad y de la información obtenida, en la participación voluntaria y en el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio. Además, se explicó cada ítem del consentimiento informado, que el participante firmaba antes de dar inicio a la entrevista.

Se emplearon preguntas abiertas a fin de comprender el significado del confort para el enfermero; ninguno de los participantes tuvo inconvenientes con las preguntas; si bien se logró el *rapport* (compenetración) con todos los participantes, hubo dificultad con los hombres. Las entrevistas fueron realizadas en los lugares de trabajo de los participantes, la mayoría eran espacios privados y silenciosos, como oficinas o cafetines; solo con dos participantes se realizó la entrevista en uno de los cubículos que se encontraban libres en el momento del encuentro.

En total se realizaron 9 entrevistas, a 3 enfermeros y 6 enfermeras; el promedio de edad fue 30 años, con un tiempo de experiencia de 5 años en una Unidad de Cuidado Intensivo. Las entrevistas fueron transcritas por la investigadora inmediatamente después de ser realizadas, luego fueron consignadas en el diario de campo. En el momento en que hubo saturación de la información, se realizaron 4 entrevistas dirigidas, con el fin de confirmar los resultados; dichos encuentros quedaron consignados en el diario de campo.

9.1.3 Grupo Focal

El grupo focal es considerado como “una técnica de investigación social, cuyo propósito radica en propiciar la interacción mediante la conversación acerca de un tema y objeto de investigación, en un tiempo determinado, y cuyo interés consiste

en captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo. Adicional, tiene como objetivo provocar confesiones o auto exposiciones entre los participantes, a fin de obtener de estos información cualitativa sobre el tema de investigación” (61)

Teniendo en cuenta lo anterior, en el estudio se llevó a cabo un (1) grupo focal, conformado por tres enfermeras que participaron voluntariamente y fueron seleccionadas a través de la técnica “bola de nieve”; se tuvo en cuenta los miradores planteados para las entrevistas; la duración del grupo focal fue de 1 hora aproximadamente, lográndose el *rapport* y la participación espontánea y activa de los participantes.

9.1.4 Diario de campo

El diario de campo “es un registro continuo y acumulativo de todo lo acontecido durante la vida del proyecto de investigación” (51). Se realizó la transcripción de cada una de las observaciones realizadas, utilizando una libreta auxiliar durante las sesiones con el fin registrar la información o las situaciones importantes, que pudieran ser olvidadas durante la digitación y que permitieran recrear el contexto, los gestos, las miradas, entre otros aspectos, que no quedaron en la grabación.

Cada página del diario de campo fue rotulada con el título del estudio, la fecha, el objetivo y la descripción detallada de la observación participante o la entrevista realizada, y un análisis inicial de la información recolectada en dicha sesión; además de las inferencias de la investigadora. A medida que se registraba la información, se realizaron conclusiones preliminares donde se evidenciaba el contraste entre la información obtenida, la interpretación de la investigadora y los referentes teóricos pertinentes en cada caso.

9.2 Criterios de inclusión/exclusión: participantes

El estudio se realizó con enfermeros que cuidaran o hubieran cuidado a pacientes adultos en estado crítico de salud, bajo efectos de sedación, en el contexto de la Unidad de Cuidado Intensivo. El número de participantes se determinó por la saturación de categorías teóricas emergentes durante la recolección de la información; según Morse, “en el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos” (62).

No fueron criterios de inclusión o exclusión la edad, el sexo, la raza o la experiencia de los participantes en el momento de su selección.

9.3 Criterios de rigor

La credibilidad es la cualidad que se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el mismo y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado (58). Para lograr esto, se llevaron a cabo registros fidedignos de las notas de campo, las transcripciones de las entrevistas se realizaron inmediatamente después de las sesiones para garantizar la fidelidad de los datos; la interpretación de los resultados se hizo a partir de la perspectiva de la investigadora conservando la coherencia con lo expresado por los participantes.

Los resultados obtenidos de la interpretación del investigador se contrastaron con la perspectiva de algunos de los participantes que quisieron conocer el texto final; los aportes quedaron consignados en el diario de campo y se tuvieron en cuenta para el análisis y elaboración de los resultados. Durante la observación

participante, se procuró limitar y orientar las interacciones hacia la identificación y el análisis de las creencias y prácticas de cuidado de la salud de los participantes y los factores del contexto sociocultural que influyen (56). Además, continuamente se observó cada una de las partes de la investigación en relación con los objetivos, las categorías teóricas y el enfoque, haciendo énfasis en las técnicas dialógicas en el proceso de recolección de información.

La confirmabilidad, se define como “la neutralidad en el análisis y la interpretación de la información, que se logra cuando otros autores pueden seguir la pista y llegar a hallazgos similares”. (63) Para garantizar lo anterior, se realizó una descripción detallada de los criterios de inclusión / exclusión, estrategias para la selección de los participantes; así mismo, se tuvo en cuenta los miradores, la guía de observación y el diario de campo como registro de cada uno de los pasos en la ruta metodológica.

La confiabilidad, se refiere a “resultados estables, seguros, congruentes, iguales a sí mismo en diferentes tiempos previsibles; se basa en la interpretación de los datos, buscando que sean lo más concordantes posibles”. (61) Por lo anterior, en el momento de la interpretación, análisis, codificación y categorización de la información, se recurrió a la estrategia de la triangulación metodológica, empleando un método comparativo constante entre las diferentes técnicas empleadas.

9.4 Análisis de la información

El proceso de análisis de la información tiene como finalidad descubrir los conceptos, las categorías, los temas y patrones presentes, a través de la descripción e interpretación de las experiencias de los participantes, según su óptica, lenguaje y expresiones (59). Se trata de un proceso de compaginar datos,

de hacer obvio lo invisible, de reconocer lo importante a partir de lo insignificante, de vincular hechos al parecer no relacionados lógicamente, de encajar unas teorías con otras y de atribuirles consecuencias a los antecedentes (62).

Para dar respuesta a la pregunta de investigación y alcanzar el objetivo de comprender el significado que para el enfermero tiene el confort del paciente en estado crítico que se encuentra bajo efectos de sedación, se siguieron los lineamientos propios del análisis etnográfico. Dicho análisis, “es la búsqueda de patrones de la información y de ideas que ayudan a explicar la existencia de estos patrones” (62).

Según Taylor y Bogdan (60), “la recolección y el análisis de la información van de la mano”; por lo anterior, se realizó el proceso de recolección de información a través de la entrevista, observaciones y registros en el diario de campo, simultáneamente con el proceso de análisis, con el fin de comenzar a dar sentido a la información obtenida.

Para dar cumplimiento a lo anterior, la investigadora transcribió las entrevistas previamente grabadas y los diarios de campo, inmediatamente culminaban cada una de las jornadas. Se llevó a cabo un análisis inicial de cada entrevista y observación al finalizar las transcripciones, pues “cuanto más se espere, más difícil resultará volver a tomar contacto con los informantes para aclarar algunos puntos” (60).

La investigadora realizó el análisis manualmente; con la información obtenida a través de los instrumentos y las herramientas de recolección, se dio inicio al proceso de triangulación de la información. “La triangulación es vista como un procedimiento que disminuye la posibilidad de malos entendidos, al producir información redundante durante la recolección de datos que esclarece de esta manera significados y verifica la repetibilidad de una observación; también es útil

para identificar las diversas formas como un fenómeno se puede estar observando” (64).

En la triangulación metodológica, durante la codificación y categorización, se empleó una técnica propia de la Teoría Fundamentada, conocida como el método comparativo constante de Glasser y Strauss, por el cual el investigador simultáneamente codifica y analiza información para desarrollar conceptos (60). Cabe mencionar, que “la triangulación no solo sirve para validar la información, sino que se utiliza para ampliar y profundizar su comprensión” (64).

El proceso de codificación se desarrolló en dos fases. En primera instancia, se hizo codificación abierta, donde surgieron unas categorías iniciales, “Estar tranquilo” y “Confort: utopía o realidad”; posteriormente, en la codificación axial, se relacionaron las categorías centrales con el fin de darle sentido a los hallazgos y describir el significado. “A lo largo del análisis, se trata de obtener una comprensión más profunda de lo que se ha estudiado, y se continúan refinando las interpretaciones” (60).

9.5 Cronograma de actividades

ACTIVIDAD / MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Definición del problema	■	■	■	■	■																									
Formulación del estudio	■	■	■	■	■																									
Diseño Metodológico						■	■	■	■	■	■	■																		
Recolección de la información												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Realización y análisis de entrevistas y guía de observación. Planteamiento de categorías												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análisis de la información. Codificación												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Búsqueda de fuentes bibliográficas y otras investigaciones.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Presentación de avances					■						■						■						■							
Informe Final																													■	

9.6 Aspectos éticos

El Ministerio de Salud expide la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; en el artículo 10, “se clasifican las categorías de riesgo para la investigación con seres humanos, la cual permite ubicar este estudio como de riesgo mínimo ya que no implica ninguna intervención o modificación sobre la vida o las condiciones emocionales de los participantes” (65).

El proyecto fue avalado inicialmente por el Comité de Bioética de Investigación en Humanos de la Sede de Investigación Universitaria (CBE-SIU), que hizo algunas recomendaciones, las cuales fueron aceptadas, y se envía nuevamente para una segunda evaluación. Con los ajustes realizados, el Comité aprueba el estudio y da el aval para su ejecución.

Una segunda evaluación del proyecto fue realizada por la Institución de Salud, quien después de estudiarlo, aprueba la realización de la investigación en su sede.

A los participantes se les mostró y explicó el consentimiento informado; el documento utilizado fue legible, claro y coherente, e incluía el objetivo general del estudio, los propósitos y alcances; además, al entregarles el consentimiento a los participantes, se hizo énfasis en su participación voluntaria y en la posibilidad de retirarse del estudio si en algún momento lo consideraban (ver Anexo 2).

Se especificó la privacidad de los sujetos y la Institución, enfatizando que el objetivo principal del estudio es investigativo y que en ningún momento se incurrirá en sanciones para los participantes. Se define la participación en el estudio como voluntaria, aclarando que no se tendrá remuneración monetaria o de otro tipo.

9.7 Limitaciones del Estudio

Durante el estudio se presentaron algunas dificultades, una de ellas fue que debido a inconvenientes de índole administrativa interna de la Institución donde se estaba llevando a cabo la investigación, cancelaron el permiso para realizar la recolección de información.

En el momento de la cancelación ya se había obtenido información suficiente por medio de las observaciones, y puesto que el objetivo del estudio era comprender

el significado de confort para los enfermeros que cuidan a pacientes en estado crítico de salud, bajo efectos de sedación, se continuó la recolección con la técnica bola de nieve a fin de realizar las entrevistas que fueran necesarias para saturar la información.

10. RESULTADOS

10.1 Primera categoría: Confort es estar tranquilo*

10.1.1 Confort es tranquilidad y tranquilidad es armonía

“... es un estado en el que el ser humano no quiere salir, porque se siente pleno y siente en ese momento todas sus necesidades satisfechas”. E3

Para los participantes de este estudio, el confort del paciente significa estar tranquilo; esto ocurre cuando existe una armonía entre el **ambiente y la compañía**, es decir, cuando los estímulos externos del entorno —sonidos, iluminación y temperatura—, unidos a la interacción con las personas que rodean al paciente, cumplen ciertas condiciones.

La armonía entre **la comodidad y la protección**, entendida la primera, como la ausencia de sensaciones tanto físicas como emocionales desagradables; y la segunda, como la capacidad que tiene el enfermero de interpretar y satisfacer las necesidades de esa persona que es vulnerable y dependiente del cuidado y que

* Es importante que el lector sepa que cuando se habla de paciente, se está haciendo referencia a “paciente en estado crítico bajo efectos de sedación en la Unidad de Cuidados Intensivos”. Y cuando se habla de los participantes, se hace alusión a los enfermeros que fueron entrevistados durante la investigación.

La presentación de las categorías y subcategorías se hace teniendo como eje principal la voz de los participantes, las observaciones de la investigadora (principalmente en aspectos donde se considera necesaria alguna descripción situacional o física) y las notas consignadas en el diario de campo.

Las unidades significativas están identificadas con la letra “E”, que hace alusión a las entrevistas; así mismo, “O” se refiere a las observaciones, “EGF1” al Grupo focal y “DC” al diario de campo.

además está expuesta a riesgos, que se deben prevenir.

La armonía entre **la analgesia y la sedación** hace referencia a las actividades que realiza el enfermero, para lograr que el paciente no tenga dolor y que la sedación se encuentre en los niveles adecuados para brindar comodidad, tanto al paciente como al enfermero que lo cuida.

“...estar bien, no tener nada que te preocupe o que te esté angustiando, eso es básicamente, y con ellos no tener dolor, no tener ninguna sensación que físicamente los incomode, eso es estar tranquilo, sentirse protegido, eso también genera tranquilidad, para mí eso es tranquilidad y para el paciente es lo mismo”.

E4

“... ¿Comodidad? Yo pienso que es un estado donde cualquier ser humano no quiere salir, porque está con todas sus necesidades satisfechas, se siente tranquilo, no hay nada que lo agobie”. E5

“... para que el paciente esté comfortable, necesita estar sin dolor, y que esté tranquilo y sin dolor, porque de nada sirve tener al paciente sedado y con dolor”.

E7

“... yo pienso que es eso, para mí la tranquilidad es eso, cuando uno puede estar con los niveles de ansiedad un poco más bajos”. E2

10.1.2 Armonía entre ambiente y compañía

10.1.2.1 Ambiente

El ambiente está compuesto por todos los factores externos que rodean al paciente y pueden afectar su estado físico y emocional; entre estos se describen el espacio, la iluminación, los sonidos y la temperatura.

El espacio

“Ellos están viendo cuatro paredes”. EGF1

Los participantes describen la Unidad de Cuidado Intensivo como un lugar con cubículos amplios y tecnología apropiada para la atención de los pacientes, que inspira mucho respeto y admiración por las actividades que allí se realizan, y que genera bastante tensión laboral; además, piensan que es poco amigable para los pacientes por el aislamiento al que son sometidos.

“... ellos están en una UCI, viendo cuatro paredes, escuchando un monitor, eso desorienta a cualquiera”. EGF1

“... la UCI para mí es un lugar de tensión, adrenalina, es un servicio que inspira respeto y admiración, ya que se trabaja con personas muy enfermas”. DC

“El espacio de la Unidad de Cuidados Intensivos es amplio, con subdivisiones que forman cuartos individuales habilitados para almacenar equipos biomédicos y realizar tareas estériles y sépticas. Para el ingreso se debe pasar un ‘filtro’ donde los familiares y visitantes se realizan el lavado de manos, y se visten con una bata blanca cuyo fin es garantizar la limpieza antes de tener contacto con el paciente”.

O3

“La unidad se compone de 13 cubículos con divisiones de vidrio que facilitan la visualización del paciente y los equipos biomédicos, todos habilitados con lo necesario para la atención del paciente. La visualización de los pacientes desde el puesto de enfermería es reducida, por la ubicación del mismo”. O2

La iluminación

“Para el paciente todo el tiempo es día”. EGF1

Para los participantes, la iluminación del lugar es uno de los factores que puede afectar la tranquilidad del paciente, ya que no le permite saber si es de día o de noche, pues por razones de trabajo, debido a la complejidad de las actividades realizadas de forma continua, así como a los elementos relacionados con la infraestructura física, la luz está permanentemente encendida.

“... es que para el paciente todo el tiempo es de día, porque una UCI mantiene la luz prendida, y cuando son cubículos que no tienen ventana, no cabe el sol, y obviamente cuando se despiertan, una dos o tres semanas después, perdidos en el tiempo...”. EGF1

“La Unidad de Cuidado Intensivo es un espacio iluminado, con ventanas grandes en cada uno de los cubículos, que permite la entrada de luz natural permanentemente; además, se observa que en la mayoría de los espacios que componen el servicio, la luz eléctrica se encuentra en uso, lo que aumenta la luminosidad del lugar. O4

“...el cubículo es muy oscuro, hay que tenerlo iluminado, para que el paciente se dé cuenta que es de día”. E7

Los sonidos

“... está mamado de esos pitos”. E9

Para los participantes, el ruido contribuye a alterar la tranquilidad del paciente. Las alarmas de los monitores, ventiladores y otros equipos biomédicos afectan la continuidad de su descanso y pueden contribuir a que el momento del “despertar” sea un proceso difícil, pues el paciente estará “agitado”.

“... el paciente no está nada comfortable [...] porque está mamado de esos pitos y que este mamado de muchas cosas, así lo veo yo”. E9

“... hay otros que de pronto con cualquier sonido o cualquier alarma o movimiento les puede generar un nivel de estrés”. E2

“Durante las observaciones se lograron identificar diversos sonidos, principalmente de equipos biomédicos, como bombas de infusión, monitores, ventiladores, máquinas de diálisis, cada uno con tonalidad diferente que permitía al personal identificar cuál era el equipo que estaba requiriendo atención”. O6

En contraposición, los sonidos conocidos para el paciente contribuyen a que se sienta tranquilo, tanto cuando está bajo los efectos de sedación como en el proceso de “despertar”, a pesar de la incomodidad en la que se pueda encontrar, como consecuencia de su estado de salud. Así lo expresa este testimonio:

“... en la noche, era el viejito escuchando vallenato, y se le acababa la pila y le comprábamos una... Y el vallenato y todas ya cantando vallenato, y se despertó, claro feliz, es que son personas que tienen un despertar bueno, no son de los que despiertan ni agresivos, ni agitados, se despierta obviamente incómodo, pero se despiertan bien”. EGF1

Temperatura

“Que esté bien abrigado”. E5

Un tercer aspecto al que hacen referencia los participantes tiene que ver con la temperatura del ambiente, principalmente en el cubículo; describen la UCI como un espacio frío, pues como requerimiento institucional, la temperatura debe estar entre 16-18° C, lo que genera en el paciente alteración física y emocional que lo torna intranquilo. Los participantes compensan el frío generado por el ambiente, brindando al paciente elementos como cobijas, sábanas, mantas térmicas y lámparas.

“... es un ambiente amplio, frío, aproximadamente 16 °C, con ventanas amplias, que permiten la entrada de luz natural y por ende brinda buena iluminación en el cubículo”. O3

“...que esté bien abrigado en cuanto al frío o al calor”. E5

“Ubica cerca del tórax del paciente una lámpara y expresa: ‘es que así no se me enfría tanto’”. O6

El paciente se encuentra [...] con doble cobija y sábana, además de un calentador eléctrico (manta térmica)”. O3

10.1.2.2 La compañía

“Los pacientes están muy expuestos, están solos, acá no tienen la compañía de un familiar”. E4

Los participantes expresan que “estar tranquilo” está relacionado con las interacciones que tenga el paciente con las personas que lo rodean, sea la familia o el personal de salud; identifican dos tipos de relación, paciente/familia, paciente/enfermero, y definen el acompañamiento como la presencia de personas significativas para el paciente, que de alguna manera contribuyen a la recuperación y tranquilidad del mismo.

Sin embargo, resaltan que el personal de enfermería puede brindar en algún momento esa tranquilidad, pues como consecuencia de las normas institucionales, las visitas son restringidas y, por ende, el acompañamiento es limitado, llevando a la ausencia de las personas significativas, lo que puede generar en el paciente sufrimiento adicional al ya padecido por su condición crítica de salud.

“...es un paciente que necesita mucho cariño, mucha fe, y si la familia no se la da, se lo debemos dar nosotros”. EGF1

“...pues en la UCI donde estaba, se acostumbra una sola visita en el día, media hora y dos familiares solamente”. EGF1

“...son pacientes que sufren, que están sufriendo todo el tiempo y que están muy expuestos, están solos, acá no tienen la compañía de un familiar, que para mí eso me parece horrible, tanto para el paciente como para el familiar”. E4

Entre paciente-familia

“... familias que aportan y otras que destruyen”. EGF1

El acompañamiento de la familia permite que el paciente esté más orientado y contribuye a su recuperación; los enfermeros la describen como la segunda voz

del paciente y las personas responsables del mismo. Además, clasifican a los familiares como “cuidadores” o “destructores”.

“... yo digo que la familia es el principal cuidador del paciente, en algunos casos, en otros el principal destructor del paciente, porque uno ve que hay familias que aportan y otras que destruyen”. EGF1

Las familias “cuidadoras” son aquellas que acompañan al paciente, le hablan, lo acarician, ayudan a orientarlo y conservan sus creencias; además, comprenden que el personal de enfermería cumple múltiples funciones y que existen momentos en los cuales no puede atender al paciente o a ellos.

“... por otro lado, ese contacto con los familiares les ayuda a que el paciente esté como orientado, es que [...] el contacto con los familiares, aparte de orientarlos también... influye mucho en el estado de ánimo”. E3

“...es que la familia aunque no están acá todo el tiempo, es quien toma las decisiones del paciente, quien es la responsable de todo lo que se le hace al paciente [...] es como la segunda voz del paciente”. E1

“...hay unas familias que son conscientes del trabajo, y saben que hay muchas otras cosas que hacer, y que realmente, si hacen eso, son cuidadores”. EGF1

“...Yo pensaría que las visitas no deberían ser tan restringidas, porque los familiares te pueden ayudar en ese confort [...] son los que dicen no, pero ¿por qué no lo cambiamos de posición?, yo creo que está incómodo; no, es que se está como quejando mucho de dolor, no que me dijo que sentía mucho frío”. E7.

En contraposición, son consideradas por los participantes como familias “destructoras”, aquellas que alteran la tranquilidad del paciente y no contribuyen a su recuperación; generan cambios en él que son descritos por el enfermero como alteraciones que conllevan mayor compromiso en su proceso de enfermedad. Los familiares “destrutores” son los que ingresan a la visita, pero no entran en contacto con el paciente, es decir, no le hablan, ni lo acarician ni lo estimulan con elementos conocidos para él. El familiar “destructor” ingresa al cubículo, pero durante su permanencia se preocupa más por lo que acontece a su alrededor, que por el enfermo. Además, son los familiares que lloran cuando están con el paciente o se preocupan por aspectos diferentes a los relacionados con el proceso salud/enfermedad de la persona en cama.

Por tanto, desde el significado que les atribuye el enfermero, este tipo de familiares no contribuye a la tranquilidad del paciente; así que utilizan las restricciones de las visitas (establecidas por normas o protocolos institucionales), para limitar el acceso a la unidad.

“Hay gente que no se le veía el interés, que no construía, destruía... Y nunca estaban en una visita, y si estaban pero se sentaban a mirar a todo el mundo, y el pobre paciente ahí tirado, y hacer visita pero a otros cubículos, uno le preguntaba señor ¿Usted es familiar de quién?” EGF1

“Las familias que no aportan, son las que más bien, ya se acabó la visita, espérenos afuera; son de los que no da pesar sacarlos para hacer procedimientos... Yo no les repongo tiempo, porque yo a veces les reponía tiempo, pero a esos así, no”. EGF1

Entre paciente-enfermero

“Yo trato de vincularme mucho con el paciente”. E4

Otro aspecto importante para la tranquilidad del paciente es la relación que se construye entre él y el enfermero, pues este último es la persona con la que tiene mayor contacto durante su permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por tanto, el enfermero procura conocer al paciente y sensibilizarse con su situación. Sin embargo, identifican en ellos mismos acciones que no contribuyen, por el contrario, pueden llegar a alterar la tranquilidad del paciente. Dichas acciones tienen que ver, principalmente, con conversaciones de índole personal, comentarios inadecuados, entre otros, mientras realizan algún procedimiento.

“es muy común, mientras tendían la cama eso se regaban a contar todas las historias habidas y por haber. [...] El paciente no tiene por qué saber la vida de otras personas, y eso pasa mucho en enfermería”. EGF1

“...yo trato de vincularme mucho con el paciente, me vinculo mucho en el sentido que se sensibiliza mucho con la situación de cada uno”. E4

“No me escucha, entonces ponerme a chismosear a decir cosas que no se deben... y eso no es así, porque ellos están escuchando, es un confort y es un cuidado integral que se le debe dar al paciente”. E6

10.1.3 Armonía entre comodidad y protección

10.1.3.1 Comodidad

La comodidad, entendida como la ausencia de sensaciones tanto físicas como emocionales desagradables, es identificada por el enfermero mediante la interpretación de los signos endógenos o exógenos manifestados por el paciente. Así pues, el enfermero, al ponerse en el lugar del paciente vulnerable, logra

identificar las condiciones relacionadas con la higiene, la alimentación, la posición y los procedimientos de rutina, que puedan generarle comodidad o incomodidad.

Interpretar al paciente

“Se les nota por encima que están incómodos”. EGF1

Los participantes consideran que el paciente en estado crítico de salud, debido a los efectos producidos por la sedación, no puede expresar verbalmente sus necesidades insatisfechas; sin embargo, existen signos que el enfermero interpreta para poder identificar dichas necesidades y plantear intervenciones dirigidas a la satisfacción de las mismas.

Ellos consideran dos grupos de signos: los exógenos y los endógenos. Al referirse a los signos exógenos, se hace mención de las alarmas de los monitores, ventiladores o equipos biomédicos, que de alguna manera le informan o señalan al enfermero que algo está ocurriendo con el paciente; los signos endógenos son observados directamente en el paciente: movimientos oculares, gestos, sudoración e inquietud, entendida esta como el movimiento constante del paciente en la cama.

“... no, es que hay pacientes que se les nota por encima que están incómodos, uno los ve como así, uno lo mira y uno dice: ese paciente está como raro”. EGF1

“... hay signos, entre esos podrían ser la alteración de los signos vitales, facies de dolor o de incomodidad [...] el mismo ventilador cuando hay fatiga ventilatoria o alguna alteración”. E1

“... ¿el paciente se mueve mucho? Vaya a ver si no tiene una tapa enterrada en la espalda, un capuchón de jeringa o la aguja”. E6

“... es como uno sienta que ellos están cómodos; creyendo que de cierta manera estén cómodos a lo que cree uno”. E6

Condiciones de comodidad

“Es como colocarse en el lugar de ese paciente”. E9

Tener al paciente en condiciones de comodidad significa, para los participantes, suplir las necesidades que consideran, desde su propia percepción, como básicas para cualquier ser humano; ellas son alimentación, higiene, posición, temperatura, vestido, entre otros. Ellos se sitúan en el lugar del paciente, y a partir de esta experiencia, plantean los cuidados que consideran, contribuyen a la comodidad de la persona cuidada.

“...ellos, como todos nosotros, tienen unas necesidades y para suplir las necesidades de los pacientes sedados... es como colocarse en el lugar de ese paciente, porque como está sedado no te va a decir nada”. E9

“...otra cosa son las mismas necesidades que tenemos todos, la de nutrición, [...] la de higiene también, la piel”. E7

“... nosotros sí sabemos que tenemos unas necesidades básicas que cumplir en ellos que es la alimentación, lo que es tenerlos en la posición adecuada, hacerles los cambios adecuados, brindarles medicamentos, tenerles la analgesia adecuada”. E4

“...yo pienso es, si yo estuviera ahí acostada, qué necesitaría, qué me gustaría que me hicieran [...] es que me cambien de posición, es que me lubriquen la piel, es que me laven la boca, es que me bañen bien, es que me peinen”. EGF1

“...es que la verdad, ponerse en el puesto de ellos es muy duro, muy difícil, y si uno no ha sido paciente sí que peor”. EGF1

Higiene

“... como es de bueno uno bañarse”. E7

La higiene del paciente es considerada por los participantes una necesidad fundamental, que contribuye a la tranquilidad. De ahí que enfatizan que, ponerse en el lugar del paciente y sentirse limpio, con aspecto y aroma agradable, genera comodidad y, por ende, tranquilidad.

“... como es de bueno uno bañarse, como es de bueno cepillarse, como es de bueno uno peinarse”. E7

“...para mí es primordial cepillarme los dientes, yo me siento sucia, usted se cepilla los dientes y se siente bañado prácticamente”. E5

“...uno quisiera que hicieran eso, que le cepillaran la boca, que lo peinaran, hay pacientes que apenas se recuperaban lo primero que pedían era el maquillaje”. EGF1

“...uno ve pacientes que muchas se quedan hasta días con esas bocas sin lavar, pues obviamente yo me imagino que se debe sentir asqueroso”. E9

Alimentación

“... no hay mejor placer que cuando uno entra al baño”. EGF1

Entre las condiciones de comodidad, expresadas por los participantes, está contemplada la alimentación como ayuda importante para la recuperación del paciente. Sin embargo, la principal preocupación está puesta en la eliminación de los desechos del organismo, pues consideran que, no hacerlo de forma frecuente, genera incomodidad e intranquilidad.

“... la alimentación es muy importante porque a veces empiezan muy tarde [...] y si el paciente no tuvo diarrea, la parte gastrointestinal se nos pasa mucho”. E7

“... así suene feo, pero no hay mejor placer que cuando uno entra al baño, es que claro usted está liberando a su organismo de los desechos que son cosas incómodas. Y los pacientes son felices cuando pueden, y cuando no, no comen porque está maluco y les duele y es incómodo y son cosas que mucho se nos pasan”. EGF1

Posición

“...No es fácil estar 24 horas en una cama”. E2

La permanencia en cama es reconocida como una condición de incomodidad. Así pues, el enfermero, en búsqueda de proporcionar comodidad, realiza cambios de posición al paciente, partiendo de su propio concepto de comodidad y de signos endógenos que le indican que la posición definida no satisface la necesidad de la persona cuidada.

“...no es fácil estar 24 horas en una cama y aparte de que, pues, se hacen los cambios de posición, a veces no es lo que el paciente busca, entonces uno trata de darle comodidad en esos aspectos”. E2

“...lo otro es la cama, uno busca, no es el ladito que a mí me guste si no el que al paciente le guste, yo procuro eso, es que no es su cama, es que no es su almohada, es que no es su ambiente, entonces uno trata hasta donde le es posible que el paciente quede medio cómodo”. E1

“...entonces uno ponerse en la posición que dejamos al paciente, o sea uno así aguanta dos minutos y vuelve y mueve la mano, entonces uno como lo sabría, uno poniéndose en el lugar del paciente”. EGF1

Procedimientos y dispositivos

“Hay incomodidades que nos tocan”. E4

El paciente, por razón de su tratamiento, necesita ser sometido a procedimientos y dispositivos médicos que, según los participantes, generan incomodidad que no puede ser mitigada por intervenciones enfermeras.

“...que pecao y si tienen sondas a tórax, drenes, sondas... es que hay incomodidades que a veces nos toca”. E4

“...Porque uno se quita lo que a uno le estorba y uno dormido, es que eso es incomodidad, eso me estorba... Y en UCI nosotros que le metemos sondas por todos los orificios, orificio que se respete está invadido de sondas”. EGF1

“... si está invadido entonces la sonda nasogástrica, la sonda orogástrica, el tubo, la sonda vesical, si está con diarrea ahora con el flexi seal y entonces tenga que por ahí se lo vamos acomodar”. E8

10.1.3.2 Protección

La protección es entendida como las intervenciones que realiza el enfermero con el objetivo de satisfacer las necesidades y disminuir los riesgos a los que está expuesto el paciente en estado crítico, el cual es vulnerable y dependiente, no solo por su estado de salud, sino, además, por los efectos de los sedantes en su estado de conciencia. La protección abarca dos elementos fundamentales: ser vulnerable y estar expuesto.

Ser vulnerable

“...ellos están en las manos de uno, uno hace con ellos lo que uno quiera”. E6

Los participantes describen al paciente como una persona vulnerable y dependiente de cuidado, pues como consecuencia de los efectos de los medicamentos sedantes en el sistema nervioso central, pierde su autonomía en cuidados básicos como la higiene, la alimentación y la movilidad; adicionalmente, y dado el uso de dispositivos como sondas, tubos y catéteres, hay mayor limitación en la comunicación verbal y, por ende, en la expresión de sus necesidades, lo que aumenta la dependencia del cuidado enfermero. Por tal razón, el enfermero es el responsable de valorar e identificar las necesidades del paciente, con el fin de implementar intervenciones dirigidas a la satisfacción de las mismas.

“Ellos están en las manos de uno, uno hace con ellos lo que uno quiera, ellos no tienen ni cómo responder a ningún... A ninguna de las cosas, que uno le está haciendo”. E6

“Y lo otro es que el paciente sedado es muy vulnerable por los medicamentos, demasiado”. E7

“...está totalmente dependiente de uno y si uno no hace nada, qué más riesgo que ese... si el personal no hace nada, sufre mucho un paciente en ese medio”. E7

Estar expuesto

El paciente, tanto por su condición de vulnerabilidad como de dependencia, está expuesto a riesgos relacionados con el tratamiento —nivel de sedación— el ambiente que lo rodea y las personas que lo cuidan.

Nivel de conciencia

“...está sedado, no creo que esté consciente de sus necesidades”. E6

Los participantes describen al paciente consciente como aquel que evalúa el cuidado de enfermería, es autónomo para satisfacer sus necesidades básicas, y con capacidad de tomar decisiones e interactuar activamente con las personas que lo rodean. Cuando el paciente es consciente, decide si acepta o no el tratamiento propuesto, que incluye los dispositivos médicos necesarios para su recuperación.

En contraste, el paciente “no consciente”, según la mirada de los participantes, es aquel que por efectos de la sedación no reconoce cuáles son sus necesidades; puede sentir los procedimientos, pero los identifica como estímulos externos que generan en él una respuesta interior. La respuesta es traducida en gestos o movimientos, que son interpretados por el enfermero y que le indican cuáles son las posibles intervenciones que puede llevar a cabo para satisfacer las necesidades del paciente.

“... ¿consciente? Es un paciente que puede tomar decisiones por sí mismo, que puede evaluar el cuidado que nosotros les estamos brindando, pues es decir, que evalúa todas las acciones que nosotros tenemos; que puede tomar decisiones”.

E4

“...el paciente sedado a mí no me va a pedir nada, yo no sé qué necesidades pueda tener; de hecho pues está sedado, no creo que esté consciente de sus necesidades”. E6

“... los pacientes conscientes, saben dónde están, que es todo lo que tienen encima y aun así, manejan un actitud como bien, como una actitud positiva frente a todo lo que están viviendo”. E9

Aunque esté sedado, escucha

“...uno tiene que escuchar algo en su subconsciente”. E6

Los participantes expresan que aunque el paciente con sedación no es consciente de sus necesidades, puede escuchar lo que está ocurriendo a su alrededor; por tanto, reconocen la importancia de ser prudentes a la hora de hablar frente él, pues consideran que es una persona, que aunque no sea un interlocutor activo —refiriéndose a la comunicación verbal—, no deja de participar a través de la comunicación no verbal en la interacción enfermero-paciente.

Por tanto, se resalta la importancia de que durante los procedimientos o cualquier contacto con el paciente, se restrinjan los comentarios improcedentes, en especial, los de índole personal, pues el paciente es una persona que escucha, siente y merece respeto; así mismo, sus condiciones de vulnerabilidad y dependencia al cuidado exigen al profesional mayor responsabilidad, por ende, el enfermero como

líder del equipo de enfermería, supervisa y vela por que su personal conserve esta actitud de respeto frente al paciente.

“... yo digo que hay unos [...] que no te responden, pero yo digo que uno tiene que escuchar algo, algo tiene que escuchar en su subconsciente”. E6

“...hay muchos pacientes que escuchan, la mayoría escuchan, y cuando les quitan el tubo dicen... es que yo escuché que ustedes estaban hablando”. E4

“...eso es muy común, mientras tendían la cama eso se regaban a contar todas las historias habidas y por haber, y si es que hombre, es la dignidad, el paciente puede que esté sedado pero es una persona y merece respeto”. EGF1

“...él no tiene por qué saber la vida de otras personas, ¿vos con quien vas a tender la cama? con una amiguita; entonces, empiezan a hablar de todo y estamos frente al paciente. Si, no está hablando, ¿pero cuándo despierte qué va a pasar?”. E9

Riesgos: para el paciente y el enfermero

“...está expuesto a diferentes riesgos ya sea del cuidado, los medicamentos”. E4

El paciente sedado no es consciente de sus necesidades, lo que conlleva riesgos, tanto para el paciente como para el enfermero que lo cuida. Los riesgos a los que está expuesto el paciente se corresponden con las intervenciones asociadas al cuidado, mientras que para el enfermero, los riesgos se desencadenan por el estado de conciencia del paciente.

El paciente bajo efectos de sedación se encuentra expuesto dado que, por su estado de conciencia, pierde la autonomía; esto conlleva una dependencia del

cuidado enfermero. Las acciones de enfermería se orientan a la recuperación de la salud, pero durante su realización existen riesgos de diferente índole, como caídas o lesiones musculares que se pueden presentar durante los cambios de posición y el baño en cama, lesiones cutáneas, obstrucción de la vía aérea, lesiones orales, entre otros; algunos de estos eventos son producto de la omisión y el descuido de enfermería.

“...está expuesto a diferentes riesgos, ya sea del cuidado de nosotros, de medicamentos... está expuesto a más riesgos”. E4

“...está totalmente dependiente de uno y si uno no hace nada, qué más riesgo que ese; si el personal no hace nada, sufre mucho un paciente en ese medio”. E7

Para el enfermero, el paciente bajo efectos de sedación implica riesgos, dado que no es consciente de sus necesidades y puede considerar los dispositivos médicos —tubos orotraqueales, sondas y catéteres— como algo incómodo, por tanto, intentará retirárselos, lo cual podría generar lesiones al paciente o sanciones al enfermero. Lo anterior lleva a que este último, aunque reconoce el tratamiento brindado como algo incómodo para el paciente, pero necesario para su recuperación, tome medidas dirigidas a disminuir el riesgo de autolesiones del paciente y sanciones para el personal.

Por lo anterior, el enfermero utilizan dos técnicas de sujeción terapéutica: primero, inmovilizar las extremidades del paciente, para disminuir el riesgo de extracción accidental de los dispositivos; segundo, la sedación, por los efectos que tienen los medicamentos en el estado de conciencia del paciente.

“...eso pasa por que ellos se duermen, y es por los sedantes y la amnesia que ellos pueden producir. Entonces los pacientes se pueden quitar..., no de forma voluntaria, es incomodidad, eso me estorba”. EGF1

“...yo soy una que siempre pregunto, mire que sí tenga sujeción para evitar que se hagan algún daño o si no, yo voy y lo busco y se lo coloco porque no quiero sustos”. E3

“...entonces ese tipo de paciente yo sí los inmovilizo, porque no sé cómo va a ser el despertar, el tubo es algo invasivo, el algo incómodo para la mayoría, entonces para evitar sustos siempre trato de que estén con sujeción y si no, se las coloco”. E5

“...uno llega a un punto en el que encuentra los niveles de lo que necesitan en sedación para que no corran riesgos, de alguna manera también hacemos sujeción con este tipo de medicamentos, uno no lo puede negar...” E2

“...yo creo que a mí me tienen que amarrar todo, porque uno se quita lo que a uno le estorba y uno dormido, yo creo que si a uno lo filmaran dormido, qué no haría, o sea uno se quita, uno habla, uno alega, uno vuelve y se cobija, vuelve y se acomoda”. EGF1

10.1.4 Armonía entre analgesia y sedación

10.1.4.1 Analgesia

Para los participantes, la analgesia es la estrategia utilizada con el fin de disminuir o quitar el dolor al paciente. Consideran que el dolor es algo subjetivo y que, en el caso de los pacientes en estado crítico bajo efectos de sedación, se deben identificar los signos de dolor y, a partir de allí, realizar intervenciones dirigidas a disminuir o eliminar el dolor. Sin embargo, consideran que puede haber una

confusión importante entre lo que es la sedación y la analgesia, y eso puede alterar la tranquilidad del paciente.

El dolor es algo subjetivo

“... buscamos pacientes ojalá sin dolor”. E2

El dolor es considerado como una sensación desagradable, que genera incomodidad al paciente; sin embargo, reconocen que en el caso del paciente bajo efectos de sedación, el dolor se manifiesta mediante gestos y movimientos que deben ser interpretados por el enfermero, de tal forma que le permitan definir un plan de intervenciones dirigido a eliminarlo. Además, resaltan la importancia de la valoración continua del paciente en búsqueda de signos de dolor, conscientes de que este consiste en lo que manifiesta el paciente y no en lo que siente el enfermero.

Ahora bien, entre los signos que identifica el enfermero para saber que el paciente está sintiendo dolor, se encuentran los gestos, los movimientos de los globos oculares y la posición, pues, como lo expresan los participantes, la posición en la que se dejó al paciente, puede no ser la adecuada para disminuir el dolor. Además, se valen de la tecnología, de tal modo que en el monitor identifican cambios en los signos vitales como taquicardia, aumento de la presión, entre otros, que mejoran al administrar medicamentos analgésicos o al realizar un cambio de posición.

“...el paciente, así esté sedado, está sintiendo dolor y esa vaina es muy subjetiva, cada uno siente el dolor muy diferente, como para ti sea, para el paciente no sea o para los demás no sea”. E7

“... cuando el paciente tiene mucho discomfort el paciente se torna taquicárdico o se pone hipertenso y le pones un poquito de analgésico y ves que mejoran las presiones, mejora la taquicardia”. E8

“...la mayor parte del tiempo se despiertan de forma ansiosa por el mismo dolor, porque antes no le ponen casi analgesia, le ponen la sedación, relajante y la parte de analgesia se descuida muchísimo”. E5

“... está el dolor, por una parte uno trata aquí de que los pacientes tengan algún tipo de analgésicos, o si no que el médico los ordene, porque buscamos pacientes ojalá sin dolor, en la medida de lo posible”. E2

Confusión entre analgesia y sedación

“... de nada sirve tener al paciente sedado y con dolor”. E7

Los participantes expresan su preocupación por la confusión que algunas veces se presenta entre los conceptos de sedación y analgesia; por tanto, es importante aclarar estos conceptos, pues en el caso del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación, con limitación para expresar verbalmente sus necesidades, es imperativo que el enfermero tenga la capacidad de reconocer dicha diferencia, dado que de ello depende su asertividad para mejorar la situación del paciente y mantenerlo en un estado de tranquilidad.

“...para que el paciente esté confortable, necesita estar [...] tranquilo y sin dolor, porque de nada sirve tener al paciente sedado y con dolor”. E7

“...en el día uno sí espera que estén despiertos, ese es mi criterio... si es un paciente que está muy álgido, que tiene mucho dolor, muy agitado, pues uno intenta sedarlo más, dormirlo más”. E9

“...Y eso es lo que pasa muy frecuente en las unidades, se les olvida la analgesia y duermen el paciente así no más, es que la verdad hay cierto personal que maneja muy mal la sedación”. E8

10.1.4.2 Sedación

La sedación es una estrategia cuyo objetivo es brindar comodidad al paciente, disminuyendo las molestias ocasionadas por los procedimientos o dispositivos empleados en la recuperación del mismo. Sin embargo, los participantes reconocen que la sedación también contribuye a la comodidad del enfermero, pues al tener al paciente tranquilo, el enfermero, también estará tranquilo.

Comodidad del paciente

“...un estado alerta y consciente, no es la mejor opción en la que deba estar un paciente”. E1

Según los participantes, la sedación genera comodidad al paciente al no ser consciente de los dispositivos que tiene y de las posibles necesidades insatisfechas. Con el fin de lograr dicha comodidad, el enfermero evalúa los niveles de sedación, pues considera que estar despierto y con dispositivos invasivos produce incomodidad e intranquilidad; por tanto, utiliza estrategias como la observación y la monitorización para determinar si el nivel de sedación es el adecuado para ese paciente y si está de acuerdo con la prescripción médica.

“...favorecemos la comodidad, de alguna manera, con la parte farmacológica, pues el hecho de que un paciente ventilado tenga un estado alerta y consciente, no es la mejor opción o el mejor estado en el que deba estar”. E1

“...a mí, por lo general, no me gusta ponerle más de lo que necesitan, o más de lo que mande el médico [...] yo trato que, cuando veo a los pacientes muy tranquilos, en general, trato de no aumentarles la sedación”. E9

“...con lo de los medicamentos es importante evaluar efectos secundarios, que no vaya a tener demasiado. Estar titulando en cierto modo la sedación”. E6

Comodidad del enfermero

“...tú lo duermes para que no te joda la vida”. E7

El paciente despierto requiere mayor atención y más tiempo del enfermero. Para los participantes, la comodidad del enfermero está relacionada directamente con el estado de conciencia/sedación del paciente, así que la valoración con las escalas de sedación y los gestos identificados por el enfermero que determinan la recuperación de la conciencia, son elementos que utiliza para aumentar la sedación, mantener al paciente dormido y poder realizar otras actividades que permitan tener un turno fácil, disminuir el cansancio y estar comfortable.

“...hay mucha gente y a veces uno se incluye, en este caso, que con la sedación también busca el confort de uno, ¿cierto?, porque hay pacientes que [...] no están muy bien sedados, y tú los duermes para que no te jodan la vida”. E7

“...para mí la sedación es muy de comodidad para nosotros, en ocasiones hay otros que sí de verdad lo necesitan, pero muchas veces lo acomodamos para la comodidad de nosotros”. E9

“...quizá no necesariamente el paciente deba estar con un RAAS de -4 RAAS -5, pero para que no esté diciendo eso, se esté zafando lo otro, que está molestando,

que está haciendo pitar el ventilador, que está no sé qué... muchas veces les aumentamos la sedación, para comodidad de nosotros". E8

"...uno seda el paciente para la comodidad personal, si uno lo tiene dormido, no va a molestarte, por decirlo así, [...] porque si uno tiene mucho voleo, y tienes un paciente encima, vos lo sedás un poquito para que dé tiempo de hacer lo otro". E9

10.2 Segunda categoría. Confort: utopía o realidad

10.2.1 Entre la palabra y la acción

"...pues uno trata, en la medida de lo posible y hasta lo imposible, de darle lo mejor a ellos". E4

Para los participantes, el confort del paciente en estado crítico de salud, bajo efectos de sedación, se encuentra ubicado en la delgada línea entre la utopía y la realidad. Lo anterior se ve reflejado en el constante debate que enfrenta el enfermero entre **el querer** y **el poder** brindar confort, pues las múltiples funciones que desempeña no solo incluyen la asistencia al paciente críticamente enfermo, sino además ocupaciones administrativas y de supervisión.

Como resultado, el enfermero identifica unas posibles causas que explican esta disyuntiva entre el confort como realidad o utopía del cuidado. Dichas razones hacen referencia a factores internos que hablan del **enfermero como persona**, estos son: la experiencia, la vocación, la fatiga y la percepción que tiene sobre el cuidado; igualmente, se encuentran factores externos, como las normas institucionales, que pueden determinar en algunas situaciones el hacer del enfermero.

Por lo anterior, se presentan discrepancias **entre la expresión y la acción**, que se ven reflejadas en las intervenciones de enfermería, en especial, en la relación paciente-familia, paciente-enfermero, familia-enfermero, y en las condiciones para generar confort, como los cambios de posición, la alimentación y la conservación de la temperatura, las cuales son delegadas al personal auxiliar de enfermería.

“...pues uno trata en la medida de lo posible y hasta lo imposible de darle lo mejor a ellos [...] saber que le estás proporcionando a este paciente lo mejor, el mejor cuidado, que quedó en la mejor posición, estar en la mejores condiciones, que se le está dando lo mejor”. E4

“...yo creo que nosotros acá descuidamos mucho esa parte, en el sentido que llega el paciente, ahí mismo le montamos sedación, y muchas veces no nos fijamos en el confort”. E5

“... igual son cosas que uno descuida mucho... El confort como tal, se descuida mucho”. E9

“...entonces, si nosotros como enfermeros que somos los responsables de suplir todas las necesidades que tiene ese paciente, no lo hacemos, quién lo va a hacer”. E7

“...brindándole un buen cuidado, eso es lo que yo le puedo brindar, de todas maneras, no lo va a tener del todo, total por la situación en la que está, pero yo le puedo brindar un buen cuidado”. E6

10.2.2 Entre el querer y el poder

Los enfermeros describen las diversas actividades y funciones que deben realizar para cumplir con los objetivos de cuidado y, además, para dar respuesta a los requerimientos del servicio y de la institución donde laboran. Se pueden identificar tres tipos de funciones: administrativas, de supervisión y asistenciales.

"... ¿Qué más hacemos? Es que hacemos de todo, [...] Se tienen en cuenta los problemas que los pacientes presentan, y uno se mentaliza para poder organizar las actividades para hacerlas". E2

"...es un cuidado que tiene que tener mucha ética, ante todo la ética, responsabilidad y conocimiento". E3

"...en la Unidad de Cuidado Intensivo se puede hacer mucho por los pacientes, ayudar a la recuperación; igual, todo el trabajo lo hacemos nosotros realmente... A mí me parece muy importante eso, es poco reconocido, pero todo el trabajo lo hacemos nosotras". E8

10.2.2.1 Funciones administrativas

"...la enfermera es asistencial, pero con énfasis administrativo". E1

Entre las funciones administrativas están la realización de protocolos, organización de historias clínicas, actualización de kárdex de enfermería y verificación de órdenes médicas; en general, en las observaciones se encontró que el enfermero dedica gran parte de su jornada a la ejecución de dichas actividades.

"...el manejo que se le hace al paciente, es de la enfermera, aunque con énfasis administrativo". E1

“... la enfermera continúa en el escritorio, está organizando una historia clínica, separa los reportes de los exámenes, de las sábanas de monitoreo, los CD, los ubica en un sobre café y los guarda en la historia clínica”. O4

“...los enfermeros se concentran en las historias clínicas y comienzan a organizar el puesto de enfermería, recogen papeles, vasos de tinto”. O2

“...uno llega, recibe los pacientes, revisa cómo están, qué medicamentos tienen y va cuadrando las órdenes médicas de acuerdo a lo que los médicos ordenen”. E2

“...jefe, ese señor lo veo como mal, no sé, no me gusta... ¿me le da una miradita?’... el enfermero continúa escribiendo en el computador pero con la mirada fija en el auxiliar, y le dice: ‘dame unos minutos, termino este informe que le debo mandar a la coordi mañana y ya voy’”. O4

10.2.2.2 Funciones de supervisión

“...yo lo que hacía era como supervisar que sí hicieran las cosas...”. E9

Las funciones de supervisión requieren tiempo y atención, de modo que algunas de estas responsabilidades son delegadas al personal auxiliar. Si bien expresan que el enfermero supervisa el cumplimiento de dichas actividades, en las observaciones se encuentra que no es una función continua y depende de la disponibilidad que este tenga para llevarla a cabo.

“... que si todos los suministros dentro del cubículo del paciente; la auxiliar sí está haciendo el trabajo que debe hacer”. E3

“... a mí me gusta mirar las condiciones, entro a los cubículos, el estado de la piel, porque a veces se omiten muchas cosas, y las niñas no saben diferenciar si hay una úlcera por presión o son úlceras por humedad... Hay muchas cositas por hacer”. E5

“...entonces yo lo que hacía era como supervisar que sí hicieran las cosas, los medicamentos cada dos horas, como verificar”. E9

“...el enfermero eleva un poco la cabeza para ver lo que la auxiliar hace en el cubículo, al ver que ella sale, regresa su mirada a la pantalla del computador; a los cinco minutos pregunta el enfermero: ¿cómo va el paciente?, la auxiliar afirma que se encuentra mejor, más acoplado”. O3

10.2.2.3 Funciones asistenciales

“...es que hacemos de todo”. E2

Ahora bien, los participantes hacen mención de las funciones asistenciales elaborando un listado de las actividades que deben realizar en su cotidianidad; algunas de estas son: toma de muestras de exámenes de laboratorio, apoyo en procedimientos médicos, apoyo en los cambios de posición, curaciones. Definen estas funciones como algo difícil, pero de gran satisfacción personal. A pesar de lo anterior, en las observaciones se encuentra que, si bien realizan ciertos procedimientos, la atención del enfermero se centra en las actividades administrativas.

“...bueno, en la Unidad de Cuidados Intensivos en la que trabajo somos muy asistenciales, hacemos absolutamente de todo”. E2

“...uno sabe que tiene más valoración, utiliza una valoración, utiliza muchas más cosas de enfermería, como por decir la PAE, la valoración de la piel, muchos cuidados de enfermería”. E3

“...enfermería, aquí a veces es duro... A mí me gusta, no tengo problema en manejar pacientes intubados, de alguna manera maneja cierto tipo de adrenalina y eso nos gusta, a mí me gusta mucho mi oficio”. E1

“...vea, como a la mitad de los pacientes había que hemocultivarlos, retirarle central y ponérselos al otro lado, entonces cultivarles el punta catéter, hacer curaciones de abdómenes abiertos, hacer centrales, pasar sondas, de todo o sea”. E5

“...el enfermero los organiza en el kárdex, levanta un poco la mirada por encima del puesto de enfermería y con tono de voz fuerte le informa a la auxiliar encargada del cambio realizado: ‘le suspendieron los líquidos, para que se los cierres’, retoma su concentración en las actividades del computador”. O7

10.2.3 El enfermero como persona

En el cuidado al paciente en estado crítico, bajo efectos de sedación, no solo los factores internos y externos de la persona cuidada intervienen en el confort; es así como los elementos internos relacionados con el enfermero, tales como la experiencia, la vocación, la percepción de cuidado y la fatiga; y externos como la influencia de las normas institucionales, pueden contribuir o alterar el confort del paciente.

“...yo participaba mucho en los baños, y ellas empezaban a hacer comentarios y ellas ya sabían, pues que conmigo está prohibido; hay veces que algunos jefes

obviamente participaban, y uno sabía y tertuliaba, pero ya luego la coordinadora se enteraba de eso y era a los jefes que sentaba”. EGF1

“...entre menos volumen de trabajo tenga una persona, eso va a disminuir la posibilidad de que se presenten incidentes, eventos adversos, complicaciones y eso hace que desempeñemos mejor nuestros cuidados”. E5

“...allá eran muy estrictos o sea, la clínica es ahí y por ahí, si usted se va un poquito entonces ya es un problema; pero a pesar de ser estricto la gente lo cumplía, es que es la verdad”. EGF1

“... he tenido sentimientos encontrados, al ver al paciente crítico desde el que llega y sale, el que fallece. Todo eso me ha hecho una profesional muy integral”. E1

10.2.3.1 Experiencia

“...son personas que están muy en formación”. EGF1

Al hablar de experiencia, los participantes hacen alusión al conocimiento que tienen, para llevar a cabo las intervenciones dirigidas a buscar el confort del paciente; expresan que existen intervenciones, como los cambios de posición y el manejo de la sedación, que de ser realizadas sin un conocimiento previo, pueden generar discomfort en la persona cuidada. Frente a esto, se encuentra en las observaciones, que los cambios de posición son realizados por el personal auxiliar, al igual que la titulación de la sedación.

“...a veces en enfermería o en algunas UCI, o algunas personas, no saben lo que es movilizar un paciente, movilizar un paciente no es coger, tirarlo, ponerle unos rollos y amarre otra vez”. E4

“...las jóvenes eran las más indiscretas, son personas que están muy en formación, y por su juventud y todo pues en la profesión, apenas están empezando a untarse como diría uno”. EGF1

“...lo que pasa muy frecuente en las unidades, sobre todo para cierto personal, es que maneja muy mal la sedación”. E7

“...dice en voz alta: ‘jefe le pasé un bolito, estaba maluquito’, a lo que el enfermero responde: ‘listo’, y continúa con la actividad en el computador”. O2

10.2.3.2 Actitud frente al cuidado

“...uno lo hace como con ganas”. E7

La vocación es entendida por los participantes como la satisfacción que siente el enfermero al realizar las acciones de cuidado; dicha sensación determina la intencionalidad de las acciones, pues el disfrutar lo que se está haciendo puede contribuir en mayor proporción al estado de confort del paciente.

“...igual, esto es para el que le guste, al que no le gusta no hace las cosas bien, lo ve como un trabajo, no lo ve como algo que realmente es algo rico de hacerlo en el momento”. E6

“...por más que uno se hostigue y esté asfixiado de hacer las cosas o estresado uno lo hace como con ganas y a las personas que hay que decirles qué hacer es porque realmente esto no les gusta”. E7

10.2.3.3 Percepción de cuidado

“...nos centramos solamente en la patología”. E2

La percepción que tienen los participantes sobre el cuidado, tiene que ver con la intencionalidad que le atribuyen a las intervenciones de enfermería, pues, como ellos lo expresan, van dirigidas a la enfermedad y no a la persona que está siendo cuidada. Como consecuencia, el enfermero da prioridad a otras situaciones, dejando de lado el confort del paciente.

“...creo que no le damos la suficiente importancia no; digamos que estamos en un modelo de atención morbicéntrico, nos centramos solamente en los medicamentos, en la patología como tal...” E2

“...nos basamos solo y exclusivamente en brindar una atención a la patología como tal que tiene el paciente, y en eso giran todos los cuidados en enfermería, por así decirlo [...]. Y descuidamos lo demás, yo creo que ahí está la gran falla”. E5

10.2.3.4 Fatiga

“...llega el momento en el que uno está muy agotado”. E7

Los participantes describen la fatiga del enfermero como uno de los factores que influyen en la forma como brinda el confort al paciente. Consideran que al haber sobrecarga laboral, sea por el número de pacientes asignados o las múltiples funciones que debe realizar, el enfermero llega a un momento donde la fatiga y el cansancio se superponen al cuidado; y es en ese momento, donde las acciones enfermeras solo tienen el objetivo de responder a los requerimientos institucionales y no a las necesidades del paciente.

“... aquí la mayoría tiene mucha sobrecarga [...] es muy difícil que a uno le quede tiempo de realizar realmente las cosas como a uno le gustan, pues uno todo lo hace mecánico y rápido, como por agilidad, para cumplir las metas, para poder hacer todo lo que hay”. E6

“... no debería ser así, pero desafortunadamente, no joda uno a veces cae también en todo eso, porque llega el momento en el que uno está muy agotado, que es más fácil así, cae uno en el famoso bolito o lo amarra porque es inmovilizarlo o que se nos tire de la cama y es peor”. E7

10.2.3.5 Normas institucionales

“...es dependiendo del grado de exigencia”. E5

Un último factor identificado que puede afectar el confort del paciente, es la influencia que tienen las normas institucionales en el actuar enfermero; en algunas situaciones, las intervenciones para brindar confort son establecidas por la institución y no como objetivo del cuidado; en casos contrarios, son esas normas las que limitan el actuar enfermero para brindar el confort al paciente.

“... allá sí éramos muy estrictos en los reglamentos y la que empezara como con eso, tenía sus llamados de atención porque allá se tenía prohibido, en frente de los pacientes hablar”. E1

“... muchas veces la gente se relaja, nos relajamos: ¡ahh no tenemos nada que hacer!, entonces no hacemos nada, pero eso es más cultural, dependiendo del grado de exigencia que se tenga donde se está trabajando, acá normal nos relajamos, pero en otras partes no”. E5

“... el auxiliar de enfermería, le pregunta al enfermero: ‘jefe, ¿va a dejar que los familiares sigan entrando?’, el enfermero le responde: ‘usted sabe que eso no se puede acá, la vez pasada me regañaron y ya ando caliente, entonces mejor no; si algo los llamamos’”. O3

10.2.4 Entre la expresión y la acción

El confort es un elemento importante en el cuidado del paciente en estado crítico, por tanto, el enfermero realiza intervenciones en búsqueda del mismo; así lo expresan los participantes. No obstante, en lo observado por la investigadora no se encuentra reflejada esta afirmación; es el caso de las relaciones interpersonales entre paciente, familia y enfermero, que si bien los participantes expresan considerarlas fundamentales para el confort del paciente, en la práctica no se manifiesta esa percepción.

10.2.4.1 Relación paciente-familia

“... yo les digo siempre a los familiares que le hablen”. E7

Fomentar la relación entre el paciente y la familia es considerado por los participantes como una contribución al confort de la persona cuidada, por tanto, los enfermeros estimulan a los familiares durante el tiempo de la visita, a interactuar con el paciente mediante la voz y el tacto. Sin embargo, durante las observaciones, la investigadora pudo darse cuenta de que el enfermero solo se acerca a la familia para establecer un puente con el médico que necesita hablar con él acerca de alguna información sobre la evolución del paciente.

“...yo siempre les digo, pero háblale y tócalo, dile que van a salir adelante, que está orando por él, o sea yo siempre les digo eso”. E6

“...es más, a la hora de la visita yo les digo siempre a los familiares que le hablen, que ellos [...] los pueden escuchar, lo pueden alentar, pues siempre como una comunicación, así supuestamente estén sedados”. E7

“... la enfermera levanta la cabeza, mira al familiar y se dirige al cubículo, se acerca lentamente, pone una mano encima del hombro de la familia y le dice que el médico necesita hablar con ella, con el índice de la mano derecha señala hacia el puesto de enfermería; luego sale del cubículo”. O4

“... '¿jefe, usted ya le dijo al médico que ahí están los familiares del 1?'; el enfermero responde: '¡Jummm no! se me había olvidado'; gira la cabeza y se dirige al médico: 'doctor ahí están los familiares del 1. ¿Qué les digo?'”. O3

10.2.4.2 Relación paciente-enfermero

“... yo les hablo, porque ellos totalmente sedados no están”. E8

La relación entre el enfermero y el paciente es importante para lograr un estado de confort en la persona cuidada, principalmente, en aquellos momentos en los cuales hay interacción directa entre ellos; en el caso de los procedimientos, los participantes expresan que es relevante que el enfermero explique el procedimiento que se va a realizar al paciente, pues aunque no está consciente, percibe lo que ocurre en el entorno. No obstante, la investigadora puede observar que en el momento de realizar los procedimientos, el enfermero lleva a cabo las actividades en silencio o conversa con la persona que lo está asistiendo, mas no con el paciente.

“...yo les hablo porque ellos totalmente sedados no están, ellos siempre lo escuchan a uno, siempre que voy a hacer cualquier procedimiento [...] siempre brego como para que ellos pues, ellos no sienten que están como ahí”. E8

“...la enfermera se aleja del computador y se dirige al cubículo, se coloca tapabocas, la auxiliar le alcanza unos guantes y comienza con el procedimiento [...] Al terminar, la enfermera ayuda a la auxiliar a descartar los insumos utilizados y sale del cubículo; regresa al computador. O4

10.2.4.3 Relación familia-enfermero

“... si le preguntan a uno, uno les explica”. E7

El contacto entre el enfermero y la familia se fundamenta en la información que se brinde acerca de la condición de salud del paciente; así mismo, los participantes expresan que dicha información solo es brindada cuando el familiar la solicita, de lo contrario, no se da este proceso comunicativo. No obstante, como factor común en las observaciones, se muestra que una forma de brindar apoyo y tener una conexión con las familias es a través del contacto físico, como poner la mano encima del hombro del familiar.

“... cuando el familiar es una persona, pues que tenga como esa inquietud, pero si el familiar realmente no me pregunta, yo tampoco le digo”. E2

“... hay familias que interactúan con uno y le preguntan a uno qué es el medicamento que le va a poner; si le preguntan a uno, uno les explica”. E7

“... el enfermero está al lado del familiar, le coloca una mano en el hombro y le dice: tranquilo”. O3

10.2.4.4 Delegar

“...lo puedo hacer también, pero es la actividad principal de ellas”. E9

Para los participantes, debido a la sobrecarga laboral y a las múltiples funciones que deben llevar a cabo, les es obligatorio delegar algunas funciones al personal auxiliar, entre estas se encuentran los cambios de posición, la aspiración de secreciones, la higiene, la analgesia, la sedación y la administración de medicamentos, los cuales son considerados elementos que generan confort.

“... yo lo puedo hacer también, pero es la actividad principal de ellas, porque a ellas se les ha quitado más carga [...] entonces nosotras tenemos sobrecarga de muchas más cosas, a ellas les queda más tiempo para poder hacer esas actividades”. E9

“...yo voy y le ayudo a voltear, si yo estoy desocupada, eso sí, si yo estoy desocupada”. E6

“...la auxiliar le dice a la enfermera: ‘¿jefe, me va ayudar a mover la 3?’, la enfermera, sin levantar la mirada, le dice ‘ya voy, espérame’”. O7

11.DISCUSIÓN

11.1 Confort: estar tranquilo

El paciente en estado crítico es aquella persona que padece una enfermedad aguda o una complicación de la misma, la cual se manifiesta por medio de signos y síntomas que comprometen gravemente la vida. No solo los cambios fisiológicos generados por el proceso de enfermedad, sino también el hecho de estar hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo, generan cambios en el paciente que afectan simultáneamente las esferas física, social y emocional. De forma similar lo plantea Waldow, pues refiere que “la enfermedad ocasiona una alteración global en todas las dimensiones del ser. Esta alteración, afecta desde la estructura exterior del ser como a su estructura interior; altera de modo significativo el mundo afectivo y relacional” (66). Así mismo, Mejía afirma, que “el paciente de la UCI presenta amenaza de muerte, pérdida de la autonomía, separación de la familia y del entorno, no entiende el lenguaje ni los monitores, pierde el rol, la dignidad, la expresión oral y la actividad” (67).

Sumado a lo anterior, el paciente en estado crítico recibe múltiples tratamientos, que si bien tienen como objetivo la recuperación, traen consigo efectos desagradables, que contribuyen aún más a su condición crítica. Una de las estrategias terapéuticas empleadas como coadyuvante en el tratamiento de este tipo de pacientes, es la sedación, entendida como “la depresión de la conciencia médicamente controlada, en la que el paciente no puede ser despertado con facilidad. Puede acompañarse (no necesariamente) de la pérdida parcial o total de los reflejos protectores (incluyendo la capacidad de mantener permeable la vía aérea de modo independiente) y de la respuesta voluntaria a la estimulación física o verbal” (68).

Partiendo de la idea de que la sedación compromete la conciencia del paciente, es necesario aclarar el concepto. Si bien Baars, citado por Simón, define la conciencia como “un instrumento para acceder a, para diseminar e intercambiar información, y para ejercer coordinación global y control” (69); para los participantes, es la capacidad que tiene una persona de autorreconocerse como sujeto con necesidades, diferenciarlas y además ejecutar acciones para satisfacerlas. En estas dos definiciones se logra identificar un punto en común; ambas, implícitamente, hacen referencia a la capacidad que tiene la persona consciente, de compartir información, interactuar con los que la rodean y expresar sus necesidades.

Dicha expresión, en el caso del paciente bajo efectos de sedación, es decir, aquel que no es consciente, se puede ver alterada, pues los efectos de los sedantes, sumados al uso de dispositivos empleados para el tratamiento, como tubos oro-traqueales y sondas gástricas, afectan la comunicación verbal. Por tanto, el paciente depende de la interpretación que haga el enfermero, de los signos endógenos —gestos y movimientos— y exógenos —alarmas de los equipos biomédicos—, reconocidos como comunicación no verbal, para identificar y satisfacer las necesidades de la persona que se encuentra dependiente de cuidado, lo que las hace estar expuesta y vulnerables. Como lo afirma D. Orem, “los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente” (70), quedando como responsable de ello el enfermero.

Estas limitaciones son definidas por los participantes como condiciones de vulnerabilidad. Al respecto, Waldow refiere que “la enfermedad, la incapacidad y el sufrimiento son algunas de las circunstancias que causan vulnerabilidad” (66). Sin embargo, no se puede obviar que al hablar del paciente dependiente, es necesario considerar otros factores que conllevan a que esté expuesto; es el caso de los

procedimientos, los dispositivos, las intervenciones de enfermería y encontrarse en un ambiente desconocido como es la UCI, que si bien son elementos necesarios para la recuperación del paciente, generan vulnerabilidad en todas las esferas de la persona cuidada. Como lo afirma el mismo autor, “el ser humano es vulnerable en todas sus dimensiones; físicamente porque es sujeto de enfermar, de sufrir dolor e incapacidad; psicológicamente porque su mente es frágil, requiriendo de atención y cuidado; socialmente pues es un agente social, susceptible de tensiones e injusticia social; y espiritualmente significando que su interior puede ser objeto de instrumentalización sectorial” (66).

Lo dicho hasta aquí, permite inferir que el paciente en estado crítico es aquella persona que por estar bajo efectos de la sedación, no es consciente de sus necesidades, por tanto, para satisfacerlas, depende de las intervenciones de enfermería; más aún, dicha dependencia genera en el paciente un estado de vulnerabilidad, relacionado con factores internos y externos, que pueden afectar a la persona cuidada en todas sus dimensiones. A partir de esta concepción de paciente, el enfermero construye el significado de confort y lo define en términos de tranquilidad. *Estar tranquilo* se entiende como la armonía entre tres filiaciones: ambiente y compañía, comodidad y protección, analgesia y sedación; cada uno con elementos excluyentes pero interdependientes, que determinan la tranquilidad del paciente.

En este sentido, autores como N. Arruda y P. Nunes citado por Kredert Araujo, encontraron que los significados atribuidos al confort, tienen relación con “constructos como libertad, integración, mejoría, afecto, seguridad, protección y comodidad; refieren que el confort es experimentado por la persona en su relación con el ambiente favorable, es decir, que sea afectuoso, cálido, atento, amoroso y que propicie crecimiento, alivio, seguridad, protección, bienestar; un ambiente en el cual la persona experimente el cuidado humano” (71). Si bien en el estudio mencionado no se encuentra la tranquilidad como significado principal de confort,

se identifican elementos comunes a los hallazgos de la presente investigación, tales como la comodidad, la protección y el ambiente.

En la teoría de mediano rango elaborada por K. Kolcaba, el confort se comprende como el “estado que experimentan los pacientes receptores de las intervenciones de confort cuando se abordan las necesidades para tres tipos (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, espiritual, social y ambiental)” (17). Aunque el confort no se define directamente como tranquilidad, esta última sí es considerada como un tipo de confort; visto así, se puede afirmar que existe concordancia con los hallazgos del presente estudio, pues, para los participantes, el confort del paciente es el resultado de las intervenciones de enfermería, la interacción con las personas que rodean al paciente y los estímulos generados por el ambiente en el que se encuentra, los cuales, en conjunto, generan una respuesta en la persona cuidada, entendida como tranquilidad.

Otros autores se refieren al confort como “un estado subjetivo, verificado como una sensación de bienestar físico, mental y social” (72). A partir de esta afirmación, y en correlación con los resultados del estudio, se infiere que el enfermero debe concebir a la persona cuidada como un ser que depende de factores internos y externos para llegar a la tranquilidad; en otras palabras, al estado en el cual el paciente se siente pleno, pues existe armonía entre ambiente y compañía, comodidad y protección, sedación y analgesia.

11.1.1 “La Unidad de Cuidado Intensivo: cuatro paredes, un monitor y la soledad”

En cuanto a “ambiente y compañía”, Carneiro *et al.* plantean que “considerando el confort o malestar como estados subjetivos, dinámicos y productos de la interacción, su comprensión debe buscarse en las interacciones de la persona

consigo misma, con aquellos que la circundan durante el tratamiento y en las situaciones que enfrenta” (73). Es por ello, que al hablar de la primera filiación, se tienen en cuenta, no solo los aspectos relacionados con el espacio, los sonidos, la iluminación y la temperatura, sino que las interacciones entre el paciente, la familia y el enfermero determinan directa o indirectamente la tranquilidad de la persona cuidada.

El ambiente en este estudio es la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), considerada como un servicio complejo cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en estado crítico de salud, que requieran intervenciones, procedimientos y atención especializada. A pesar de esto, las condiciones que se presentan en este lugar, tales como el espacio, la temperatura y la iluminación, influyen en la tranquilidad del paciente. Otros estudios describen circunstancias similares, como “la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, que hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera, además que está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente” (32).

En cuanto al espacio y la temperatura, la UCI se describe como un ambiente amplio, de ventanas grandes y varias subdivisiones, cada una con una función designada para el almacenamiento o la realización de procedimientos; es un espacio frío, pues la temperatura debe estar entre 16-18° C, lo que genera en el paciente alteraciones físicas y emocionales que lo tornan intranquilo. Con el fin de mitigar este efecto, el enfermero proporciona elementos que generen calor, como cobijas o mantas térmicas. Si bien en el presente estudio solo se hace referencia al frío como elemento físico, algunas investigaciones lo vinculan con la compañía; en este sentido, Beltrán plantea que “la frialdad percibida por los participantes no es debida solo al ambiente frío y a las bajas temperaturas del aire acondicionado [...] Esta frialdad también expresa en forma metafórica la falta de calor humano,

del contacto humano con amor, de la presencia de los seres queridos al lado de la cama” (74); lo anterior desde la perspectiva del paciente.

Hablemos ahora de la iluminación. Dados los requerimientos del servicio, la luz debe ser constante para facilitar la realización de los procedimientos y las actividades del personal de salud que allí labora; sin embargo, para el paciente esto genera desorientación, ansiedad y, por ende, se ve afectado su estado de tranquilidad. En esta perspectiva, Saldaña y Achury refieren que “en las UCI, el trabajo del equipo de salud favorece que las lámparas —usualmente adheridas al techo y que iluminan la cara y el cuerpo del paciente— permanezcan encendidas las 24 horas; de manera adicional, generalmente los pacientes críticos son sometidos a una gran cantidad de procedimientos invasivos, como paso de catéteres e intubación orotraqueal, lo cual requiere adecuada iluminación, pero genera la pérdida de la sensación de día y noche en el individuo, al igual que de la noción del tiempo, del ciclo del sueño y de la rutina de las comidas” (75).

Otro factor desencadenante de alteración del confort, es el sonido; las alarmas de los monitores, ventiladores y demás equipos biomédicos, en conjunto con las voces de las personas que transitan al interior de la Unidad de Cuidados Intensivos, afectan al paciente. Al respecto, se encuentra en la literatura que “estas alarmas se constituyen en una de las principales fuentes de ruido para el paciente crítico; además, los individuos hospitalizados refieren otros ruidos que les resultan molestos durante su estancia en la UCI, como el teléfono y la conversación del equipo de salud” (75). Respecto a esta última afirmación, se encuentra que las voces del personal de salud son desconocidas para el paciente, generando discomfort; según Gómez, adicional a esto se pueden presentar otras sensaciones, puesto que “las conversaciones del equipo de la UCI se han considerado una fuente de ruido y confusión, ya que como no es posible valorar adecuadamente su nivel de conciencia, puede que [el paciente] llegue a entender parcialmente esas conversaciones y le produzcan miedo y ansiedad” (76).

El siguiente punto trata de las relaciones entre el paciente, el enfermero y la familia, identificando los factores que contribuyen o afectan la tranquilidad de la persona cuidada. Aunque el confort se ve alterado por los factores del ambiente, las interacciones que se dan entre el paciente y las personas que lo rodean, sea la familia o el personal de salud, influyen en ese estado de armonía. Por tanto, es imperativo definir el acompañamiento como la presencia de personas significativas para el paciente y que de alguna manera contribuyen a la recuperación y tranquilidad del mismo. Es así como el paciente refiere que “la sensación de soledad se debió al alejamiento del contacto físico, de las palabras y demostraciones de afecto, que resaltaban el hecho de sentirse solo en la UCI” (74).

Dicho esto, en el estudio surgen dos tipos de relación; la primera, hace referencia a las interacciones que se dan entre el paciente y la familia; y la segunda, a las que surgen entre el paciente y el enfermero. Aquí es pertinente retomar el concepto de interacción planteado por I. King, quien lo define como “la percepción y comunicación entre dos personas y el ambiente, representa una secuencia de comportamientos verbales y no verbales dirigidos a un objetivo; en la interacción las personas se perciben y juzgan mutuamente” (77).

En cuanto al primer tipo de relación —entre el paciente y la familia—, se identifican dos clases de familiares; el primero es un familiar “cuidador”, considerado como el interlocutor entre la persona cuidada y el enfermero; es quien ayuda a expresar las necesidades del paciente, comprende que el enfermero cumple múltiples funciones y por tanto le ayuda a brindar algunos cuidados de confort. Se debe agregar que, para los enfermeros, la visita es un momento en el cual el familiar, no solo aporta en el proceso de recuperación del paciente, sino que también, se convierte en un apoyo para el enfermero. Algo semejante plantea Errasti, pues

“considera necesario favorecer la paulatina participación de la familia en el cuidado y la adquisición de un rol más notorio en el contexto de la visita y en su relación con el paciente” (78).

El segundo familiar identificado es el “destructor”; son aquellos que al asistir a la visita no interactúan directamente con el paciente, incluso evitan el contacto y están pendientes de otras situaciones diferentes a las necesidades de su familiar; lo anterior es interpretado por los participantes como un factor desencadenante de discomfort, pues, los familiares son un elemento importante del confort. Como lo refiere Beltrán, “la visita familiar aligera la angustia del paciente, de los familiares y amigos, contribuye a aliviar al paciente, apoyada en la estimulación sensorial, le permite al paciente familiarizarse con el ambiente y consigue nuevos datos para la historia clínica cuando el paciente no puede hacerlo” (74). En este sentido, se puede afirmar que la visita es el momento en cual el familiar, a través del acompañamiento y la estimulación sensorial, aporta en el proceso de recuperación del paciente y contribuye al estado de confort.

Se debe agregar que el enfermero interpreta en el paciente los signos que le permiten identificar el estado de tranquilidad o discomfort, en relación con los familiares que se encuentran presentes en el momento de la visita; lo anterior, con el objetivo de determinar si son “cuidadores” o “destructores”. A partir de esta clasificación, el enfermero utiliza los horarios restringidos como herramienta de protección, para lo que ellos consideran es factor desencadenante de discomfort; tal como lo afirma Solano, “a pesar de que las enfermeras son conscientes de que la familia proporciona apoyo emocional al paciente y le incrementa el deseo de vivir, creen que la visita abierta aumenta el gasto de energía y altera el estado del mismo, siendo por tanto difícil de cambiar la normativa de visitas existente” (79). Así mismo, Berwick, afirma que “la restricción de la visita familiar no es cuidado, no demuestra compasión y no es necesaria” (80).

El segundo tipo de relación se da entre la persona cuidada y el enfermero; cabe aclarar que este último es la persona con la que el paciente tiene contacto la mayor parte del tiempo durante su permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos, es la voz que escucha continuamente y es quien interviene para brindarle tranquilidad. Para E. Widdenbach, citado por Mejía, “las relaciones interpersonales entre paciente y enfermera son posibles cuando esta interpreta la necesidad de ayuda del paciente y para esto son importantes los conocimientos tanto de biología como de sociología; la persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional puesto que el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia” (67). Es así como el enfermero identifica las necesidades de confort del paciente y propone intervenciones para poder satisfacerlas.

No obstante, se presentan situaciones en las que el enfermero puede alterar la tranquilidad del paciente; es el caso de las expresiones sobre aspectos personales durante la atención directa de la persona cuidada. Lo anterior no solo genera discomfort, sino además, es considerado falta de respeto con el paciente. De acuerdo con Peplau, “el paciente y la enfermera [...] son concebidos como seres humanos, cada uno con un campo de experticia y percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, presuposiciones, expectativas y actividades” (77). Por tanto, el enfermero no debe olvidar que en cada intervención, cada contacto con el paciente o su entorno, implica una relación interpersonal, es decir, una interacción con otro ser humano, que solo por esa condición, es digno de respeto.

11.1.2 “Ponerse en el lugar del otro vulnerable”

El siguiente aspecto trata de la armonía entre “comodidad y protección”; para ello, es preciso definir cada elemento. En cuanto a la comodidad, se entiende como la

ausencia de sensaciones desagradables, tanto físicas como emocionales, es algo subjetivo y personal; en el caso del paciente dependiente, la comodidad está determinada por lo que el enfermero considere cómodo para el paciente y por las intervenciones que realice para lograrla. Si bien la persona en estado crítico de salud, bajo efectos de sedación, no puede expresar verbalmente sus necesidades, sí las comunica a través de la manifestación continua de signos, endógenos o exógenos, los cuales son interpretados por el enfermero. Como lo expone Madrigal, “no solo la palabra es mediación en la comunicación, pues cuando se habla de esta, hay que tener en cuenta aspectos que permiten leer o interpretar al otro que participa en el acto comunicativo, como gestos, sonidos, miradas y contacto, los cuales adquieren significado de acuerdo con cada cultura” (81).

Conforme a lo expuesto, Travelbee plantea que “el ser humano tiene la habilidad para conocer a otros, para comunicarse con ellos; tiene la capacidad de transmitir su individualidad, aun cuando en ocasiones esto sea incomunicable e incomprensible para los demás; es capaz de relacionarse con quienes le rodean, de conocer, querer y responder al aprecio de ellos, de la misma manera como puede disgustarse, desconfiar y odiar” (82). De ahí, la importancia de la interpretación que hace el enfermero de los signos manifestados por el paciente, pues de allí surge una estrategia de comunicación que brinda elementos imprescindibles en la búsqueda del confort del paciente dependiente.

Más aún, el enfermero comprende a la persona dependiente, tratando de “ponerse en el lugar del otro”; esto nace de la lectura que hace del paciente, pues lo interpreta y obra en consecuencia. Torralba habla de esta actitud del enfermero, al referirse a la compasión como la capacidad de “percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, puede interiorizar el padecimiento de otro ser humano y de vivirlo como si se tratara de una experiencia propia. Compadecerse de alguien es un hábito del corazón que exige un movimiento extático, una salida de sí, para comprender al otro en su contexto y asumir en el propio pecho su pena” (83). En

este sentido, se puede afirmar que el enfermero brinda la comodidad al paciente a partir del cuidado compasivo, es decir, entiende el sufrimiento de la persona cuidada y lo asume como propio para poder satisfacer las necesidades y brindarle tranquilidad.

Ahora veamos las condiciones identificadas por el enfermero, que pueden generar o no comodidad al paciente, estas son: la higiene, la alimentación, la posición y los procedimientos de rutina. Estas necesidades también fueron identificadas en estudios previos, donde “los pacientes relataron su experiencia como negativa debido a las alteraciones cognitivas, la incomodidad por presencia de elementos invasivos, la limitación del movimiento, la incapacidad para hablar, la sed, el ruido y el dolor. También reportaron dificultades para dormir, alteración de la imagen corporal y preocupación por la insatisfacción en las necesidades básicas” (84).

En este sentido, las intervenciones de enfermería van dirigidas a mantener al paciente limpio, en la posición adecuada, a brindar soporte nutricional y facilitar la eliminación; si bien los procedimientos y dispositivos médicos, como cambios de posición, sondas, tubos, catéteres, son necesarios para el tratamiento del paciente, se identifican como elementos que pueden generar discomfort. Conviene subrayar, que el paciente es una persona dependiente y vulnerable, por tanto, las intervenciones de enfermería deben basarse en el respeto y la compasión, pues como dice Waldow, “los procedimientos, intervenciones y técnicas realizadas con el paciente, solo se caracterizan como cuidado, en el momento en que los comportamientos de cuidar son mostrados, tales como: respeto, consideración, gentileza, atención, cariño, solidaridad, interés, compasión, entre otros” (66).

Ahora veamos el concepto de protección, el cual hace referencia a las intervenciones que realiza el enfermero con el objetivo de satisfacer las necesidades y disminuir los riesgos a los que está expuesto el paciente en estado crítico. En este sentido, Hupcey, citado por Gómez, para tratar de describir las

necesidades psicosociales del paciente, realizó un estudio donde encontró que “la necesidad más importante para ellos fue ‘sentirse seguros’, y que la percepción de seguridad de los mismos podía verse influenciada por los familiares y los amigos, el equipo de la UCI, las creencias religiosas y la sensación de saber, la recuperación del control, la esperanza y la confianza. Además, los pacientes describen sentimientos de distrés cuando no se sienten seguros, por lo que la intervención debe dirigirse a promover los sentimientos de seguridad en los pacientes críticos” (76).

Es de anotar, que “el cuidado de enfermería en la UCI implica la realización de una serie de procedimientos y la administración de medicamentos que, en asocio con la enfermedad, también pueden poner en peligro la vida de los pacientes e interferir en la satisfacción de sus necesidades” (85). Lo anterior trae consigo consecuencias tanto para el paciente como para el enfermero; en el primero, puede generarse algún daño o lesión que afecte su proceso de recuperación; en el caso del enfermero, se darían sanciones o llamados de atención, pues se consideraría como una falencia en el cuidado del paciente. Según Villarreal, citado por Cantillo, “las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos” (86).

De igual modo, Maslow, citado por Cantillo, plantea que “la necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero se satisfará antes que cualquier otra necesidad es la seguridad” (86). Para ello, el enfermero toma medidas de precaución, a fin de mitigar los riesgos y disminuir la probabilidad de presentarse consecuencias en la

seguridad del paciente. Una de las más empleadas es la sujeción terapéutica, la cual consiste, según Ortega, al citar a Marqués, en “la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo de un paciente para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás; es una técnica ampliamente utilizada por el personal de enfermería en los hospitales y su uso provoca situaciones de conflicto emocional e inconvenientes en el propio personal de enfermería” (87).

Este conflicto se genera, como lo plantea Beltrán, debido a que “la profesión de enfermería tiene la responsabilidad legal de hacer un empleo eficaz de la enfermería y de sus consecuencias para los pacientes, lo que significa que es tan importante el fin como los medios y que debe buscar siempre la alternativa de cuidado que sea más beneficiosa y mejor aceptada por los pacientes” (85). Es preciso mencionar que el enfermero, en ocasiones, emplea la sedación como mecanismo para generar sujeción, pues al afectar la conciencia del paciente, no se presentará agitación, desorientación y delirium, evitando así eventos adversos. No obstante, no se puede obviar que el cuidado de enfermería tiene implícitos los principios éticos, los cuales deben estar presentes en cualquier intervención que se proponga o realice; así mismo, dicha intervención debe estar fundamentada en el conocimiento científico, pero igualmente en los constructos éticos de la profesión.

Estos, según Torralba, “son las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional. No son principios, ni puntos de partida, sino hábitos personales y profesionales que se exigen en la tarea de cuidar. La integración completa de estos constructos éticos es fundamental para el óptimo desarrollo de la tarea de cuidar. Todos ellos son necesarios, pero ninguno de ellos es suficiente a título aislado. Se requieren mutuamente” (83). Se puede decir, que la relación que se da entre el enfermero y el paciente influye no solo en la comodidad del mismo, sino que, las

intervenciones realizadas, hacen que el paciente se sienta protegido, lo que en última instancia generaría tranquilidad a la persona cuidada.

11.1.3 “No es lo mismo estar dormido a estar sin dolor”

Por último, los conceptos de “analgesia y sedación” se entienden como la última filiación que debe estar en equilibrio para alcanzar la tranquilidad del paciente. La analgesia se define como la estrategia utilizada para disminuir o quitar el dolor a la persona; en concordancia con Sánchez, “consiste en diferentes técnicas para disminuir la sensación dolorosa, tanto mediante medidas de tipo farmacológico, como de tipo no farmacológico (p. ej., la colocación en posición adecuada y la disminución de estímulos irritantes y dolorosos)” (25). El dolor es algo subjetivo y, en el caso de los pacientes en estado crítico, bajo efectos de sedación, se deben identificar los signos que estén mostrando que el paciente está sintiendo dolor y, a partir de allí, realizar intervenciones que vayan a dirigidas a disminuir o eliminar esta sensación.

Por su parte, el dolor se entiende como un “fenómeno primariamente subjetivo, puede variar entre diferentes poblaciones, la modelación social, las normas de grupo y los valores aprendidos influyen en la percepción del dolor. Así mismo, el dolor es lo que cualquier persona que lo experimenta dice que es, existe siempre que la persona que lo sufre dice que existe” (88). En el caso del paciente con sedación, la expresión de dolor se da partir de la comunicación no verbal, es allí donde el enfermero interpreta al paciente, sus gestos y movimientos, en búsqueda de identificar los signos que sugieran dolor. Al respecto, Torralba, expresa que “en situaciones de dolor y desamparo, el ser humano siente con una especial intensidad la necesidad de dialogar, de expresar lo que siente, lo que vive en el seno de su interioridad” (83).

De esta manera, la manifestación del dolor se da principalmente a través de los gestos, y es a partir de la lectura que hace el enfermero del rostro del paciente que se logran identificar esas características que indican que está sintiendo dolor. Como lo plantea Madrigal, "el rostro es rico en potencialidad comunicativa; ocupa el lugar primordial en la comunicación de los estados emocionales, refleja actitudes interpersonales, proporciona realimentaciones no verbales sobre los comentarios de los demás, y algunos aseguran que, junto con el habla humana, es la principal fuente de información" (81). En consecuencia, al realizar la lectura del paciente, el enfermero tiene los elementos suficientes para poder identificar aquellas situaciones que están afectando su tranquilidad.

Investigaciones previas han establecido los procedimientos y las intervenciones que pueden generar dolor al paciente en estado crítico, se hace mención de la "aspiración traqueal, cambio de posición, curaciones, tubo traqueal, sonda nasogástrica, catéter central, catéter arterial, lesiones cutáneas, punción venosa o arterial y la sujeción" (20). Lo anterior es considerado como dolor infligido, y, según Madjar, "debe ser soportado y los pacientes deben cooperar y guardar compostura para no interferir en el trabajo del equipo de enfermería, para no desafiar la legitimidad de las acciones de cuidado y para cumplir con la parte del tratamiento que les corresponde en su rol de pacientes" (89). Si bien, el enfermero reconoce que dichas intervenciones generan disconfort, las describen como incomodidades obligadas, pues son necesarias para el tratamiento y la recuperación de la persona cuidada. Sin embargo, no se puede olvidar que el dolor es una experiencia que contribuye a la vulnerabilidad del paciente, y mediante el cuidado se puede mitigar esa sensación desagradable, que altera la tranquilidad del ser humano.

A pesar de la claridad que existe sobre la importancia de reconocer el dolor como un síntoma importante en la valoración del paciente, aún se presenta confusión entre lo que es la sedación y la analgesia, pues los objetivos de ambas estrategias

son diferentes. Como lo plantea Sánchez, “la analgesia debe ser el primer paso en cualquier protocolo de sedación, hasta el punto de que ningún paciente deberá recibir sedación hasta que no se haya controlado el dolor” (25). Con base en esto, es preciso definir la sedación como una estrategia cuyo objetivo principal es brindar comodidad al paciente, disminuyendo las molestias ocasionadas por los procedimientos o dispositivos empleados en la recuperación del mismo. En este sentido, Plata la define como, “la modificación controlada del estado de la conciencia que le permite a los pacientes tolerar procedimientos poco placenteros y busca aliviar las incomodidades a las que necesariamente está expuesto en las unidades de cuidados intensivos (UCI) facilitando su acople a las distintas terapias incluyendo la ventilación mecánica y promoviendo el descanso y la recuperación” (90).

Teniendo en cuenta que el objetivo de la sedación es brindar comodidad, el enfermero debe determinar los niveles en los cuales debe estar, con base en los signos que manifiesta, así como en el tipo de dispositivos que tenga el paciente; en el caso del tubo orotraqueal, se considera una indicación fuerte de sedación, pues tener este tipo de aditamentos y estar despierto no es la opción más cómoda para la persona cuidada. En contraposición, en el estudio realizado por Castaño se observó que para los pacientes, “haber vivido la experiencia de estar intubados sin efectos de la sedación es saber que uno está vivo; establecen una comparación entre estar despierto y estar sedado y se refieren a la sedación como un estado en el cual se pierde el contacto con el mundo exterior y, por ende, el control sobre la situación, reduciendo la experiencia a los recuentos que otras personas puedan hacer o a los recuerdos de los momentos de lucidez” (91).

Si bien es cierto que “la sedación promueve cierto grado de comodidad y disminución del malestar que trae consigo la hospitalización en UCI” (92), dicha comodidad no solo está dirigida al paciente, pues el enfermero también encuentra comodidad con el uso de la sedación, ya que al estar el paciente tranquilo, el

enfermero puede tener la misma sensación. Esto se da porque el paciente despierto requiere mayor atención y, por tanto, más tiempo de enfermería. Por esta razón, se puede colegir que el paciente sedado es la mejor opción, en primer lugar, para brindarle comodidad, y, en segundo lugar, para permitirle al enfermero realizar otras actividades que también requieren su atención.

No obstante, como lo plantea Natividad Pinto Afanador, al ser citada por Troncoso, no se puede olvidar que “cuidar es la esencia de enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas; así mismo, cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro” (3). Visto así, el paciente en estado crítico bajo efectos de sedación, se convierte en el “otro”, quien es el receptor del cuidado y por ende, quien experimenta la tranquilidad brindada por el enfermero. En este sentido, Meneses realiza un aporte importante y es que, “a mayor estancia hospitalaria mayor es el confort esto lleva a suponer que estancia prolongada no altera el confort generando la necesidad de continuar con intervenciones de enfermería para optimizar el confort” (93).

11.2 Confort: utopía o realidad

La definición de enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia, los avances en el conocimiento científico, la creación de modelos conceptuales y teorías en enfermería, han permitido construir el concepto desde diferentes perspectivas, sin olvidar el núcleo del conocimiento que es el cuidado del ser humano. Es así como Hernández Cortina adopta la definición de enfermería propuesta por Rogers, como “una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano”

(94). Así mismo, retoma a Orlando quien la define como “*una profesión independiente que funciona de manera autónoma, la función de enfermera profesional es la averiguación y la atención de las necesidades de ayuda inmediata al paciente*” (94). A su vez, Henderson, plantea que “la enfermería tiene como objetivo, ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuirán a la salud y la recuperación” (94).

Teniendo en cuenta lo anterior, se presume que las funciones que realiza el enfermero, van en consonancia con las bases científicas expuestas; si bien las intervenciones dirigidas a buscar el confort del paciente tienen este punto de referencia, en el contexto nacional y departamental se han implementado normas que llevan a que las instituciones de salud asignen otras responsabilidades al enfermero, tales como funciones administrativas y de supervisión de las actividades delegadas al personal auxiliar de enfermería, lo que exige tiempo y atención, afectando implícitamente el confort de la persona sujeto de cuidado. De acuerdo con Troncoso, “las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reducen lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado” (3).

Dicha influencia de las instituciones de salud, no solo tiene relación con la forma en la que se plantea el cuidado, sino que establece condiciones que limitan al enfermero para proporcionar confort al paciente; en los resultados del estudio se encuentra que, en el caso de las visitas familiares, aunque el enfermero reconoce el acompañamiento como elemento fundamental del confort, las prácticas están limitadas por las normas institucionales que no solo establecen los horarios de visita al paciente, sino que influyen en la forma de actuar del enfermero, pues al no hacer lo estipulado por la institución, se hará merecedor de una sanción. Teniendo en cuenta lo anterior, es conveniente señalar los planteamientos de Piaget y Kohlberg, frente a los niveles de desarrollo moral que se dan a lo largo de la vida y ayudan a determinar la forma en la que las personas actúan frente a la normas;

como lo plantean los autores, los niveles preconvencional, convencional y posconvencional se dan “según la relación que tenga la persona con la norma y la capacidad de discernimiento, logrando un mayor desarrollo a nivel moral, a medida que se introyecta el sentido de la norma y el valor de la dignidad humana” (95).

En este sentido, se puede inferir que, el enfermero debe estar en un nivel posconvencional, en el cual “los discernimientos pueden diferir de los del grupo, el sujeto en la medida de lo posible somete toda norma de actuación a su discernimiento crítico antes de sentirse moralmente obligado, reconoce su originalidad e interdependencia, no le da temor sostener puntos de vista diferentes y tiene una visión holística de las cosas” (95). Sin embargo, según los hallazgos del estudio, el enfermero que cuida a pacientes en estado crítico, bajo efectos de sedación, aún no ha alcanzado este nivel de desarrollo moral, pues actúa con base en la norma y no en lo que considera realmente beneficioso para el paciente.

En este sentido, se deben señalar otros elementos que hablan del enfermero como una persona con sentimientos, valores, roles y significados propios, que tienen injerencia en la forma como se brinda el confort al paciente en estado crítico de salud, bajo efectos de sedación. Cabe anotar, que el enfermero como cuidador es “potencialmente vulnerable, consciente de su vulnerabilidad y de la de los demás a quienes cuida; responsable de cuidarse a sí mismo para poder dispensar cuidados directos, supervisar a otros, dirigir, gestionar, enseñar, hacer investigación y elaborar políticas para los sistemas de atención en salud” (95). De acuerdo con lo anterior, en el estudio se identifican elementos como la fatiga, la experiencia, la actitud y la percepción sobre el cuidado, que influyen en la forma como se proporciona el confort, definiéndolo como realidad o utopía en el cuidado del paciente.

En primer lugar, la fatiga es definida por los participantes del estudio como la sobrecarga laboral, relacionada con el número de pacientes asignados y las múltiples funciones que debe realizar el enfermero; lo anterior determina que el objeto del cuidado no sea la persona, sino el cumplimiento de los requerimientos del cargo, del servicio o la institución, lo que en última instancia no sería cuidar. En consonancia con lo anterior, Maslach habla de la fatiga como un factor desencadenante del Síndrome de Burnout, el cual “se caracteriza por el agotamiento emocional, que hace referencia a sensaciones de sobre esfuerzo físico que se producen como consecuencia del contacto con las personas a las que hay que atender; la despersonalización, como falta de sentimientos e insensibilidad de los profesionales; y una baja realización personal en el trabajo que lleva a un declive en el sentimiento de competencia y éxito” (96).

Un segundo elemento identificado en el estudio es la experiencia, entendida como el conjunto de conocimientos que ha adquirido el enfermero, los cuales le dan las bases para plantear cuidados que generen confort al paciente. De acuerdo con Benner, “el experto es una enfermera que posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar lo que sucede sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos. Al responder por intuición, la enfermera experta no responde sin pensar, ni de manera automática, sino con una respuesta directa que nace de la experiencia. El cambio cualitativo respecto al no experto está en que la enfermera conoce al paciente, esto es, no solo conoce los patrones típicos de respuesta, sino que *lo conoce como persona, sus preocupaciones y necesidades reales*” (97). Lo expuesto permite inferir que el enfermero que propone Benner, a través de su experiencia, no solo debe tener los conocimientos científicos, sino que además, debe estar en la capacidad de conocer al paciente, con el fin de satisfacer la necesidad de confort en la persona sujeto de cuidado.

El tercer elemento que influye en la forma como se brinda el confort, es la actitud frente al cuidado; esta hace referencia a la satisfacción que siente el enfermero al

realizar las acciones de cuidado en búsqueda del confort del paciente. En este sentido, Molina expone que “el cuidador es necesariamente un sujeto moral que ejerce unas prácticas cuidantes, consideradas como actos morales, porque son ejercidos en forma consciente, libre y voluntaria; la voluntad se presenta como la manifestación explícita de la propia conciencia, nos empuja a actuar según la elección tomada, en forma consciente y libre” (95). Lo dicho hasta aquí permite deducir que el enfermero realiza las intervenciones de confort de forma consciente, libre y voluntaria, pues siente satisfacción al hacerlo; sin embargo, según los resultados de este estudio, la fatiga, la experiencia y las normas institucionales se convierten en un factor que influye en la actitud para cuidar, por ende en la satisfacción del enfermero y el confort del paciente.

En cuanto a la percepción del enfermero sobre el cuidado, es de anotar que es lo que determina las intervenciones para proporcionar confort. Si bien el desarrollo en el conocimiento científico ha mostrado que el bien interno de la profesión es el cuidado del ser humano, como resultado del estudio se encuentra que el enfermero fundamenta sus intervenciones en un modelo morbicéntrico, donde se pasa de cuidar a la persona, a cuidar la enfermedad. Por tanto, es preciso referirse a Collière, citado por Moraga, pues define el cuidado como “un acto de vida que debe recrearse en los valores del respeto a la persona y a su dignidad, así como en las fuerzas de la vida y en la movilización de sus recursos vitales para potenciarlos” (98).

Ahora bien, los hallazgos del estudio muestran que el enfermero a través de la verbalización expone las intervenciones que realiza para proporcionar confort, no obstante se presenta discrepancia en el momento de ejecutarlas; en este sentido, Molina habla sobre la conciencia de los actos, expone que “ser consciente de todos los factores que influyen en el ejercicio del cuidado de enfermería y considerar las implicaciones de cuidar bien a un ser humano, es una de las garantías fundamentales de la buena praxis profesional” (95). De lo anterior, se

puede inferir que la conciencia de los actos es la capacidad que tiene el enfermero de reconocer que las intervenciones que realiza tienen injerencia en el confort del paciente; por tanto, es preciso ahondar en las interacciones entre enfermero, paciente y familia, pues se encuentra que son las situaciones donde el pensamiento y el hacer enfermero toman distancia, afectándose directa o indirectamente la tranquilidad de la persona cuidada.

Si bien es cierto el cuidado de enfermería se basa en la interacción entre el enfermero y la persona o personas cuidadas, en palabras de Collière, el cuidado como “un acto de vida que debe recrearse en los valores del respeto a la persona y a su dignidad, así como en las fuerzas de la vida y en la movilización de sus recursos vitales para potenciarlos, debe darse en una interacción dialógica, simétrica, entre la persona cuidada y el profesional de enfermería cuidador” (98). En este sentido, se puede señalar, que no solo el paciente en estado crítico bajo efectos de sedación es la persona sujeto de cuidado, pues la familia se convierte en otro sujeto, demandante del apoyo y la compañía del enfermero para entender y trascender la situación que está experimentando. En contraposición, el estudio muestra que, si bien los enfermeros expresan que la familia es un elemento que contribuye al confort del paciente, las prácticas de cuidado que realizan no están encaminadas a fomentar la relación paciente-familia.

Al abordar la relación enfermero-paciente, se logran identificar actitudes que permiten afirmar que, si bien el enfermero reconoce al paciente como una persona dependiente y vulnerable frente a las intervenciones del enfermería, no lo conciben como un interlocutor activo, es el caso de los procedimientos que no son explicados y las conversaciones inapropiadas del personal de enfermería; como lo plantea Sartre, citado por Achegoyen, “en primer lugar, nuestro conocimiento del otro (y del otro como sujeto), no es mera conjetura, no es algo probable, sino un dato que vivimos con evidencia; y en segundo lugar, *la presencia del otro es necesaria para nuestra propia autoconciencia*, somos conscientes de nosotros

mismos en la medida en que el otro nos valora, cuenta con nosotros, nos estima, odia, quiere, detesta. La presencia del otro como sujeto, su mirada, tiene un valor tan importante que solo mediante ella se puede decir que somos conscientes de nosotros mismos” (99). De lo expuesto se puede inferir que, si bien el enfermero es autoconsciente de ser una persona que brinda cuidado, olvida que dicha autoconciencia es gracias a la existencia del “otro”, la persona que está en la cama, quien es un interlocutor activo y que gracias a él, el acto de cuidado tiene razón de ser.

Ahora bien, el enfermero reconoce que la interacción entre la familia y el paciente, por medio de las caricias, las voces o imágenes, contribuye a la tranquilidad de la persona cuidada, pues los elementos conocidos tienen influencia en la recuperación del mismo. De acuerdo con Gutiérrez *et al.*, al hablar de las necesidades del paciente “solicitan ser tratados como personas que son; además, que la personalización sea patente en el espacio físico del paciente: con sus fotos, libros, la radio” (100). Sin embargo, algunas acciones del enfermero no contribuyen a la interacción del paciente y la familia, por el contrario, se convierten en limitantes que generan discomfort en la persona cuidada; como lo plantea el mismo autor, “los pacientes necesitan estar todo el tiempo posible con su familia, con su esposo o esposa, y saber cómo se encuentran y cómo les está afectando el proceso; necesitan relacionarse con otras personas para combatir la sensación de soledad que están viviendo en la UCI” (100).

11.3 Discusión final

11.3.1 El confort más allá de la sedación

El paciente en estado crítico, como consecuencia de su proceso de enfermedad, recibe tratamientos que van dirigidos a su recuperación, entre ellos la sedación;

autores como Chamorro y Martínez, afirman que la sedación “es una estrategia cuyo objetivo es conseguir el confort del paciente y abolir la respuesta fisiológica al estrés” (101). No obstante, los hallazgos del estudio muestran que el confort es entendido como la tranquilidad que siente el paciente, resultado de la armonía entre tres filiaciones: ambiente y compañía, comodidad y protección, analgesia y sedación. En este sentido, se puede afirmar que el confort del paciente no solo depende de la administración adecuada de sedantes, sino que existen otros elementos como el control del dolor, la satisfacción de las necesidades básicas — higiene, alimentación, posición y temperatura—, un ambiente adecuado, que en conjunto determinan la tranquilidad de la persona sujeto de cuidado.

Ahora bien, en el caso del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación, el confort va a depender en gran medida de las intervenciones que realice el enfermero, pues por los efectos de los sedantes, el paciente no es consciente de sus necesidades y, por ende, es dependiente de cuidado. Lo anterior, conlleva que el enfermero utilice estrategias para identificar en el paciente signos de confort o discomfort, con el fin plantear intervenciones para la satisfacción de las necesidades. Una de estas estrategias es la observación; por medio de esta, el enfermero identifica gestos y movimientos, que son la expresión no verbal del paciente y la respuesta frente a las intervenciones de enfermería y los estímulos del ambiente. De acuerdo con F. Nightingale “nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación; la observación no sirve para recopilar datos diversos y hechos curioso, sino para salvar vidas y promover la salud y la comodidad” (102).

Lo dicho hasta aquí permite inferir que, si bien algunos autores describen la sedación como estrategia para proporcionar confort, los resultados del estudio muestran que los cuidados básicos, la lectura del otro y el ambiente sosegado contribuyen a la tranquilidad de la persona cuidada. De acuerdo con Aikens, “la enfermera está obligada a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad de la persona, a la hora de procurarla, no hay que ignorar ningún

detalle, pues es el primer y último objetivo de la enfermera hacer que las personas se sientan cómodas” (103).

11.3.2 El confort como cuidado delegado

La disciplina de enfermería ha evolucionado simultáneamente con los cambios sociales, económicos, políticos y culturales; lo que ha influenciado no solo la percepción que tienen los enfermeros sobre el confort, sino también la forma como se proporciona al paciente. Algunos autores consideran el confort como el objeto de cuidado, es el caso de Aikens, quien fue referencia para Kolcaba en la construcción de la Teoría del confort, destacando que “la comodidad del paciente era el primero y el último objetivo de la enfermera” (17). Sin embargo, los hallazgos del estudio muestran que, si bien el enfermero reconoce el confort como elemento importante en el cuidado del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación, el medio les hace otras exigencias que le ocupan mayor tiempo y atención; por tanto, el cuidado dirigido a proporcionar confort se ve limitado.

Es el caso de las funciones administrativas, asistenciales y de supervisión que, sumadas al número de pacientes, demandan mayor dedicación del enfermero; por tanto, algunas actividades deben ser delegadas al personal auxiliar, entre estas se encuentran la higiene, la alimentación, los cambios de posición, la administración de medicamentos y la titulación de los sedantes. Teniendo en cuenta esto, se puede inferir que la sobrecarga laboral y el realizar funciones adicionales al objetivo de la enfermería, afectan la forma como se brinda el confort, pues se convierte en un cuidado delegado. De acuerdo con Alcaraz *et al.*, “realizar funciones que no les competen y delegar el cuidado directo en la auxiliar de enfermería obliga a estas profesionales a optar por la cortesía como estrategia para mitigar la desvinculación del cuidado” (104). Así mismo, Castrillón afirma que “además de la escasez del recurso profesional de enfermería, hay deficiencias

estructurales en los puestos de enfermería, delegación de funciones como el cuidado y la educación de los pacientes, en las auxiliares de enfermería, y la función del profesional de enfermería centrado en actividades administrativas” (105).

Más aún, delegar el cuidado no solo es una estrategia para mitigar la sobrecarga y la fatiga que sufre el enfermero, por las múltiples actividades que realiza; se convierte en un elemento contribuyente a la vulnerabilidad del paciente, pues además de estar expuesto por su proceso de enfermedad y dependencia de cuidado, pasa a recibir atención por parte de personal que no está completamente capacitado para proporcionarlo. El enfermero opta por delegar el confort del paciente y pasa a cumplir las funciones asignadas por la institución; dicha situación es explicada por Alcaraz, quien plantea que “la cultura institucional implantada con la reforma del sector salud, no les permite a las participantes cumplir con dichas funciones equitativamente, y hacerlo implicaría correr el riesgo de perder el trabajo, riesgo que ninguna de las participantes quiere correr y que resuelven privilegiando la parte administrativa, usando la cortesía como forma de comunicación, delegando el cuidado en las auxiliares de enfermería y dando un mínimo de cuidado directo” (104).

11.3.3 Cuidando la enfermedad

La Unidad de Cuidado Intensivo es un servicio de alta complejidad, donde se llevan a cabo procesos y procedimientos, que exigen del enfermero competencias técnico-científicas y humanas, para dar respuesta a las necesidades del paciente. Es así como el adecuado manejo e interpretación de los equipos biomédicos, como ventiladores, monitores y bombas de infusión, se convierte en una herramienta fundamental en la atención del paciente en estado crítico, bajo efectos de sedación. En este sentido, Achury afirma que las UCI son “lugares

hostiles y agresivos donde las condiciones tecnológicas y científicas hacen que los profesionales desarrollen roles muy avanzados centrados en la condición patológica y en la valoración continua e integral del paciente en aspectos hemodinámicos, respiratorios, de eliminación, nutricionales, metabólicos y neurológicos. Ello genera vulnerabilidad en los pacientes, así como pérdida del entorno social emocional y de su independencia” (75).

De acuerdo con lo anterior, se encuentra como resultado del estudio que el enfermero, debido a la complejidad de los pacientes, enfoca su atención en la monitorización y el adecuado control de los equipos biomédicos, que si bien son importantes por el tipo de información que proporcionan, no reemplazan la valoración, la observación y los signos manifestados directamente por el paciente. De igual manera, el enfermero centra su atención en la identificación de signos que muestran alteración de los órganos y sistemas corporales, valorando la evolución de la enfermedad, planteando intervenciones dirigidas a la patología y no a la persona sujeto de cuidado. De lo anterior se puede colegir, que el enfermero realiza sus prácticas según un modelo biomédico, dirigiendo las intervenciones al control de la enfermedad y no a la persona que recibe los cuidados.

Hartrick afirma que “el modelo biomédico, que hace parte de la visión particular determinista, ha formado la base del conocimiento y la práctica de la enfermería y ha promovido la percepción del paciente como un cuerpo biológico el cual es atendido por la enfermera. Afortunadamente, en las últimas décadas la profesión de enfermería ha experimentado un cambio revolucionario” (106). En contraposición, los resultados del presente estudio muestran que el enfermero, si bien considera el confort del paciente como un objetivo del cuidado, que merece atención y dedicación, se encuentra limitado por las múltiples funciones que desempeña, además del manejo y la influencia de la tecnología en las

intervenciones de enfermería, pues la prioridad está en la atención y cuidado de la enfermedad.

Lo dicho hasta aquí, permite deducir que el objeto de enfermería, el cuidado del ser humano, ha perdido su horizonte; en parte, como lo plantea Alcaraz, por “el desconocimiento de los administradores, auditores y gerentes de las empresas de salud, sobre el objeto de la enfermería, sus implicaciones en el bienestar y la vida, y los costes hospitalarios, desconocimiento que obedece, quizás, a la falta de una cultura que avale sus decisiones en el cuidado directo, en la educación y en la investigación. Solo ven en la enfermera la función de administradora de salas o servicios de salud y la coadyuvante de otros procesos administrativos institucionales” (103). Y, desde otra mirada, por la falta de autorreconocimiento del enfermero, como un profesional que va más allá de las funciones administrativas y de supervisión, pues gracias al cuidado, el paciente puede sentir confort, pese a la adversidad de la enfermedad.

11.3.4 El encuentro con el otro genera confort

El paciente en estado crítico, bajo efectos de sedación, es una persona que no es consciente de sus necesidades debido a los efectos de los medicamentos en su organismo; sin embargo, aún no ha perdido la capacidad de interactuar y responder ante los estímulos del entorno y a las personas que lo rodean. Por tanto, cuando el enfermero entra en contacto con el paciente, inmediatamente se da un encuentro entre dos personas, una relación que permite a cada uno conocer al otro y entenderlo como un ser que se encuentra vulnerable; el paciente, por su proceso de enfermedad, y el enfermero, por la cercanía al sufrimiento del otro.

Más aún, el encuentro entre el paciente y el enfermero se convierte en un elemento fundamental del confort, pues a través de esta interacción, se hace un

reconocimiento implícito, recíproco, de la capacidad de cada uno de generar cambios en el otro. De esta manera el enfermero pasa no solo a ser aquel que cuida y satisface necesidades del paciente, sino a ser un participante activo de la interacción que reconoce que se puede afectar y, por ende, puede sufrir cambios en su manera de actuar.

Ahora bien, los resultados del estudio muestran que, en ciertas situaciones, el enfermero procede como si la persona que está en la cama dependiente de cuidado no existiera y no tuviera influencia en su hacer. De acuerdo con Torralba, “en la acción de cuidar a un ser humano se produce el encuentro entre dos universos personales, entre dos mundos libres, entre dos conciencias, entre dos destinos singulares en la historia” (107). Y es en ese encuentro donde se busca el conocimiento del otro, como un ser humano que merece respeto, es digno solo por su naturaleza, es a quien van dirigidas las acciones, los pensamientos; es la razón del cuidado.

A partir de lo expuesto se puede afirmar que el encuentro entre dos conciencias no solo se da entre el paciente y el enfermero, se hace visible igualmente en la triada familia-enfermero-paciente; así, el estudio muestra que para el enfermero, la familia es un componente primordial del confort, pues son voces conocidas y ayudan a expresar las necesidades del paciente. Ahora bien, al observar las prácticas de cuidado, no se ve reflejado dicho pensamiento; al contrario, la familia se convierte en un obstáculo o riesgo para la tranquilidad del paciente y, por tanto, el enfermero mitiga estos efectos limitando el contacto entre esta y el paciente, a través de los horarios de visita. En esta misma línea, Bernal y Horta exponen que “cuando ocurre una hospitalización, desde el ingreso hasta el tratamiento suscitan la disolución del binomio paciente-familia de modo tal que esta última no es prioridad, no es tenida en cuenta y pasa a ser considerada un ente molesto, perturbador, evitable, pasivo, espectador y ajeno sin efecto o trascendencia” (108).

11.3.5 La ética en el confort: ¿beneficencia del enfermero o beneficencia del paciente?

El enfermero reconoce situaciones que pueden afectar la comodidad del paciente: el dolor, la posición, la humedad, el frío, los ruidos y la soledad; para ello, implementa estrategias, entre estas la sedación para brindar un poco de comodidad y mitigar las sensaciones desagradables generadas por el discomfort. No obstante, el enfermero también se enfrenta a situaciones desagradables en las que, por cansancio, fatiga o desconocimiento, utiliza la sedación, no solo para generar comodidad al paciente, sino para comodidad propia, pese a los riesgos que trae consigo el uso de medicamentos sedantes. Frente a esto, Molina plantea que “el principio de beneficencia-no maleficencia exige para su adecuado cumplimiento tener en cuenta un balance entre riesgos y beneficios, de dos bienes el mejor, de dos males el menor y el bien para la mayoría. Dicho principio orienta a la calidad en el cuidado de enfermería, tendiente a mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento, de individuos, familias y colectivos, en coordinación con otros profesionales y con el usuario de los servicios de salud” (95).

Por otra parte, el enfermero emplea una técnica conocida como sujeción terapéutica, la cual consiste en inmovilizar a los pacientes de las extremidades, con el fin de evitar el retiro de los dispositivos médicos; Corral la define como “cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a partes de su cuerpo” (109). En este sentido, es preciso aclarar que el enfermero no solo emplea la sedación como estrategia para la comodidad, pues considera que por los efectos en la conciencia del paciente, se convierte en un mecanismo de sujeción, dado que limita la movilidad, evitando riesgos de autolesiones pero, más

importante aún, sanciones al enfermero, por eventos adversos presentados por retiros no programados de dispositivos médicos.

Con lo expuesto se puede inferir, que prima la beneficencia del enfermero frente a la del paciente, pues a pesar de reconocer que la persona sujeto de cuidado está en un estado sedación profundo, que lo lleva a ser dependiente y vulnerable, el enfermero se beneficia de los efectos de la sedación en la conciencia del paciente para evitar las sanciones que pueden incurrir por la presencia de eventos adversos. Sumado a lo anterior, utiliza la sujeción mecánica de forma regular, dejando de lado las reales indicaciones, como son “conducta violenta de un paciente que resulte peligrosa para él mismo o para los demás; agitación no controlable con medicamentos, entre otros” (110). Por tanto, se puede inferir que el enfermero utiliza la sujeción de forma mecanizada, dejando de lado la beneficencia del paciente.

En este sentido, Torralba, al referirse a los constructos éticos del cuidado, plantea que “en el ejercicio del cuidar, es fundamental no perder de vista la conciencia de la profesionalidad, y esto supone mantener siempre la tensión, estar atento a lo que se está haciendo y no olvidar jamás que el otro vulnerable que está bajo mis cuidados es un ser humano que, como tal, tiene una dignidad intrínseca. Quien no es consciente de estas dificultades puede llegar a pensar que su modo de obrar es excelente y puede inclusive llegar a banalizar la ardua tarea de cuidar como si se tratara de una actividad mecánica” (83). Por tanto, la utilización de la sedación como estrategia de sujeción mecánica, en búsqueda de la comodidad del enfermero, por encima del confort del paciente, es una muestra de la mecanización del cuidado al paciente en estado crítico, bajo efectos de sedación.

12. CONCLUSIONES

- El confort es un asunto importante para los participantes de este estudio, de ahí que cuando se refieren a él, no solo lo definen, sino que están en capacidad de autocriticarse por la poca o ninguna atención que durante la cotidianidad le prestan. Es indudable la impronta académica al respecto, lo que hace que los enfermeros estén en capacidad de hablar de dicho aspecto sin que exista un vínculo con el hacer. Es así como construyen el significado de confort como “estar tranquilo”, lo que a su vez es el resultado de la armonía entre el ambiente y la compañía, la comodidad y la protección, la analgesia y la sedación. La primera filiación permite ver los elementos externos, relacionados con espacio, iluminación, temperatura y personas, que puedan afectar al paciente; la segunda, es la armonía que se da cuando el paciente es dependiente para la satisfacción de las necesidades, en medio de la vulnerabilidad; y la última, determina las acciones del enfermero frente al manejo adecuado de la analgesia y la sedación, en búsqueda del confort del paciente. La mayoría de dichas intervenciones son delegadas a personal con otro tipo de formación, como los auxiliares de enfermería.
- Para los participantes, el confort no siempre es posible de proporcionar, pues existen “incomodidades necesarias”, ya que en el caso del paciente en estado crítico, bajo efectos de sedación, no solo debe afrontar los cambios físicos, emocionales y sociales que trae consigo la enfermedad, sino que además, se ve sometido a múltiples intervenciones por el personal de salud, que si bien buscan resolver el proceso de enfermedad, generan en el paciente disconfort. Los dispositivos médicos, los equipos biomédicos, los procedimientos y el personal de enfermería, se convierten en elementos que pueden ahondar más el estado de disconfort del paciente. Los participantes reconocen estas

situaciones como “incomodidades necesarias”; sin embargo, “no es necesario” olvidar que el eje fundamental de enfermería es el cuidado al ser humano.

- Para proporcionar confort es importante ponerse en el lugar del otro, ser capaz de leerlo, así que los participantes describen al paciente en estado crítico, bajo efectos de sedación, como una persona que no es consciente de sus necesidades, por tanto, es un sujeto dependiente del enfermero para identificarlas y satisfacerlas; para ello, emplean dos estrategias. La primera, hace referencia a la capacidad que tiene el enfermero de interpretar los signos manifestados por el paciente, que indiquen discomfort; la segunda, está relacionada con el cuidado compasivo, pues existen situaciones en las que la lectura del paciente no es suficiente y el enfermero “se pone en el lugar del otro”, para brindar cuidados de confort. Es preciso señalar, que el paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo, no está completamente confortable debido a las múltiples situaciones a las que se enfrenta, empero, el enfermero puede contribuir a que el discomfort vivido sea menor a través de los cuidados brindados.
- Para los participantes, el confort también es interacción; sin embargo, hay contradicción entre el decir y el hacer, pues aunque el paciente en estado crítico bajo efectos de sedación no sea consciente de sus necesidades, responde frente a los estímulos externos del ambiente y las personas que lo rodean. Teniendo en cuenta esto, se debe señalar que el enfermero, al estar en contacto con el paciente, puede llegar a tomar una actitud en la cual no está interactuando con la persona sujeto de cuidado, sino que está llevando a cabo actividades y tareas asignadas para el cumplimiento de objetivos. Se puede inferir que existe una pérdida del cuidado humanizado, tal vez asociado a la sobrecarga laboral, las múltiples funciones y la fatiga, que en conjunto

determinan la pérdida del rol del enfermero en el contexto de la Unidad de Cuidado Intensivo.

- Se encuentra además que existe discrepancia entre el pensamiento y las intervenciones del enfermero; pues en la verbalización expresan el confort como elemento fundamental en el cuidado del paciente, pero en las intervenciones de cuidado este no se manifiesta. Algunas razones hacen referencia al enfermero como persona, es decir, experiencia, percepción y actitud frente al cuidado; sin embargo, la fatiga y la influencia de las normas institucionales son factores que determinan la forma en que el enfermero brinda confort.

- La familia es considerada por el enfermero como un elemento fundamental en el confort del paciente, pues son personas conocidas, que se convierten en la segunda voz de aquel que se encuentra dependiente y vulnerable. No obstante, este acompañamiento se ve limitado por dos razones; la primera, hace referencia a los horarios de visita impuestos por las normas institucionales que coaccionan las intervenciones de enfermería; la segunda, se refiere a la percepción que tiene el enfermero frente a la familia, pues cuando es considerada un factor de disconfort, los horarios de visita son utilizados como mecanismos de defensa para el paciente, pues un familiar que no brinde tranquilidad, debe tener el menor contacto con la persona sujeto de cuidado.

13. RECOMENDACIONES

- La familia es considerada como parte fundamental para el confort del paciente en estado crítico, bajo efectos de sedación, pues el acompañamiento de los seres queridos y significativos para la persona enferma suelen generar tranquilidad. Sin embargo, las acciones de enfermería, en algunas ocasiones, limitan la interacción paciente/familia generando discomfort. Por tanto es importante identificar los factores que, frente a los familiares tienen los enfermeros que se desempeñan en la UCI, y con base en ello establecer estrategias que permitan mejorar la interacción entre la familia y el enfermero en búsqueda del confort del paciente.

- Los participantes del estudio reconocen el confort como elemento esencial en el cuidado del paciente, y aceptan que no se le da la importancia que merece. Lo dicho hasta aquí, se ve reflejado en la discrepancia existente entre lo que expresan y lo que hacen para brindar confort. Entre los factores mencionados está la fatiga, la sobrecarga y el desconocimiento. Y aunque existen estudios que identifican dichos factores como determinantes en el actuar del enfermero en la Unidad de Cuidado Intensivo, es importante realizar otros estudios que permitan identificar los elementos que intervienen en el cuidado, teniendo en cuenta el sentir del enfermero como ser humano y persona que también es vulnerable frente al sufrimiento del otro.

- En el estudio se identificaron situaciones que generan discomfort al paciente, tales como las conversaciones del personal de enfermería, pues son voces desconocidas; las alarmas de los equipos biomédicos, la iluminación permanente, el espacio frío y la falta de interacción entre el enfermero y el paciente al momento de realizar procedimientos o contacto directo entre ellos. Dichas circunstancias pueden ser mediadas por enfermería con medidas tales

como: hablar en voz baja y reducir el volumen de alarmas de los equipos, proporcionar música suave, atenuar la luz, eliminar los olores desagradables, usar señales verbales antes de tocar al paciente, explicar los procedimientos, reducir el número y la duración de los procedimientos, planificándolos para permitir al paciente un estado de tranquilidad.

- Este estudio abre las puertas a nuevas inquietudes sobre el cuidado de enfermería en el contexto de la UCI; si bien, pese a reconocer al paciente como persona vulnerable y dependiente del cuidado, el enfermero enfoca sus intervenciones al manejo adecuado de la tecnología y atención de la enfermedad. Es prudente hacer llegar los resultados del estudio a los enfermeros que cuidan a pacientes en estado crítico de salud, bajo efectos de sedación, con el fin de buscar la reflexión sobre las intervenciones de enfermería en la UCI, mostrando que a pesar de los avances tecnológicos, el cuidado debe tener como epicentro a la persona y no a la enfermedad; como lo plantea, Da Silva, “el confort es el producto resultante de los cuidados de enfermería, es el objeto real de la Enfermería” (8).

- Es preciso realizar una reflexión sobre las prácticas de cuidado para brindar confort en la Unidad de Cuidado Intensivo, pues como muestra el estudio, el enfermero se encuentra en un nivel convencional en el cual, según Molina, “el sujeto toma las decisiones y las justifica teniendo como referente la norma, bien sea de las comunidades clínicas —de los pequeños grupos, de los compañeros de trabajo— o una norma de carácter general que regule el trabajo institucional, profesional o la vida en sociedad” (94) . Al identificar los factores que intervienen en las prácticas de cuidado para brindar confort, se podrán proponer estrategias que permitan llegar a un nivel posconvencional, en el cual el enfermero pueda abogar por el paciente, disertando sobre las

normas que limitan el confort en búsqueda de la satisfacción de las necesidades de la persona sujeto de cuidado.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por haberme dado la fortaleza para alcanzar este sueño.

A mi padre por guiarme desde el cielo y a mi madre por el apoyo incondicional.

A mi esposo por comprender y acompañarme en este camino.

A mis hermanos y sobrinos, por ser mi motivación.

Sincero agradecimiento a mi asesora Martha Cecilia Madrigal, por acompañarme y creer en mí.

A mis compañeros y profesores de la maestría por su amistad.

Agradecimiento especial a los **docentes evaluadores**, por su colaboración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castellanos Sanjuán M. Cuidados Básicos en Enfermería [Internet] [citado 2015 oct 27]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/samyc/cuidados-basicos-de-enfermeria>
2. Puerta Ortega Y. Tipos de tubos endotraqueales y cánulas de traqueostomía [Internet] [citado 2015 oct 13]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo77/capitulo77.htm>
3. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. 2007;4(20):499-503.
4. Carneiro Mussi F. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2007;18 [citado 2013 nov 05]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023797010>
5. Lyra Da Silva CR, De Carvalho V, Almeida De Figueiredo NM. Conceito de cuidado/conforto: objeto de trabalho e objeto de conhecimento de enfermagem [Internet]; 2007. [citado 2014 ene 05]. Disponible en: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/17093/14220>
6. Real Academia de la Lengua [Internet]. Madrid: Ed. Del Tricentenario. [citado 2013 mar 15]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=contexto>
7. Real Academia de la Lengua [Internet]. Madrid: Ed. Del Tricentenario. [citado 2013 ago 15]. Disponible en: <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?id=p0MZH9ZxLD6JUOiSeW>
8. La cultura del bienestar: Poéticas del confort en la arquitectura de los siglos XIX y XX. Confort, arquitectura, higiene, hábitat, atmósfera [Internet] [citado 2014 nov 13]. Disponible en: <http://composicion.aq.upm.es/Personales/Eduardo%20Prieto/4.%20La%20cultura%20del%20bienestar.pdf>

9. Solano Martínez, L. La percepción del confort. Análisis de los parámetros de diseño y ambientales mediante Ingeniería Kansei: aplicación a la biblioteca de Ingeniería del Diseño (UPV) [Internet] [citado 2013 jul 25]. Disponible en: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/13751/PROYECTO%20FINAL%20DE%20GRADO.%20Laura%20Solana%20Mart%C3%ADnez.pdf?sequence=1>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del Paciente [Internet] [citado 19 nov 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de seguridad del paciente [Internet] [citado 2013 nov 26]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Seguridad-del-Paciente.aspx>
12. Congreso de la República. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones [Internet] [citado 05 nov 2013]. Disponible en: http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2004/Ley_911.pdf
13. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996. Diario Oficial 42.710, del 5 de febrero de 1996 [Internet] [citado 2013 nov 19]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html
14. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Guía para el desempeño del profesional de enfermería [Internet] [citado 2014 feb 12]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=63
15. Katharine K. An Analysis of the concept of confort. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 1991;16 [citado 2014 feb 17]. Disponible en: <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Analysis%20Concept%20of%20Comfort.pdf>

16. Swanson, K. Teoría de los cuidados. En: Marriner T. Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona: Mosby Elsevier; 2011. p. 706 -719.
17. Kolcaba. La Teoría del Confort. En Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona: Mosby Elsevier; 2011, p. 706-719.
18. Sáez Herrera E, Infante Barros A. Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2004;19:209-224.
19. Turchetto E. A qué llamamos paciente críticamente enfermo y cómo lo reconocemos [Internet]. 2010 [citado 2014 ene 05]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?ContenidoId=72991>
20. Rioko S, TSA. Analgesia y sedación en Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Bras Anesthesiol. 2010;60:360-365.
21. Bustos R, Fuentes C. Correlación entre análisis biespectral (BIS) y escala de confort en la evaluación de sedación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev Chil Pediatr. 2007;78:592-598.
22. Montiel E, Fernández A. Sedación prolongada en Unidades de Cuidados Intensivos. Grupo de trabajo de analgesia y sedación de la semicyuc. Med Intensiva. 2008;32:19-30.
23. Molina ME, Forero C. La ética en el cuidado de enfermería, en una unidad de cuidado intensivo. En Pulgarín AM, Osorio SP, Varela LE. Fundamentos de Enfermería. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas (CIB); 2012.
24. Grimaldi OM, Mendoza M, Guedez R, Zavala M, Lazorza C. Sedación de Pacientes en Ventilación Mecánica [Internet]. 2005 [citado 2013 sept 20]; 2. Disponible en: <http://www.medicrit.com/rev/v2n4/2449.pdf>
25. Sánchez López O, Parodi Díaz E. Recomendaciones para sedación en la unidad de reanimación [Internet] [citado 2013 sept 20]. Disponible en: http://www.sarmadrid.org/pdf/rec_sedacion_reanimacion.pdf
26. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Science. 1991;14(1):1-6.

27. Chinn P, Jacobs M. Theory and nursing. St. Louis: The C. V. Mosby Company; 1987.
28. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan. 2002;2(1):7-18.
29. Fawcett, J. Analysis and evaluation of conceptual models. Philadelphia, F. A.: Davis Company; 1995.
30. Carbelo Baquero, B. El cuidado desde una perspectiva psicosocial. Cultura de los cuidados. 1997;1(2):54-59.
31. Hardyn SR, Bishop SM. Historia y filosofía de la ciencia. En Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. España: Elsevier; 2011.
32. Baena Zapata V. La Unidad de Cuidado Intensivo [Internet] [citado 2014 ene 15]. Disponible en: http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/42/3/03_Contentido.pdf
33. Gómez Londoño, E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico: una perspectiva bioética. Persona y Bioética [Internet]. 2008 [citado 2015 sept 02]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83211487006>> ISSN 0123-3122
34. Rodríguez DM. Cuidado de Enfermería al paciente con soporte ventilatorio. En Pulgarín AM, Osorio SP, Varela LE. Fundamentos de Enfermería. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas (CIB); 2012.
35. Cacante JV. Cuidados de Enfermería en la nutrición del paciente en estado crítico. En Pulgarín AM, Osorio SP, Varela LE. Fundamentos de Enfermería. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas (CIB); 2012.
36. Mejía ME. El cuidado de enfermería para el paciente con riesgo de síndrome de desuso. En Pulgarín AM, Osorio SP, Varela LE. Fundamentos de Enfermería. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas (CIB); 2012.
37. Varela LE, Rivera LM. Consideraciones de enfermería sobre el paciente con alteraciones neurocríticas. En Pulgarín AM, Osorio SP, Varela LE.

Fundamentos de Enfermería. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas (CIB); 2012.

38. Real Academia de la Lengua [Internet]. Madrid: Ed. del Tricentenario; [Consultado 2015 jun 05]. Disponible en: <http://definicion.de/vulnerabilidad/#ixzz3jywjQQ6k>
39. Diccionario de Acción Humanitario y Cooperación al Desarrollo [Internet]. Madrid; 2005. [Consultado 2013 abr 13]. <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/228>
40. Sorokin P, Guilhem D. Ética de la Investigación, vulnerabilidad y VIH / SIDA [Internet] [visitado 2015 ene 21]. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v8-9n2-2/art12.pdf>
41. Real Academia de la Lengua [Internet]. Madrid: Ed. del Tricentenario; [Consultado 2013 mar 15]. Disponible en: <http://concepto.de/conciencia/#ixzz3lUdALiTS>
42. Perdomo Cruz R. Medicina Intensiva y las Unidades de Cuidados Intensivo. Definición-Desarrollo Histórico-Utilización de sus Recursos [Internet] [citado 2014 may 15]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1992/pdf/Vol60-1-1992-13.pdf>
43. Estévez Ramos RE, Basset Machado I. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz [Internet]. 2011 [citado 2013 mar 14]; 10:32-38. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene111g.pdf>
44. Gómez E. Sujeción Mecánica [Internet] [citado 2014 sept 23]. Disponible en: <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/Auxiliares/Protocolos/Tecnicas/Sujecion%20mecanica.pdf>
45. Melguizo E. Creencias y prácticas de cuidado de la salud. Avances en Enfermería. 2008;26(1):112-123.
46. Agramonte del Sol, A. Valdés Marrero, C. Rodríguez Mederos M. Fundamentos de Enfermería II [Internet] [citado 2014 ago 13]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-es-50---20->

about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-

00&a=d&cl=CL1&d=HASH954d11332e1d43c566fc91.6.3

47. Chávez Grimaldi OM, Mendoza M, Guedez R, Zavala M, Lazorza C. Sedación de Pacientes en Ventilación Mecánica. MEDICRIT [Internet]. 2005; [citado 2013 sept 20]; 2. Disponible en: <http://www.medicrit.com/rev/v2n4/2449.pdf>
48. Herdman TH. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. NANDA. Barcelona: Elsevier; 2013.
49. Real Academia de la Lengua [internet]. Madrid: Ed. del Tricentenario; [Consultado 2015 mar 15]. Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/tranquilidad/>
50. Valdés M. Dos aspectos en el concepto de bienestar. Alicante: Doxa; 1991.
51. Sandoval CA. Investigación Cualitativa [Internet]. 2002 [citado 2014 jul 06]. Disponible en: http://www.iiicab.org.bo/Docs/doctorado/dip3version/M2-3raV-DrErichar/arc_6667.pdf
52. Geertz C. Interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1992.
53. Barbolla C, Benavente N. Investigación Etnográfica. Métodos de investigación en educación especial [Internet]. 2010 [citado 2015 may 13] Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf
54. Salinas L. Investigación / intervención. Investigación cualitativa. Bogotá: Editorial Universidad Javeriana; 2000.
55. Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Entornos; 1995.
56. Deslauriers JP. Investigación cualitativa, guía práctica, s. d.
57. Ruiz OJ, Ispizua M. La entrevista en profundidad. En La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1989.

58. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia médica [Internet]. 2003 [citado 2013 ago 11]; 34:164-167. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/rigor.pdf>
59. Sampieri R. Metodología de la Investigación. México DF: McGraw Hill.
60. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1992.
61. Álvarez Gayou, JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Paidós. Ecuador. 2003. 222p
62. Morse J. The significance of saturation. Qual Health Res. 1995;5(2):147-149.
63. Arias MM; Giraldo Mora, CV. El rigor científico en la metodología cualitativa. En Investigación y Educacion en Enfermería. Vol. 29. Num 3. Oct – Dic 2011. p 500 - 514
64. Arias MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. En Methodology of Social Research. Qualitative Research [Internet]. 2000 [citado 2014 oct 24]. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/Triangulacion.html>
65. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993 [Internet]. 1993 [citado 2005 ago]. Disponible en: http://www.unal.edu.co/dib/normas/etica_res_8430_1993.pdf
66. Waldow VR. Cuidado humano. Index de enfermería. 2014;23(4):234.
67. Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index Enferm [Internet] 2006 [citado 2015 nov 01]; 15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200010&script=sci_arttext&tlng=pt
68. Valdivieso-Serna A. Analgesia, sedación y relajación en el niño con ventilación mecánica. Medicina Intensiva. 32(1):115-124.
69. Simón VM. El ego, la conciencia y las emociones: un modelo interactivo. Psicothema. 2001;13(2):205-213.

70. Marriner T. La Teoría del Autocuidado. En Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona: Mosby Elsevier; 2011.
71. Krederdt Araujo SL. Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería. Estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet] Biblioteca Lascasas; 2007 [citado 2015 nov 02]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0201.php>
72. Carpenito-Moyet L. Diagnósticos de enfermagem. Aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2012.
73. Carneiro Mussi F, Santana Freitas K, Almeida Moraes Gibaut. Prácticas del cuidar en Enfermería para la promoción del confort. Index de Enfermería. 2014;23(1-2):65-69.
74. Beltrán Salazar ÓA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Investigación y Educación en Enfermería. 2009;27(1):34-45.
75. Achury Saldaña DM, Achury LF. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2011;12(1):25-42.
76. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina intensiva. 2007;31(6):318-325.
77. Salazar Maya AM, Martínez De Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Av Enferm [Internet]. 2008 [citado 2015 nov 02]; 26. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945/13541>
78. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enfermería intensiva. 2012;23(4):179-188.
79. Solano Ruiz M, Siles González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. Index de enfermería. 2005;14(51):29-33.
80. Berwick D. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. HAMA. 2004;292(6):736-7.

81. Madrigal Ramírez MC, Forero Pulido C, Escobar CL. La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* [Internet]. 2013 [citado 2015 nov 13]; 15. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803004>> ISSN 0124-2059
82. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis Company; 1966.
83. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2000 [citado 2015 nov 03]; 11(136). Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=10017627&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=105&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v11n3a10017627pdf001.pdf
84. Del Barrio M, Lacunza M, Armendáriz A. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidado intensivo. Estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2001;12(3):135,136-41.
85. Beltrán Salazar ÓA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*. 2009;9(1):23-37.
86. Cantillo EV. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud uninorte*. 2007;23(1),112-9.
87. Ortega López RM. Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Cultura de los cuidados*. 2006;19:63-72.
88. Knapp M. *La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno*. Buenos Aires: Paidós; 1985.
89. Madjar I. Infligir y manejar el dolor. Un desafío para enfermería. *Invest Educ Enferm*. 2000;18(I):39-45.
90. Plata T, Lasso A. *Manual de la sedación para enfermería*. Colombia: Hospira; 2010.

91. Castaño AM, Adarve Gutiérrez SE, Cañas J. Estar sin sedación, es saber que uno está vivo. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010;28(1):23-31.
92. Van de Leur JP, van der Schans CP, Loef BG. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Crit Care*. 2004;8.
93. Meneses AU, Acevedo IC, Durán YJ. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2012;9(2):17-25.
94. Hernández Cortina A. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer* [Internet] 2004 [citado 2015 nov 08]; 20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000200007&script=sci_arttext
95. Molina Restrepo ME. La ética en el arte de cuidar. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2013;20(2).
96. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
97. Benner P, Tanner C, Chesla C. *Expertise in Nursing. Caring, Clinical Judgment and Ethics*. American Journal of Nursing; 1996.
98. Moraga M. Marie Françoise Collière: the art of caring for lives. *Rev Enferm*. 2005;28(4):26-8.
99. Echegoyen Olleta J. Filosofía contemporánea [Internet] [citado 2014 jun 14] Disponible en: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Filosofiacontemporanea/Sartre/Sartre-Mirada.htm>
100. Gutiérrez JB, Alvariño AB, Pérez ML, Pérez MR. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global*. 2008;7(1).
101. Chamorro C, Martínez J. Monitorización de la sedación. *Med Intensiva* [Internet]. 2008 [citado 2015 oct 29]; (32): 45-52. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/index.php?p=watermark&idApp=WMIE&piItem=13116126&origen=medintensiva&web=medintensiva&urlApp=http://www.medintensiva.org/&estadoItem=S300&idiomaItem=es>

102. Nightingale F. Notas sobre Enfermería: ¿Qué es y qué no es? [Internet] Buenos Aires: Mason; 2002 [citado 2015 oct 01]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/hinatalucynyu/notas-sobre-enfermeria>
103. Nava Galán G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba Teoría de rango medio del confort [Edición Digital]. 2010 [citado 2013 nov 15]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
104. Alcaráz López G, Zapata Herrera M, Gómez Gómez R. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010;28(1):43-53.
105. Castrillón Agudelo MC, Jaramillo Londoño E, Lalinde Gómez MC, Pérez Peláez L, Palacio Molina M. Atención de pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares en dos instituciones del segundo nivel de atención en salud. *Invest Educ Enferm*. 1997;15(1):13-33.
106. Hartrick G. Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1997;26(3):523-528.
107. Torralba FR. *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioética/Fundación Mapfre Medicina; 2002.
108. Bernal Ruiz D, Horta Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería universitaria*. 2014;11(4):154-163.
109. Corral Cano J. *Contenciones físicas: reflexión sobre su vigencia*. España: Trabajos Académicos; 2014.
110. Lledo Sala J, Castellanos Martínez F. Protocolo de sujeción mecánica y terapéutica. *Terapia ocupacional* [Internet] [citado 2015 dic 01]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Artsujecion.shtml>

ANEXO 1

GUIA DE OBSERVACIÓN

**El confort del paciente con sedación: mirada del enfermero en una Unidad de Cuidado Intensivo
Medellín, 2013-2015**

Momento	Elemento principal a observar
Reconocimiento del entorno	<ul style="list-style-type: none">- Espacio- Distribución- Señales- Iluminación
Actividades / Prácticas de Cuidado	<ul style="list-style-type: none">- Frecuencia- Procedimientos- ¿Individual o Colectivo?- Intencionalidad- Uso de equipos
Relaciones: Familia/ Paciente / Enfermero	<ul style="list-style-type: none">- Tono de voz- Comunicación verbal / No verbal- Interacciones

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El confort del paciente con sedación: mirada del enfermero en una Unidad de Cuidado Intensivo. Medellín, 2013-2015

Investigadores: Grupo Investigación Emergencias y desastres – Facultad de Enfermería. U. de A.

Investigadora principal: Indira Islem Tejada Pérez
Maestrante en Enfermería

Asesora: Martha Cecilia Madrigal
Docente, Universidad de Antioquia

El objetivo principal es diseñar y ejecutar una investigación de carácter disciplinar que contribuya a mi formación como Magíster de Enfermería y a la profesión; de esta manera se plantea como Objetivo general de la Investigación:

Comprender el significado que tiene para el profesional de enfermería, el confort del paciente en estado crítico que se encuentra bajo efectos de sedación y analgesia, en la Unidad de Cuidado Intensivo. Medellín.

Objetivos específicos

- ✓ Describir las prácticas de cuidado que realiza el profesional de enfermería para brindar confort al paciente en estado crítico que se encuentra bajo efectos de sedación y analgesia, en la Unidad de Cuidado Intensivo.

- ✓ Conocer las prácticas de cuidado que realiza el profesional de enfermería para brindar confort al paciente en estado crítico que se encuentra bajo efectos de sedación y analgesia, en la Unidad de Cuidado Intensivo.
- ✓ Develar el significado que tiene para el profesional de enfermería, el confort del paciente en estado crítico de salud que se encuentra bajo efectos de sedación y analgesia, en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Según la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la presente investigación clasifica como de riesgo mínimo para los participantes, ya que no implica ninguna intervención o modificación sobre la vida o las condiciones emocionales de los mismos.

El desarrollo del presente estudio permitirá identificar el significado que tiene para el profesional de enfermería el confort y su relación con las prácticas de cuidado a pacientes en estado crítico bajo efectos de sedación y analgesia. Lo anterior, con el fin de contribuir al cuidado integral, humanizado, basado en la interacción y comunicación paciente/profesional de enfermería, en el marco de la cultura de seguridad del paciente.

El propósito general del estudio va dirigido a generar resultados que permitan fortalecer la disciplina de enfermería; cualquier información obtenida a través de la observación, entrevistas y diarios de campo, se manejará con absoluta reserva, garantizando, en todo momento, la confidencialidad y privacidad de la Institución y los profesionales de enfermería participantes.

Si la información obtenida presume algún tipo de molestia o inconformidad para la Institución o los profesionales de enfermería participantes, tienen el derecho a no responder o retirarse del estudio sin algún tipo de sanción o multa; igualmente,

tienen derecho a solicitar aclaraciones que consideren convenientes en cualquier fase del proyecto.

Al final del estudio se darán a conocer los resultados obtenidos y se podrán hacer las aclaraciones y recomendaciones que los representantes de la Institución estimen convenientes. La información recolectada solo tendrá finalidades investigativas, por tanto, al concluir el estudio, serán eliminadas de forma segura para garantizar la privacidad y confidencialidad de la Institución; en el caso de los profesionales de enfermería, se llevará a cabo una realimentación de los resultados obtenidos y posibles sugerencias.

Si usted desea obtener más información sobre este estudio puede comunicarse con el investigador principal, Indira Tejada Pérez, Maestrante en Enfermería, en el teléfono 314 606 38 59 o escribir al correo electrónico: tatta1234@hotmail.com. Con la docente y asesora Martha Cecilia Madrigal en el teléfono 300 613 05 08 o escribir al correo electrónico marthamadriral@une.net.co.

Con mi firma, declaro que conozco el proyecto, su propósito y la forma cómo será realizado, y que accedo a participar voluntariamente, que no he sido obligada a hacerlo, y que la participación en la investigación no implica algún tipo de retribución económica o material.

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética de Investigación en Humanos de la Sede de Investigación Universitaria (CBE - SIU).

Fecha: 06 de octubre de 2014

Estudiante/ Maestrante/ Investigador, El participante,

Nombre: Indira Islem Tejada Pérez

Cédula: 1.037.591.764 Envigado

Cargo: Enfermera, Maestrante

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Testigo,

Nombre: _____

Cédula: _____

Dirección: _____

Parentesco: _____

Firma: _____

Testigo,

Nombre: _____

Cédula: _____

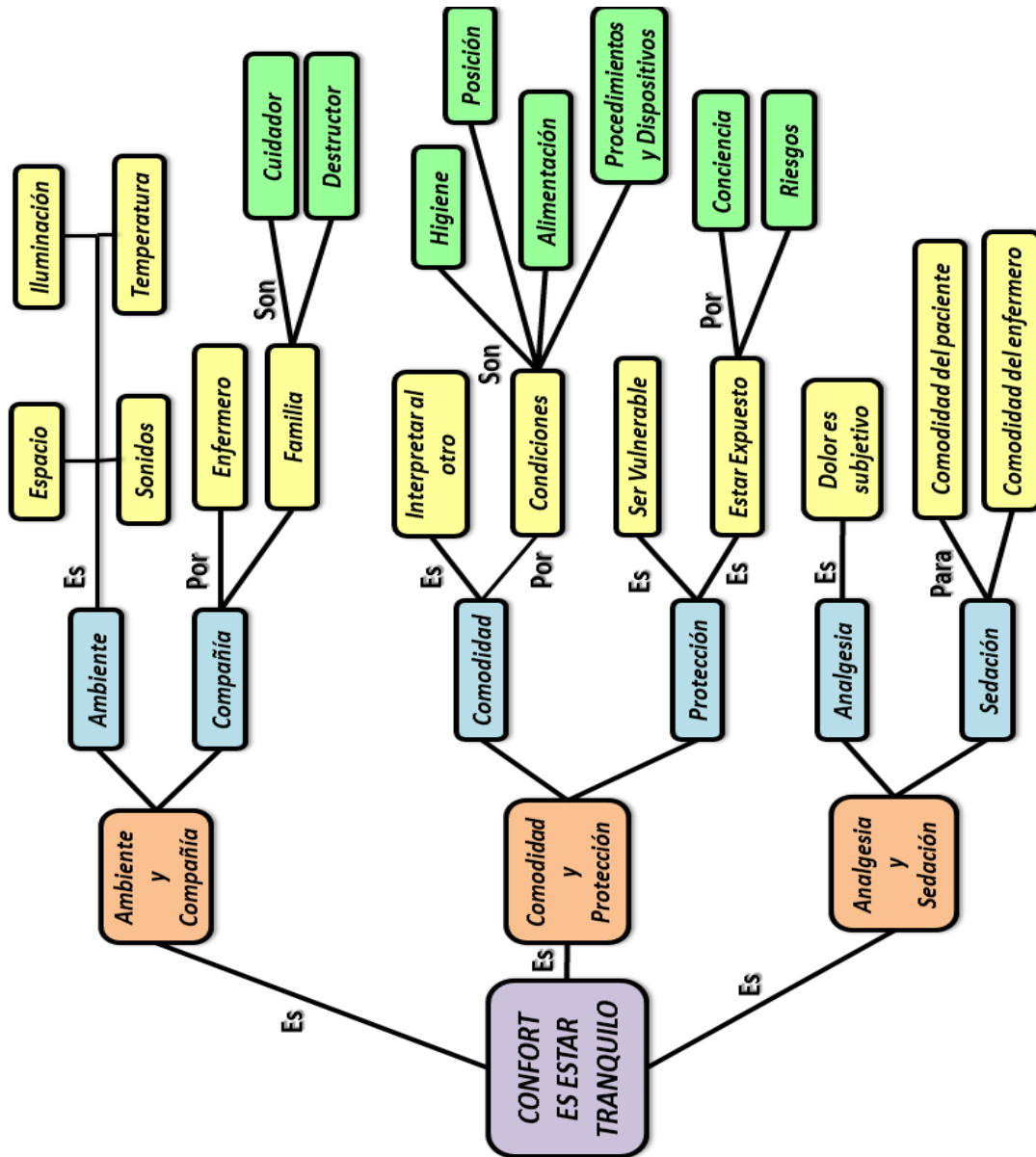
Dirección: _____

Parentesco: _____

Firma: _____

ANEXO N° 3

CATEGORÍA 1. CONFORT ES ESTAR TRANQUILO



ANEXO N° 4

CATEGORÍA 1. CONFORT: UTOPIA O REALIDAD

