



Aquichán

ISSN: 1657-5997

Universidad de La Sabana

Tejada-Pérez, Indira Islem

**“No es fácil estar 24 horas en una cama”: confort del
paciente con sedación en una unidad de cuidado intensivo 2**

Aquichán, vol. 17, núm. 4, 2017, Octubre-Diciembre, pp. 380-389

Universidad de La Sabana

DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.2>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74155185002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEM redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

“No es fácil estar 24 horas en una cama”: confort del paciente con sedación en una unidad de cuidado intensivo²

RESUMEN

Objetivo: 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. **Materiales y métodos:** enfoque cualitativo, con herramientas de la etnografía particularista; se realizaron 100 horas de observación, 9 entrevistas, 1 grupo focal y registro en el diario de campo; lo anterior permitió triangular, codificar y categorizar la información para obtener una visión total del fenómeno; se garantizó la confidencialidad de los participantes. **Resultados:** el significado que le otorgan los enfermeros al confort del paciente bajo efectos de sedación es “estar tranquilo”, entendido como la armonía entre tres filiaciones: ambiente y compañía, comodidad y protección, analgesia y sedación, cada una con elementos excluyentes pero interdependientes, que determinan la tranquilidad del paciente. **Conclusiones:** el paciente en estado crítico, bajo efectos de sedación, no es consciente de sus necesidades, por tanto, depende del enfermero para identificarlas y satisfacerlas. Para ello, el enfermero interpreta los signos manifestados por el paciente y aplica el cuidado compasivo, para brindar confort a la persona cuidada.

PALABRAS CLAVE

Enfermería; pacientes; cuidados críticos; comodidad del paciente; sedación profunda (Fuente: MeSH, NLM).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.4.2

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Tejada-Pérez II. “No es fácil estar 24 horas en una cama”: confort del paciente con sedación en UCI. *Aquichan*. 2017; 17(4): 380-389. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.4.2

1 orcid.org/0000-0001-8227-8812. Universidad de Antioquia, Colombia. indira.tejada@udea.edu.co

2 Artículo derivado de la investigación: El confort del paciente con sedación: mirada del enfermero en una Unidad de Cuidado Intensivo

Recibido: 21 de junio de 2016

Enviado a pares: 15 de julio de 2016

Aceptado por pares: 20 de diciembre de 2016

Aprobado: 13 de febrero de 2017

"It is not easy to stay in a bed for 24 hours." Comfort of the Sedated Patient in an Intensive Care Unit

ABSTRACT

Objective: Comprehend what nurses understand as the comfort of a patient in critical condition who is under the effects of sedation in an intensive care unit. **Materials and methods:** A qualitative approach was used, with particularistic ethnography tools. One hundred (100) hours of observation, nine interviews and one focus group were conducted and records were kept in a field diary, all of which made it possible to triangulate, codify and categorize the information in order to obtain a comprehensive view of the phenomenon. The confidentiality of the participants was guaranteed. **Results:** The meaning nurses give to the comfort of a patient who is under the effects of sedation is "to be calm", which is understood as harmony between three associations: environment and company, comfort and protection, analgesia and sedation, each with exclusive but interdependent elements that determine the tranquility of the patient. **Conclusions:** A patient who is in critical condition and under the effects of sedation is not aware of his or her needs. Therefore, it is up to the nurse to identify and satisfy those needs. To do so, the nurse interprets the signs manifest by the patient and applies compassionate care to provide comfort to the person being cared for.

KEY WORDS

Nursing; patients; critical care; patient comfort; deep sedation (Source: MeSH, NLM).

"Não é fácil ficar 24 horas na cama": conforto do paciente com sedação numa unidade de tratamento intensivo

RESUMO

Objetivo: compreender o significado que tem para o enfermeiro o conforto do paciente em estado crítico, que se encontra sob efeitos de sedação na unidade de tratamento intensivo. **Materiais e métodos:** abordagem qualitativa, com ferramentas da etnografia particularista; realizaram-se 100 horas de observação, 9 entrevistas, 1 grupo focal e registro no diário de campo; o anterior permitiu triangular, codificar e categorizar a informação para obter uma visão total do fenômeno; garantiu-se a confidencialidade dos participantes. **Resultados:** o significado que os enfermeiros outorgam ao conforto do paciente sob efeitos de sedação é "estar tranquilo", entendido como a harmonia entre: ambiente e companhia, conforto e proteção, analgesia e sedação, cada um com elementos excludentes, mas interdependentes, que determinam a tranquilidade do paciente. **Conclusões:** o paciente em estado crítico, sob efeitos de sedação, não é consciente de suas necessidades, portanto depende do enfermeiro para identificá-las e satisfazê-las. Para isso, o enfermeiro interpreta os sinais manifestados pelo paciente e aplica o cuidado compassivo, para oferecer conforto à pessoa cuidada.

PALAVRAS-CHAVE

Conforto do paciente; cuidados críticos; enfermagem; pacientes; sedação profunda (Fonte: MeSH, NLM).

Introducción

Según Ribeiro, al hablar de la disciplina de enfermería, "a pesar de que a lo largo de los años ha sido atribuido el concepto de confort a un significado de menor importancia, [...] hoy se reconoce como un fenómeno de interés, considerado indispensable en el cuidado humano holístico" (1); esto, gracias a las transformaciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinaron cambios importantes en el desarrollo histórico de la enfermería que, sumadas a la influencia de otras disciplinas, como la sociología, la filosofía y la antropología, permitieron dilucidar el concepto de confort desde diferentes perspectivas.

Asimismo, las intervenciones de enfermería en la búsqueda del confort del paciente han estado permeadas, no solo por la concepción que se tiene sobre esta noción, sino por los avances tecnológicos y científicos que han implicado variaciones en el cuidado. 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 (UCI) es un servicio donde se realizan procedimientos e intervenciones de alta complejidad (2), 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, recibe múltiples tratamientos, entre los cuales se encuentra la sedación; esta genera cambios neurológicos y limitaciones en la comunicación verbal, y dependencia de la persona de las intervenciones del enfermero, no solo para conseguir la recuperación de su estado de salud, sino para satisfacer sus necesidades, entre ellas el confort. En este sentido, K. Kolcaba 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" (3).

Materiales y métodos

Este estudio se abordó a partir de un enfoque cualitativo, de tipo etnográfico particularista; las técnicas de recolección de información utilizadas fueron la observación participante, la entrevista (grabada), el grupo focal y el diario de campo. Los participantes fueron enfermeros que cuidaran o hubieran cuidado a pacientes adultos en estado crítico de salud, bajo efectos de

sedación, en el contexto de la UCI; 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. Los participantes fueron 9 mujeres y 3 hombres; el promedio de edad fue de 30 años, con un tiempo de experiencia de 5 años en una UCI.

Como resultado se llevaron a cabo cien horas de observación, hasta lograr la saturación de categorías. 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" (4). Los registros fueron consignados inmediatamente terminada la observación en el diario de campo. 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 encuentran bajo efectos de sedación.

Asimismo, se realizaron nueve entrevistas, teniendo en cuenta miradores como la experiencia de cuidar a pacientes en estado crítico bajo efectos de sedación y las prácticas implementadas para brindarles confort; antes de iniciar cada entrevista se recordó al participante el objetivo del estudio, y se hizo énfasis en el respeto por la confidencialidad de la identidad y de la información obtenida. Se logró saturación de la información con nueve participantes, por tanto, se decidió realizar un grupo focal compuesto por tres enfermeros, con el fin de confirmar los resultados y dar credibilidad a los mismos. 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" (5). Los encuentros quedaron consignados en el diario de campo.

A medida que se registraba la información obtenida a través de los diferentes instrumentos, se realizaban conclusiones preliminares donde se evidenciaba el contraste entre la información obtenida, la interpretación de la investigadora y los referentes teóricos pertinentes en cada caso (6). Lo anterior permitió dar inicio al proceso de triangulación de la información, codificación y categorización. 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” (4).

Se subraya que el proyecto fue avalado por el Comité de Bioética de Investigación en Humanos de la Sede de Investigación Universitaria (CBE-SIU), y recibió aprobación por parte de la institución de salud donde se llevaron a cabo las entrevistas y observaciones. A los participantes se les mostró y explicó el consentimiento informado, documento que fue elaborado de forma legible, clara y coherente; asimismo, se especificó la privacidad de los sujetos y la institución, se hizo énfasis en la participación voluntaria y en la posibilidad de retirarse del estudio si en algún momento lo consideraban.

Resultados

Los enfermeros que cuidan o han cuidado a pacientes en estado crítico de salud bajo efectos de sedación hacen referencia al confort de la persona cuidada como un estado de tranquilidad: “...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

De esta manera, para que el paciente pueda llegar a un estado de tranquilidad debe existir una armonía, en primer lugar, entre el ambiente y la compañía, es decir, los estímulos externos del entorno —sonidos, iluminación y temperatura—, unidos a la interacción con las personas que rodean al paciente, deben cumplir ciertas condiciones: “...es un paciente que está entre cuatro paredes, que necesita mucho cariño, mucha fe, y si la familia no se la da, se lo debemos dar nosotros”. EGF1

Como segundo elemento está la armonía entre la comodidad y la protección, entendida la primera como la ausencia de sensaciones desagradables, tanto físicas como emocionales; y la segunda, como la capacidad que tiene el enfermero de identificar las situaciones que puedan llevar a que el paciente esté expuesto a riesgos que deben ser prevenidos: “...es como uno sienta que ellos están cómodos; creyendo que de cierta manera estén cómodos a lo que cree uno”. E6

Por último, la armonía entre la analgesia y la sedación, que 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: “...de nada sirve tener al paciente sedado y con dolor”. E7

En este sentido es preciso señalar que, para los enfermeros, uno de los elementos principales del confort del paciente en estado crítico bajo efectos de sedación es la conciliación entre la comodidad y la protección, la cual hace referencia a las habilidades que tiene el enfermero para interpretar y satisfacer las necesidades de esa persona que es vulnerable y dependiente del cuidado de enfermería.

¿Qué es la comodidad?

La comodidad, entendida como la ausencia de sensaciones desagradables, tanto físicas como emocionales, 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.

¿Cómo 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.

El profesional tiene en cuenta dos grupos de signos. Los signos exógenos hacen mención de las alarmas de los monitores, ventiladores o equipos biomédicos, que de alguna manera le informan o señalan al enfermero que algo ocurre con el paciente; los signos endógenos son aquellos que se observan directamente en el paciente: movimientos oculares, gestos, sudoración e inquietud: “...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

¿Cuáles son las 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. "...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

Higiene. 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

Alimentación. Es considerada por los participantes como una ayuda importante para la recuperación del paciente. Sin embargo, la principal preocupación es la eliminación de los desechos del organismo, pues consideran que no hacerlo de forma frecuente genera incomodidad e intranquilidad: "... 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, les duele y es incómodo". EGF1

Posición. La permanencia en cama es reconocida como una condición de incomodidad. Así pues, el enfermero, en búsqueda de proporcionar comodidad, realiza cambios de posición en el paciente a partir 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". E2

"...lo otro es la cama, uno busca, no es el ladito que a mí me guste sino 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

Procedimientos y dispositivos. 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: "Hay incomodidades que nos tocan". 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

¿Qué es la protección?

La protección tiene que ver con las intervenciones que realiza el enfermero con el objetivo 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. Abarca dos elementos fundamentales: ser vulnerable y estar expuesto.

¿Qué es ser vulnerable? 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, este 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: "...ellos están en las manos de uno, uno hace con ellos lo que uno quiera". E6.

"...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

¿Qué significa 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: “...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

Riesgos: para el paciente y el enfermero

“...está expuesto a diferentes riesgos ya sea del cuidado de nosotros, 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 corresponden con las intervenciones asociadas al cuidado, mientras que para el enfermero, estos 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 y orales, obstrucción de la vía aérea, entre otros; algunos de estos eventos son producto de la omisión de enfermería: “...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 este último 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.

Es por esto que el enfermero utiliza 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: “...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

“...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

Discusión

Confort es estar tranquilo

La sedación se entiende como la “depresión de la conciencia inducida por medicamentos” (7); a partir de este concepto es necesario hacer referencia a Ong, quien afirma que “la conciencia de cada ser humano está totalmente interiorizada, conocida por la persona desde el interior e inaccesible a otro individuo cualquiera” (8); para los participantes, es la capacidad que tiene una persona de autorreconocerse como sujeto con necesidades, diferenciarlas y además ejecutar acciones para satisfacerlas.

Ahora bien, la expresión de las necesidades 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 algunos dispositivos médicos, afectan la comunicación verbal (9). Por tanto, el paciente depende de la interpretación que haga el enfermero de los signos endógenos y exógenos reconocidos como comunicación no verbal para identi-

ficar y satisfacer las necesidades de la persona que se encuentra dependiente de cuidado, lo que la hace estar expuesta y vulnerable. Como lo afirma D. Orem, "los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente" (10), por lo cual queda como responsable de ello el enfermero.

Lo dicho hasta aquí permite inferir que el paciente en estado crítico es aquella persona que, por estar bajo efectos de sedación, no es consciente de sus necesidades, por tanto, para satisfacerlas depende de las intervenciones de enfermería; 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 una con elementos excluyentes pero interdependientes, que determinan la tranquilidad del paciente. Ahora bien, para Carneiro *et al.*, "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" (11).

"Ponerse en el lugar del otro vulnerable"

La comodidad es 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 comunicación no verbal. 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" (12).

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 com-

pasión como la capacidad de "percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, puede interiorizar el padecimiento de otro ser humano y vivirlo como si se tratara de una experiencia propia" (13). En este sentido, 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 bien, conviene subrayar que el paciente es una persona dependiente y vulnerable, por tanto, las intervenciones de enfermería, como el paso de sondas, los cambios de posición, entre otros, 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, compasión, entre otros" (14).

El concepto de protección hace referencia a las intervenciones que realiza el enfermero con el objetivo de disminuir los riesgos a los que está expuesto el paciente en estado crítico. En este sentido, Romero *et al.* plantean que "los pacientes ingresados en la UCI consideran que los cuidados enfermeros son satisfactorios cuando estos se caracterizan por la combinación humanística y científica, se dispensan de forma integral y continuada, y van dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza" (15).

Es de anotar que el cuidado de enfermería en la UCI implica una ejecución constante de procedimientos e intervenciones que traen 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 pueden imponer sanciones o llamados de atención, pues se consideraría como una falencia en el cuidado del paciente. Smythe, citado por Lima, afirma que "la seguridad es un fenómeno singular, que depende de la percepción, interpretación y de los proyectos de vida de cada persona. Un ambiente puede parecer seguro para profesionales y, a la vez, puede presentarse inseguro para el paciente" (16).

Una de las medidas de precaución tomadas por el enfermero es la sujeción terapéutica o inmovilización de las extremidades, con el objetivo de evitar lesiones al paciente o al personal de salud (17). Es preciso mencionar que el enfermero, en ocasiones, emplea la sedación como mecanismo de sujeción, pues al afec-

tar la conciencia del paciente no se presentará agitación, desorientación y delirium, con lo cual se evitan eventos adversos. No obstante, no se puede obviar que el cuidado de enfermería tiene implícitos principios éticos que deben estar presentes en cualquier intervención que se proponga o realice; asimismo, dicha intervención debe estar fundamentada en el conocimiento científico, pero igualmente en los constructos éticos de la profesión, teniendo en cuenta que el ser humano “es una complejidad inmensurable, es una unidad indisoluble entre lo biológico, el aspecto emocional, espiritual y psicológico” (18).

Conclusiones

El confort es un asunto importante para los participantes de este estudio, pues 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.

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 es la capacidad que tiene el enfermero de interpretar los signos manifestados por el paciente, que indiquen disconfort; la segunda es 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.

Referencias

1. Ribeiro PC, Costa Mendes MA. O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Rev Enf. Ref.* 2012 [visitado 2017 ago 21];7. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000200016&script=sci_arttext&tln
2. Rodríguez DM. Cuidado de enfermería al paciente con soporte ventilatorio. En: Pulgarín AM, Osorio SP, Varela LE. *Fundamentos de Enfermería*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2012.
3. Kolcaba K. La teoría del confort. En: *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Mosby Elsevier; 2011. p. 706-719.
4. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1992.
5. Morse J. The significance of saturation. *Qual Health Res.* 1995;5(2):147-9.
6. Sampieri R. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill; 2014.
7. Igea F et al. Sedación en endoscopia digestiva: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. *Rev Esp Enferm Dig.* 2014;106(3):195-211.
8. Ong WJ, Hartley J. *Oralidad y escritura: tecnologías de la palabra*. México: Fondo de Cultura Económica; 2016.
9. Varela LE, Rivera LM. Consideraciones de enfermería sobre el paciente con alteraciones neurocríticas. En: Pulgarín AM, Osorio SP, Varela LE. *Fundamentos de Enfermería*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2012.
10. Orem D. La teoría del autocuidado. En: *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Mosby Elsevier; 2011, p. 503-519.
11. Carneiro Mussi F, Santana Freitas K, Almeida Moraes G. Prácticas del cuidar en enfermería para la promoción del confort. *Index de Enferm.* 2014;23(1-2):65-9.
12. Madrigal Ramírez MC, Forero Pulido C, Escobar CL. La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2013 [visitado 2015 nov 13];15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145229803004> ISSN 0124-2059
13. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2000 [visitado 2015 nov 03];11(136). Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=10017627&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=142&ty=105&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v11n3a10017627pdf001.pdf

14. Waldow VR. Cuidado humano. *Index de Enferm.* 2014;23(4):234.
15. Romero García M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm intensiva.* 2013;24(2):51-62.
16. Lima, Fabiane da Silva Severino, et al. Implicaciones de la seguridad del paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Enferm Global.* 2014; 13(35):293-309.
17. Corral Cano J. Contenciones físicas: reflexión sobre su vigencia. Madrid: Trabajos Académicos; 2014.
18. 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.* Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2012.