

**COMODIDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNIDADES DE
CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO, CARTAGENA.**

Ana González Gómez

Asesor: Arleth Herrera Lian

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CARTAGENA 2016**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCION	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	14
4. JUSTIFICACION	15
5. MARCO TEORICO.....	16
6. METODOLOGIA	25
6.1 Tipo de estudio:.....	25
6.2 Población:	25
6.3 Muestra:	25
6.4 Criterios de inclusión	26
6.5 Criterio de exclusión	26
6.6 Instrumentos.....	26
6.7 Técnicas y procedimiento	28
6.8 Análisis estadístico.....	28
6.9 Aspectos Éticos.....	29
6.10 Operacionalización de las variables	30
7. RESULTADOS.....	31
8. DISCUSION	34
9. CONCLUSIONES	37
10. RECOMENDACIONES	38
11. AGRADECIMIENTOS	39
BIBLIOGRAFIA.....	38

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1. Porcentajes de pacientes de las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios que pueden participar en el estudio.....	25
Tabla N° 2. Número de pacientes hospitalizados en las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios participantes seleccionados para el estudio.	26
Tabla N° 3. Estructura taxonómica del confort de Kolcaba	27
Tabla N° 4. Distribución de ítems por dimensiones del confort.	28

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Encuesta de características sociodemográficas y personales	45
ANEXO 2 Cuestionario General sobre el Confort elaborado (Katherine Kolcaba)	46
ANEXO 3 Consentimiento informado (i)	47
ANEXO 4 Consentimiento informado (ii)	48
ANEXO 5 Revocación de consentimiento.....	49
ANEXO 6 Tablas de resultado.....	50

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y las dimensiones de la comodidad (físico, social, psicoespiritual y ambiental) presentes en los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio de cuatro instituciones hospitalarias de la ciudad de Cartagena.

Metodología: Estudio analítico transversal de asociación., que se realizó a 160 pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo e intermedio de cuatro instituciones de la ciudad de Cartagena durante los meses de Julio a Septiembre del 2014. Para recolectar la información se utilizaron dos instrumentos, la encuesta sociodemográfica y personal y el cuestionario general de comodidad de 28 preguntas de Katherine Kolcaba. Para la presentación de los datos se utilizó la estadística descriptiva y para establecer la asociación la prueba estadística de regresión logística

Resultado: El 57,5% de los participantes del estudio fueron mujeres y el promedio de edad fue 51,7 años, casados el 46.3%, en unión libre el 30.6%. En cuanto a su escolaridad el 43.4% tenía secundaria (incompleta y completa). En el 93,8, 99.4% y 53,8% de los participante, predominó en las dimensiones social, psicoespiritual y física la trascendencia como tipo de confort y en la dimensión ambiental el tipo de confort alcanzado en el 53.8% de los pacientes fue la tranquilidad.

Para los participantes del estudio, el ser de un estrato socioeconómico mayor que 2 y contar con estudios completos de secundaria o superiores resulta asociarse a la dimensión social, física y ambiental de la comodidad, para la dimensión psicoespiritual no se presentó ningún tipo de asociación.

Conclusiones: Para los pacientes hospitalizados en una UCI o en la UCIN con un mayor estrato socioeconómico hay menor probabilidad de que se considere con mayor comodidad durante su hospitalización y con mayor educación se relaciona con mayor probabilidad de sentirse cómodo en la dimensión social de comodidad. Para la dimensión física los pacientes con un estrato socioeconómico mayor que 2 reduce la probabilidad de tener mayor comodidad al estar hospitalizado y para la dimensión ambiental los pacientes con un estrato socioeconómico mayor que 2 tienen menor probabilidad de tener mayor comodidad.

Palabras Claves: Cuidados intensivos, pacientes, alivio. (Fuente: DeCS, Bireme).

SUMMARY:

Objective: To determine the association between sociodemographic factors and dimensions of comfort (physical, social, psycho and environmental) present in patients hospitalized in Intensive Care Units and Intermediate four hospitals in the city of Cartagena.

Methodology: transversal analytic of association study, which was performed 160 patients hospitalized in Intensive Care Units and intermediate four institutions in the city of Cartagena during the months of July to September 2014. To collect the information two instruments were used, the survey sociodemographic and general comfort questionnaire of 28 questions Kolcaba Katherine. Descriptive statistics were used to establish the association and the statistical test of logistic regression for data presentation.

Result: 57.5% of study participants were women and the average age was 51.7 years, 46.3% married, cohabiting 30.6%. As for their education 43.4% had secondary (incomplete and complete). In 93.8, 99.4% and 53.8% of participants, predominated in the social, psycho-spiritual and physical dimensions transcendence type of comfort and environmental dimension in the kind of comfort achieved in 53.8% of patients was the tranquility. For the study participants, being a greater than 2 and have completed secondary education or higher socioeconomic status is associated with the social, physical and environmental dimension of comfort, for psychospiritual dimension did not show any association.

Conclusions: For patients hospitalized in an ICU or NICU with a higher socioeconomic status is less likely to be considered in greater comfort during hospitalization and is associated with more education are more likely to feel comfortable in the social dimension of comfort. For physical dimension patients with a higher socioeconomic stratum 2 reduces the likelihood of being hospitalized comfort and environmental dimension patients with higher socioeconomic level than 2 are less likely to have greater comfort.

Keywords: Intensive care patients, relief. (Source: MeSH, NLM).

1. INTRODUCCION

El presente estudio tuvo por objetivo determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y las dimensiones de la comodidad (físico, social, psicoespiritual y ambiental) presentes en los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio de cuatro instituciones hospitalarias de la ciudad de Cartagena.

Este estudio surgió a partir de trabajar en unidades de cuidados intensivos (UCI) y unidad de cuidados intermedios (UCIN) debido a que estos pacientes están muy limitados para satisfacer por sus propios medios las necesidades básicas y el profesional de enfermería debe estar muy atento ante los cambios de estos pacientes, debido a que muchos de ellos no pueden expresarse verbalmente y cualquier gesto, movimiento o incluso alteración de los signos vitales puede ser un intento por comunicarse.

En el planteamiento del problema se parte del concepto de confort según Kolcaba, se describen las unidades de cuidados intensivos e intermedios y el estado de los pacientes que se hospitalizan, estos pacientes deben ser cuidados por profesionales con alto nivel científico y calidad humana, que permita satisfacer todas las necesidades dando comodidad en todo momento. Se aplicó el instrumento de la teoría de la comodidad de Kolcaba.

El marco teórico contiene los conceptos de comodidad, cuidado de enfermería, UCI y UCIN, paciente crítico y la teoría aplicada, de la comodidad conceptos y definiciones escritas por su autora la Dra. Katherine Kolcaba quien describe tres tipos de comodidad aplicados a cuatro contextos.

En la metodología se presenta el tipo de estudio planteado para esta investigación, además en este capítulo se encuentra la población, muestra, criterios de inclusión y exclusión., técnicas y procedimientos, el instrumento utilizado, análisis estadístico y aspectos éticos.

En los resultados se describe las características sociodemográficas de la población estudiada y cada una de las variables contenidas en el instrumento utilizado, se remite a la correspondiente tabla.

La discusión se realizó con estudios que aplicaron el cuestionario de la comodidad de Kolcaba en servicios diferentes al UCI y UCIN, se realizó búsqueda en diferentes bases de datos y no se encontraron estudios con pacientes hospitalizados en estos servicios.

En las conclusiones se dan respuesta a cada uno de los objetivos que se plantearon al iniciar el presente estudio.

Como recomendación importante la autora propone la realización de planes de cuidados teniendo en cuenta la patología, el estado real del paciente y el entorno, con el fin de

brindar la mayor comodidad al paciente y su familia. Igualmente se recomienda continuar realizando estudios que puedan medir o mostrar la comodidad de los pacientes en las UCI y UCIN, en lo posible cualitativos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El término comodidad ha sido utilizado en el lenguaje cotidiano durante mucho tiempo con diferentes significados que varían de acuerdo con el área del conocimiento en el que se utilice y es valorada de acuerdo a las creencias y a las situaciones de cada persona (1). Al definir el concepto de comodidad, Kolcaba (1), realizó una revisión de términos tanto en el lenguaje ordinario como en la ciencia de la enfermería, encontró diferentes significados en los diccionarios: comodidad como causa de alivio al malestar, comodidad como un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable. Kolcaba al definir comodidad le encontró tres sentidos a ésta, los cuales están desarrollados en cuatro contextos. Los sentidos los estableció como alivio, tranquilidad y trascendencia y estableció los contextos en el que se produce la comodidad, como físico, psicoespiritual, ambiental y social (2).

El Cuidado intensivo, es una rama de la medicina comprometida en la prestación de apoyo a la vida, sistemas y órganos, en pacientes que están gravemente enfermos y que generalmente requieren vigilancia intensiva. En estas unidades, el servicio está orientado al cuidado de los pacientes que requieren soporte por inestabilidad hemodinámica (hipotensión/hipertensión), por compromiso de las vías aéreas o de la respiración (soporte ventilatorio con ventiladores), por falla renal aguda, arritmias cardíacas potencialmente letales, inminente peligro de falla respiratoria o cardiovascular, por acción tóxica de fármacos, venenos biológicos y agravamiento de enfermedades virales con carácter epidémico o por los efectos acumulativos de una falla multiorgánica (3). Para asignar el personal de enfermería a las diferentes unidades, Hendrickson (4) consideró que se debe tener en cuenta las tareas en una unidad de hospitalización para calcular el tiempo medio que las enfermeras de un hospital dedican a cada grupo de tareas le asignó un mayor porcentaje a las actividades del cuidado directo con el paciente. Para tal fin dividió las actividades de enfermería, asignándole un porcentaje de tiempo de dedicación a cada tarea, de tal forma que para las UCI y las UCIN se deben asignar una enfermera por cada tres pacientes y una auxiliar de enfermería por cada seis pacientes.(4)

Los pacientes internados en la UCI por definición “son enfermos graves” y durante los últimos 20 años la UCI ha pasado a formar parte esencial de casi todos los hospitales generales, su valor está comprobado en la complejidad del tratamiento del enfermo grave y su temprana recuperación de injurias severas (5). Los pacientes que están estables, pero que por su condición clínica o diagnóstico necesitan monitoria de sus signos vitales o continuas intervenciones de enfermería, sin llegar a invadirlos, se hospitalizan en UCIN, estos pacientes también se encuentran aislados de sus familiares y conectados a equipos biomédicos según la necesidad (Monitores de signos vitales, bombas de infusión, etc.).

Las personas cuando presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizadas, originando tanto en ellos como en su familia una gran incomodidad que interrumpe su función familiar. La persona asume un papel pasivo; en muchas ocasiones, la familia queda aislada y desinformada acerca de su enfermo y no se toma en cuenta su participación en el cuidado del mismo (6). Esta situación es común en los pacientes que se hospitalizan tanto en la UCI como en la UCIN.

Las UCI y UCIN que participaron en el estudio son unidades abiertas o multidisciplinarias (reciben diferentes especialidades) y forman parte de instituciones privadas, brindan cuidado a pacientes adultos pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado al igual que a particulares y de medicina prepagadas. Para el año 2014 las UCI y UCIN de la ciudad de Cartagena participantes en el estudio tuvieron un porcentaje de ocupación fue de 86.75% con una estancia de 5.32 días y un promedio de egreso de 28.55pacientes por mes. Las enfermeras de las unidades en estudio lideran el cuidado brindado al paciente.

El paciente hospitalizado en la UCI o en la UCIN por su condición médica depende el 100% del personal de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas (higiene, alimentación, eliminación, comodidad, sueño, descanso, soporte espiritual, lúdica), si está consciente y orientado puede manifestar sus necesidades, deseos e incomodidades, lo que facilitaría el cuidado y mejoraría la comodidad. El paciente inconsciente, con algún grado de sedación, o con alteraciones neurológicas o mentales que se le dificulte la comunicación, al no poder manifestar sus necesidades verbalmente, enfermería debe estar atento para satisfacerlas al igual que para interpretar cada variación en las constantes vitales, pues estas pueden en determinados momentos ser manifestaciones de incomodidad. En ambos casos es importante brindar cuidados de enfermería que ayuden a que los pacientes sientan comodidad durante su hospitalización.

Estar en una UCI o UCIN es una situación difícil, satisfacer las necesidades básicas en la cama de un cubículo en presencia de personas diferentes a su familia, puede limitar al paciente para manifestar sus reales necesidades por lo que la comodidad puede alterarse. El paciente en las UCIN al estar estable y no tener medidas invasivas puede en algunos casos manifestar sus necesidades por lo que su manejo se facilita al personal de enfermería, pero al paciente se le dificulta su comodidad por alterar su privacidad.

La atención brindada a los pacientes ha evolucionado con el tiempo y estas transformaciones han llevado a que los servicios de cuidado crítico en la actualidad sean considerados como un eslabón fundamental dentro de los sistemas de salud, al brindar atención al paciente en estado crítico proporcionándole además comodidad (6), pero al brindar el cuidado de enfermería este se encuentra orientado a mejorar las condiciones de salud del paciente, sin que se tenga en cuenta su comodidad. Enfermería debe tener presente

que la hospitalización de un paciente críticamente enfermo en una UCI, ocasiona un disconfort en todo el grupo familiar y la comodidad es un factor importante y relevante para el bienestar del paciente y su familia (6).

Es por esto que Kolcaba (6) consideró que las intervenciones de enfermería debían estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en el paciente y su familia. Esta concepción da paso a hospitales humanos y cálidos donde la familia y el paciente se sientan como en su hogar y la situación de enfermedad no sea tan notoria. La comodidad de los pacientes hospitalizados en una UCI es importante para su recuperación física, emocional y espiritual, los cuidados de enfermería brindados con calidad, seguridad y humanizados favorecen el bienestar de los pacientes críticos, mejoran la respuesta a los tratamientos y su calidad de vida.

Cuidar es la esencia de enfermería y el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre ésta y otras disciplinas del área de la salud (7). El cuidado del paciente ha sido tradicionalmente visto por el personal de enfermería y el común de las personas, como propio de la profesión de enfermería. Sin embargo, el incremento en la tecnología y especializaciones en diferentes áreas específicas ha contribuido a la despersonalización del cuidado de la salud en la sociedad actual. Para mitigar esta pérdida de identidad, es fundamental realizar investigaciones que involucren los componentes del cuidado, entre estos la comodidad como indicador de su calidad (8).

En la revisión bibliográfica realizada, no se encontró estudios que aplicaran el instrumento de Kolcaba para medir la comodidad a pacientes hospitalizados en las UCI e UCIN. Algunos de los estudios revisados identifican factores que pueden incomodar a los pacientes hospitalizados en estas unidades (10, 11, 38). Por su parte Gutiérrez (9) en una revisión sistemática de estudios cualitativos realizada a pacientes hospitalizados en la UCI, mostró que el paciente presenta miedo a la muerte cuando la siente muy cercana, desconocimiento de las consecuencias de la enfermedad y de todo lo que ocurre a su alrededor y a un futuro que cambie completamente su vida, convirtiéndole en un inválido o en una carga familiar. Otra preocupación fundamental para los pacientes es el bienestar de su familia, de su pareja y de la forma como éstos están viviendo su hospitalización. El ingreso a la UCI se vivencia como una ruptura, en donde el paciente siente que es “arrancado” de su casa, de su familia y de su vida y una vez en esta unidad, tiende a sentir una sensación de desamparo físico, mental y de aislamiento.

Según Achury (10) las limitaciones que presenta el paciente crítico en la comunicación se convierten en un elemento emocional y situacional que influye en la experiencia del dolor porque un paciente que es incapaz de verbalizar su dolor o de hacerse comprender, les

genera estados de ansiedad, agitación, depresión, tristeza y temor. De igual manera manifestó Achury (11) que la presencia de factores precipitantes y predisponentes en las UCI conlleva la privación del sueño en el paciente crítico y origina complicaciones fisiológicas, sociales y emocionales que aumentan la mortalidad y la estancia en estas unidades.

La investigadora ha observado que desde la organización administrativa y asistencial de las Instituciones Prestadoras de Salud, los servicios de Cuidados Intensivos en general, disponen de una infraestructura, tecnología y de apoyo científico diferente a lo dispuesto en otros servicios y para la enfermera que tiene a su cargo la dirección del cuidado en varias de las UCIs de la ciudad; su preocupación principal y permanente está orientada a conservar equipos biomédicos, insumos y dispositivos, que permitan garantizar el cuidado oportuno a los pacientes hospitalizados en este servicio, lo que les permitirá la monitorización de las constantes vitales en los pacientes a su cargo, brindar un cuidado oportuno y tratar que el paciente comprenda que las múltiples intervenciones que se le realizan, algunas pueden ser incómodas y hasta dolorosas pero están orientadas a mejorar y conservar su salud. Por lo anteriormente descrito, el brindar comodidad en los pacientes que se hospitalizan en UCI es una condición desconocida en este medio para el personal de enfermería y es a partir de este supuesto que nace la necesidad de conocer cómo se siente un paciente que ingresa a UCI y UCIN y poder así intervenir estas situaciones, realizando planes de cuidados que sean más intervencionista, individualizados y reales con las vivencias de los pacientes, ya que por el estado clínico de los pacientes que ingresan a las UCI y UCIN hace que sean monitorizados las 24 horas del día por el personal de enfermería y médicos que laboran en estos servicios

Por esta circunstancia, todas las necesidades básicas (fisiológicas) deben ser satisfechas y realizadas en su unidad (cubículo) y la privacidad es muy poca por no decir nula. Otra condición que se presenta en estos pacientes es que el contacto con sus familiares o cuidadores es muy limitado y en algunas unidades es por pocos minutos en el día. La situación de salud del paciente hospitalizado en la UCI y la UCIN, ha sido objeto de estudio por los diferentes investigadores a nivel nacional e internacional, así como aspectos relacionados al ruido, el dolor, la conciliación del sueño del paciente hospitalizado y la comunicación del paciente en situaciones de asistencia ventilatoria invasiva, pero no se ha encontrado información acerca de la evaluación de la comodidad de los pacientes en este servicio.

Para la investigadora, el paciente hospitalizado en las UCI y la UCIN necesita además de satisfacerle las necesidades básicas, tener medidas de comodidad durante toda su hospitalización, esta debe ser dada por el personal de enfermería en cada uno de los turnos.

Es importante también que la comodidad se brinde de manera homogénea, con respeto, calidad, seguridad y humanización y no como actividades rutinarias que se debe cumplir.

Para las enfermeras, determinar el nivel de comodidad que presentan los pacientes permitirá profundizar en las estrategias necesarias, para incorporar cuidados terapéuticos de comodidad, que alivien las incertidumbres producidas por la incomodidad que generan las enfermedades. El fenómeno de la comodidad y la relación que se establece con las personas que necesitan asistencia en UCI y UCIN es algo positivo, que se logra como consecuencia de los cuidados que los enfermeros ofrecen y proporcionan para mejorar la situación de salud de las personas hospitalizadas (12). Es por lo anterior y de acuerdo a las condiciones del cuidado de enfermería brindado al paciente y a las condiciones de comodidad planteadas por Kolcaba para los pacientes, que se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y las dimensiones de la comodidad de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo e intermedio de cuatro instituciones de la ciudad de Cartagena?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y las dimensiones de la comodidad (físico, social, psicoespiritual y ambiental) presentes en los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio de cuatro instituciones hospitalarias de la ciudad de Cartagena.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes del estudio.
- Determinar el nivel de comodidad físico de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos e intermedios.
- Determinar el nivel de comodidad social de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos e intermedios.
- Determinar el nivel de comodidad psico-espiritual de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos e intermedios.
- Determinar el nivel de comodidad ambiental de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos e intermedios.
- Estimar la asociación estadística entre los factores sociodemográficos y las dimensiones de la comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos e intermedios.

4. JUSTIFICACION

La comodidad es una necesidad humana básica que las personas luchan por satisfacer, es un objetivo holístico deseable que concierne de manera general a todos los profesionales de la salud, especialmente a la disciplina de enfermería quien está obligada a prestar cuidado y atención a los detalles que influyen en la comodidad (2). Kolcaba (2), conceptualiza la comodidad abordando las necesidades para tres tipos de confort (Alivio, Tranquilidad y Trascendencia) y la desarrolla en cuatro contextos diferentes (Físico, Psicoespiritual, Social y Ambiental), razón por la cual se entiende que la responsabilidad de brindar comodidad no es solo de la disciplina de enfermería, sino que es un trabajo en conjunto con los hospitales principalmente con los servicios de UCI y UCIN, que deben poseer unas cualidades rectas, éticas y sinceras, para que muestren integridad, con el fin de poder generar inicialmente una mejor atención para los receptores de cuidado, de prácticas para los estudiantes y de políticas para la institución.

Esta investigación permitió determinar el nivel de comodidad que presentaron los pacientes hospitalizados en la UCI y la UCIN, profundizar en las estrategias utilizadas para incorporar cuidados terapéuticos de comodidad para aliviar la incertidumbre producida por la incomodidad que generan las enfermedades. El fenómeno de la comodidad y la relación que se establece con las personas que necesitan asistencia en unidades clínicas es algo positivo, como consecuencia de los cuidados que las enfermeras ofrecen y proporcionan comodidad terapéutica y en consecuencia mejoran la situación de salud de las personas hospitalizadas. (13)

La investigación, debido al respaldo teórico que la teoría del confort proporciona, valida el cuidado brindado para proporcionar comodidad a los pacientes después de recibir intervenciones de comodidad por parte del profesional de enfermería tanto en las UCI como en las UCIN. Además enriquece el contexto teórico de esta temática para la disciplina de enfermería en nuestro idioma.

Los pacientes, debido a que son ellos los que experimentaron el estado de comodidad de las intervenciones de cuidado brindados; y a medida que su necesidad de comodidad se satisfacía, aumentaron sus posibilidades de recuperación.

Las instituciones prestadoras de servicio, debido a que cualquier cambio en las condiciones e influencias externas al paciente que mejoren su entorno, colaboraron para su óptima rehabilitación.

5. MARCO TEORICO

La idea de agrupar a los enfermos críticos en un área común es muy antigua. En efecto, un hecho unánimemente aceptado es que la medicina intensiva se inició durante la guerra de Crimea (1854-1856), gracias a la iniciativa de la enfermera Florence Nightingale. Ciertamente, con la finalidad de atender mejor a los enfermos críticos Nightingale agrupó hace 150 años a estos enfermos en determinadas salas, que se caracterizaban por concentrar más recursos que el resto de las salas del hospital. Un grupo de enfermeras especialmente preparado para atender heridos de guerra se hizo cargo de los enfermos que se enviaban a esas salas más equipadas. Así, pues, una doble justificación hace que aquel hecho pueda considerarse como el principio de la medicina intensiva: la concentración de enfermos críticos en un mismo recinto y su atención por profesionales especializados (14).

En la actualidad se considera que el objetivo principal del Cuidado intensivo es restablecer las funciones alteradas de uno o más sistemas u órganos vitales y llevarlos a valores aceptables para la vida del individuo, con el fin de ganar tiempo para el tratamiento simultáneo de la enfermedad de base que provocó el cuadro clínico crítico y devolver a la sociedad una persona útil. (15).

El cuidado de enfermería en una UCI está vinculado a un sinnúmero de situaciones y contextos que ponen a prueba permanentemente la capacidad del profesional y que significa retos para el cuidador sea para su vida profesional o personal. Así el ejercicio profesional requiere de unos cimientos que fortalezcan, orienten y dirijan el quehacer hacia un cuidado de enfermería de calidad en el que intervengan tanto los principios éticos como los valores morales (16).

El paciente es el centro de toda actividad y requiere de una valoración y unas intervenciones constantes multidisciplinarias para recuperar su estabilidad, prevenir complicaciones y conseguir la respuesta óptima al tratamiento y cuidados. La enfermera a la vez que realiza todas las actividades necesarias para el mantenimiento o recuperación de la estabilidad fisiológica, introduce intervenciones de apoyo para la adaptación de pacientes a esta nueva situación y para restaurar la salud, preservando siempre los derechos del paciente, que incluyen también el derecho al rechazo del tratamiento teniendo en cuenta las circunstancias que lo rodean. Por otro lado el paciente actual es una persona con mayor cultura, más conocimiento sobre sus enfermedades y modos de tratarla, en definitiva, es una persona mucho más informada. Todo ello exige tanto a la enfermera como al equipo de salud contar con el paciente en el momento de establecer los objetivos del tratamiento y los cuidados (17).

Unidad de cuidados intensivos (UCI):

La UCI es el sitio destinado a la hospitalización de pacientes en estado crítico, que exige monitoreo continuo, médico y de enfermería permanente y utilización de equipos altamente especializados; se relaciona básicamente con los servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento, quirúrgicos, obstétricos (16).

Las UCI son necesarias siempre y cuando se entiendan como una intervención en salud que se enlaza con otras medidas, en procura de solucionar los graves problemas que en salud presenta la población en situación crítica de salud (16). Actualmente en Colombia hay aproximadamente 180 unidades de cuidados intensivos, de las cuales 104 son de adultos con una capacidad de 2000 camas. La costa atlántica tiene 53 unidades y Cartagena cuenta con 20 unidades de cuidados intensivos adultos, con una capacidad de 152 camas (16).

Las instituciones de salud y en particular las UCI en esa búsqueda permanente de brindar cuidados que cumplan criterios de calidad, se han preocupado por cumplir con todos los requisitos de habilitación, donde se hace y se busca continuamente una mejora a la calidad de la atención en salud (15). Las instituciones de salud en aras de brindar un cuidado de calidad al paciente, se acogen al Sistema Único de Acreditación que es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, proceso que se encuentra por encima de las condiciones mínimas que establecen el Sistema Único de Habilitación (por ejemplo educación personalizada al paciente y su familia y proceso de planificar las necesidades y el cuidado del paciente después de su egreso de una unidad hospitalaria) (18), con todo esto buscan que el cuidado de los pacientes sea humanizado, con calidad y seguridad en todos los niveles de atención. Es así como en Cartagena hay instituciones en proceso de acreditación y en el país hay instituciones acreditadas.

El personal de enfermería hace parte del equipo de salud que labora en las UCI, con una óptica humanística, que permite que el cuidado trascienda desde lo orgánico hasta lo espiritual, donde no solo requiere conocimientos científicos y tecnológicos sino que también involucra lo emocional y lo afectivo, permitiéndole al profesional de enfermería crear una relación que va desde el paciente hasta la familia, visualizando a este como el núcleo de cuidado, entendiendo así las diferentes dificultades y de esta manera favorecer la adaptación a la nueva situación que vive (16).

Conceptualmente las UCI se caracterizan por ser áreas del hospital con los suficientes recursos materiales y equipos de profesionales especializados (médicos y enfermeras, fundamentalmente) para poder proporcionar atención óptima al paciente con compromiso grave, real o potencial, de sus funciones vitales, y garantizar las normas de seguridad y organización y los principios éticos para su bienestar. Martínez Caro apunta que estas unidades podrían considerarse como unidades de enfermería especializadas, ya que la

enfermera siempre ha sido un punto clave en quien se apoya el objetivo de garantizar la continuidad de los cuidados (17).

Unidad de cuidados intermedios UCIN:

Las UCIN son aquellas concebida para la atención de pacientes que previsiblemente tienen un bajo riesgo de necesitar medidas terapéuticas de soporte vital pero que requieren más monitorización y cuidados de enfermería que los que pueden recibir en áreas de hospitalización convencional (19).

Paciente crítico:

Marino (20) define al paciente crítico como aquel paciente, que presenta alteración en la función de uno o varios de sus órganos o sistemas; situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible, para Shoemaker (21) los pacientes en estado crítico, son pacientes en una situación fisiológica inestable en quienes pequeños cambios de la función orgánica pueden conducir a un grave deterioro de la función corporal con lesiones orgánicas irreversibles o con un desenlace fatal”

El paciente crítico es definido por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible (11), y se caracteriza por presentar problemas de salud, reales o potenciales, que ponen su vida en peligro y requieren observación y tratamientos continuos. Hay que destacar que el tipo de pacientes que ingresan a UCI actualmente están cambiando, de manera paralela a como lo hace la sociedad, en aspectos como envejecimientos, nuevas enfermedades, nuevos métodos de diagnósticos y tratamientos y multiplicidad entre otros. (17).

El paciente para la UCIN se define como aquel que por su patología precisa de cuidados de enfermería derivados de alto nivel de dependencia, pero que, por el contrario, la necesidad de intervención médica es ocasional, o aquel paciente que precisa vigilancia de enfermería o monitorización entendida como aquel conjunto de tareas y técnicas que tienen como finalidad la observación del mismo, son pacientes estables fisiológicamente y con baja probabilidad de precisar tratamiento activo aunque por la naturaleza de su enfermedad son susceptibles de presentar complicaciones que deben resolverse rápidamente (19).

Comodidad:

La comodidad es una necesidad humana básica que las personas luchan por satisfacer, es un objetivo holístico deseable que concierne de manera general a todos los profesionales de la

salud, especialmente a la disciplina de enfermería quien está obligada a prestar cuidado y atención a los detalles que influyen en la comodidad (2).

El término comodidad o confort, ha sido utilizado en el lenguaje cotidiano durante mucho tiempo con diferentes significados que varían de acuerdo con el área del conocimiento en que sea utilizado y según con lo que cada persona crea que es para ella la comodidad en diferentes situaciones. Kolcaba, para poder llegar a un concepto de comodidad, realizó una revisión del término tanto en el lenguaje ordinario como en la Ciencia de la Enfermería. Encontró diferentes significados en los diccionarios: comodidad como causa de alivio al malestar, comodidad como un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable (1).

Según Kolcaba (22), la comodidad como constructo es tomado por varios autores, es así como, Morse en 1983 realizó una investigación etnocientífica y retoma de Kolcaba y Kolcaba el concepto de comodidad, el cual se relacionaba con tocar, hablar y escuchar, resaltando su importancia para individuos estresados. Roy, en la teoría de la adaptación, define para el ser humano cuatro categorías de necesidades: psicológicas, autoconcepto, función del rol e interdependencia, las cuales son identificadas por la enfermera quien debe proveer medidas de comodidad para aliviar los malestares producidos en cada una de ellas, mientras que para Watson la comodidad es parte importante en su teoría, la Ciencia del Cuidado refiriéndose a ella como apoyo, protección o corrección en los ambientes internos y externos de una persona (1).

La teoría de la Comodidad plantea que para los pacientes esta condición “estar cómodo”, es necesaria en situaciones de cuidado. El Cuidado Cómodo es eficiente, holístico, individualista y gratificante para los pacientes y enfermeras (1). Kolcaba (23) analiza el concepto de comodidad desde la propuesta teórica de diferentes autores, como la de Hamilton quien la evalúa desde la perspectiva de los pacientes y encuentra que para ellos el “alivio del dolor” era sinónimo de comodidad, resalta además que para algunos pacientes el estar ubicados en su unidad lo identifican como un sentimiento de ser independiente y estar cómodo. En su informe Hamilton expresa que la comodidad es multidimensional lo que significa percepciones diferentes para cada persona. En sus estudios Orlando (23) se centra en las necesidades de los pacientes y en la capacidad de la enfermera para evaluarlas y satisfacerlas, situación que se logra según Orlando (23), mediante una relación efectiva y una observación cuidadosa, utilizando los pináculos de la enfermería que ella ha desarrollado en su teoría. Afirma además que el paciente debe ser evaluado desde su comodidad física y mental, antes y después de proporcionar medidas de comodidad y cuando la enfermera logra proporcionarlas lo hace a través de las intervenciones ambientales. Orlando desarrolla su teoría desde la evaluación de la comodidad física y mental.

El resultado de brindar un cuidado holístico involucra a la persona entera, este cuidado es dinámico, ya que al engrandecer un aspecto de la comodidad se pueden engrandecer otros, logrando una comodidad total. El Cuidado cómodo surge de una situación de estímulos y tensiones negativas, que originan necesidades de comodidad en intervenciones para satisfacer dichas necesidades, moviendo la tensión en un dirección positiva. El paciente percibe si la cambia por la aplicación de las intervenciones. La enfermera evalúa si la comodidad fue alcanzada por medio de la valoración de la percepción del paciente, tanto objetiva como subjetivamente. (1)

La enfermera determina si las medidas de comodidad implementadas aumentaron la comodidad o si se tiene que desarrollar unos nuevos cuidados. Estas medidas de comodidad pueden ser muy sencillas como por ejemplo, mantener al paciente limpio, seco, en una buena posición, ofrecer alimentos, brindar un ambiente fresco, abrir ventanas o cerrarlas, manejar la luz, eliminar ruidos, facilitar la privacidad del paciente, permitir que el paciente tome sus propias decisiones, facilitar el acceso de la familia y enseñarles como proveer cariño físico y cuidado emocional; todo lo cual facilita que el paciente y su familia encuentren una comodidad total y sean engrandecidos o fortalecidos durante una situación de cuidado de la salud. (1)

Las enfermeras que practican el arte del cuidado cómodo son plenamente conscientes de lo que quieren lograr y cómo deben proceder para ello. Al igual que los artistas, las enfermeras son creativas y originales en la creación del producto deseado, “una mayor comodidad”. La relación positiva con los comportamientos de búsqueda de salud, tal como lo propone la teoría de la comodidad, es lógico y consistente. La mejoría de la comodidad es el resultado inmediato de las actividades, con recompensas posteriores para los pacientes. Una vez que las enfermeras incorporan el cuidado cómodo en su práctica, los pacientes responden con entusiasmo al cuidado y las enfermeras sienten la recompensa, es de mucho interés el conocimiento de la comodidad física, psicoespiritual, ambiental y social de los pacientes. (24)

La hospitalización origina en la persona un gran estrés, además del ya existente por causa de la enfermedad, que también se extiende a los miembros de la familia. Ve limitada su capacidad para adaptarse a la nueva situación realizando los cambios en su estilo de vida que puedan necesitarse. Las personas toman un papel pasivo, dejando a un lado su proceso de toma de decisiones. El diseño arquitectónico de los hospitales también favorece el aislamiento de la persona de su contexto social usual. (1)

La incursión del paciente en un medio totalmente extraño, ocasiona que él "entregue" su cuerpo a los profesionales de la salud presentes allí, quienes se van a constituir en las

personas que tomen las decisiones, lo cual produce una despersonalización importante. Dicha despersonalización está relacionado con el aumento de la tecnología, que favorece que el ser humano pierda la importancia que se merece. (1)

El paciente crítico requiere por su estado de vulnerabilidad el acompañamiento del equipo de salud, su familia y allegados. En este sentido el cuidador juega un papel transcendental porque comprende las necesidades del sujeto de cuidado de sentirse respaldado por sus seres cercanos como factores decisivos tanto en su vida personal como en su proceso de cuidado. Teniendo clara esta cuestión el profesional de enfermería no solo se ocupa del paciente sino también de los seres que rodean el sujeto de cuidado con el fin de brindar orientaciones pertinentes para que la familia apoye y cuide al paciente en sus momentos de máxima dificultad y recuperación. (16)

Es así como el paciente hospitalizado en las UCI y la UCIN necesita además de satisfacerle las necesidades básicas, tener medidas de comodidad durante toda su hospitalización, se debe brindar comodidad, esta debe ser dada por el personal de enfermería en cada uno de los turnos. Es importante también que la comodidad se brinde de manera homogénea, con respeto, calidad, seguridad y humanizada y no como actividades rutinarias que se debe cumplir.

En los servicios de UCI labora un grupo de personas que ejercen distintas prácticas profesionales y oficios. Este colectivo humano interactúa en su trabajo cotidiano con el fin de desarrollar las actividades propias de su formación. Para obtener un desempeño esperado es importante que cada conozca, comprenda, asimile y trate de alcanzar el fin de su profesión y oficio para el cual fue formado y contratado. El fin de cada una de las practicas se constituye en el bien interno, que según el filósofo Macinyre (16) es precisamente lo que da sentido a la profesión u oficio conforma la racionalidad que le es propia y, a la vez le presta legitimidad social a la práctica como una actividad cooperativa. (16)

El cuidado cómodo es el arte de la enfermería que implica realizar un proceso de acciones reconfortantes para brindar a un paciente. Según la teoría de la comodidad, los pacientes experimentan necesidades de comodidad en situaciones de estrés de la salud. Los pacientes y sus familias o grupos de apoyo satisfacen algunas de las necesidades, pero otras necesidades no son satisfechas. Estas necesidades pueden ser identificadas por la enfermera para implementar medidas de comodidad que satisfacen las diferentes necesidades, mejorando la comodidad y prepara al paciente para comportamientos saludables y algunas veces una muerte pacífica. (2)

El cuidado de enfermería en una UCI está encaminado a deliberar sobre la dimensión de cuidado del ser humano que comprende ineludiblemente un acercamiento tanto con los conceptos como con las experiencias cotidianas del servicio de salud que por sus falencias

o beneficios ameritan de una reflexión introspección que conduzca a repensar la profesión más allá de ir a venir de cualquier oficio técnico. (16)

El profesional de enfermería como cuidador necesita aplicar el criterio en la toma de decisiones de cuidado de enfermería, en la gestión del personal y de las unidades en las cuales se brinda dicho cuidado, así como en el trabajo interdisciplinario, en las investigaciones y en el proceso enseñanza-aprendizaje. (16)

La ética en el cuidado de enfermería pretende ayudar al profesional como cuidador a fortalecer el criterio frente al análisis y desarrollo de estas situaciones así como en la reflexión y toma de decisiones en relación con los dilemas éticos del ejercicio profesional. (16)

Cada reflexión ética en cada circunstancia es única así como son únicas las personas comprometidas, el lugar, el tiempo en que ocurren los hechos y las decisiones que se tomen por ello el criterio juega un papel importante en cuanto la ética no generaliza sino que llama a individualizar los acontecimientos, las personas comprometidas y a tener en cuenta los conocimientos científicos-técnicos y humanísticos pertinentes. (16)

En este sentido para considerar la ética en el cuidado de enfermería de una UCI es necesario reflexionar no solo sobre el concepto, su transcendencia y aplicaciones inmediatas sino también sobre el cuidador, el fin o bien interno de la profesión, que consiste en proporcionar cuidados de enfermería a los seres humanos y, el sujeto de cuidados, al igual que sobre los principios éticos y los valores morales que constituyen los comportamientos éticos del cuidado de enfermería que lo definen y especifican. (16)

Goodnow (25) en su artículo, *The technique of nursing*, se refiere a que “Siempre se juzga a una enfermera por su capacidad para hacer que el paciente se sienta cómodo. La comodidad es física y mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico”. Estableció además que la comodidad mental dependía principalmente de la comodidad física y de la modificación del entorno de los pacientes.

Alanoca (26) en 2010 realizó una evaluación mediante la “Teoría del confort de Kolcaba” y concluyó que la institución otorgaba comodidad parcial al paciente y a su familia, siendo priorizadas las medidas preventivas desde el punto de vista físico. Todos los familiares muestran algún grado de insatisfacción con el contexto ambiental. El fenómeno de la comodidad y la relación que se establece con las personas que necesitan asistencia en las unidades clínicas, es algo positivo que se logra como consecuencia de los cuidados de comodidad terapéuticos que las enfermeras organizan y ofrecen y que tienen como consecuencia la mejora del estado de salud de los mismos.

La comodidad como concepto:

En la teoría de Confort la comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad (alivio, tranquilidad y trascendencia) en los cuatro contextos de la experiencia (físico, psicoespiritual, social y ambiental). (12)

Comodidad: Kolcaba (26) la define como el estado de encontrar necesidades humanas básicas para la tranquilidad, alivio y trascendencia.

Medidas de comodidad: Intervenciones de enfermería que son causa contribuyente o suficiente para proporcionar un estado de comodidad física, mental, ambiental o espiritual al paciente. (2)

Los tipos de comodidad (12) pueden definirse como:

-Alivio: El estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica.

-Tranquilidad: El estado de calma o satisfacción.

-Trascendencia: El estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o de su dolor.

Kolcaba (2) describió los contextos en los que se experimentaba la comodidad a partir de la bibliografía sobre el holismo y los definió como:

-Físico. Perteneciente a las sensaciones corporales.

-Psicoespiritual. Perteneciente a la conciencia interna del yo, como la autoestima, el auto concepto, la sexualidad y el significado de la vida; la relación con un orden o estado superior.

-Social. Relacionado con las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

-Ambiental. Relacionado con el medio externo, como luz, ruido, temperatura.

Cuando se interrelacionan los sentidos con los contextos surge una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada en un contexto y un sentido específico. Dicha estructura taxonómica permitió a Kolcaba el desarrollo del Cuestionario General de Comodidad (GCQ) (2).

Kolcaba (12) considera las necesidades de cuidados de la salud, como las condiciones para conseguir la comodidad, a partir de las situaciones estresantes de la salud que los sistemas

tradicionales del apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiológicos, necesidades de educación y de apoyo, necesidades de asesoramiento e intervención financiera.

Cuidados de la comodidad en la práctica de enfermería:

Kolcaba (24) afirma que las enfermeras que quieran incorporar elementos interesantes en su práctica, el modelo del cuidado cómodo ofrece una conducta clara. Las enfermeras pueden hacer valoraciones mentales a medida que indagan acerca de la comodidad de cada paciente e implementar rápidamente intervenciones para satisfacer las necesidades de comodidad en cuatro contextos de experiencia. Las enfermeras pueden entonces evaluar la percepción de comodidad de sus pacientes antes y después de las intervenciones.

El cuidado cómodo ofrece una guía sencilla para la adquisición e integración de un tipo de arte de enfermería. Los usuarios obtienen el dominio de las ideas importantes como la enfermería holística y artística. También obtienen un reconocimiento por su estilo único de identificar y satisfacer las necesidades de los pacientes. Los pacientes responden con entusiasmo a la comodidad y al cuidado, y las enfermeras se sienten a su vez recompensadas. Una vez que las enfermeras incorporan el cuidado cómodo en su práctica, el conocimiento de las necesidades de la comodidad físicas, psico-espirituales, ambientales y sociales de sus pacientes son incorporadas. Los profesionales pueden continuar desarrollando esta forma de arte de enfermería en su profesión. (24)

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudio:

El presente estudio fue analítico transversal de asociación.

6.2 Población:

La población estuvo constituida por los pacientes hospitalizados en el segundo semestre de 2014 (meses de julio a octubre) en cuatro de las UCI y UCIN de la ciudad de Cartagena, las cuales son unidades multidisciplinarias, de carácter privado, con una relación contractual para la prestación de servicios de salud con las diferentes EPS subsidiadas y contributivas, igualmente prepagadas y particulares.

Teniendo en cuenta que no todos los pacientes hospitalizados en las UCI Y UCIN por su estado de salud (ventilación mecánica, sedación, inestabilidad hemodinámica, etc.) pueden ser encuestado, se estimó con la colaboración de los coordinadores de los servicios y el histórico estadístico de las patologías el porcentaje de pacientes que podrían ser encuestados. (Tabla 1)

Tabla 1. Porcentajes de pacientes de las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios que pueden participar en el estudio

INSTITUCIONES	Nº PACIENTES INGRESADOS EN EL PRIMER TRIMESTRE 2014	PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SE PUEDE ENCUESTAR (aproximadamente)
Institución 1	136	50%
Institución 2	97	70 %
Institución 3	135	60%
Institución 4	112	70%
TOTAL	480	

Fuente: Datos estadísticos de cada una de las Instituciones

Del total de pacientes ingresados en el primer trimestre del 2014 en cada institución, se estimó el porcentaje de ellos que podría participar en el estudio, obteniéndose una población de 295 pacientes. (Tabla 2)

6.3 Muestra:

La muestra se estimó a partir de los siguientes parámetros:

Población: 295

$$n = \frac{Z^2 (PQ)}{e^2} \quad \text{ajustada al tamaño de población}$$

95

n

P= 0,5
 Q= 0,5
 Nivel de confianza: 95% (1.96)
 e = 5%= 160

Muestra: 160 pacientes

La muestra correspondió a un total 160 paciente hospitalizados en la UCI y UCIN de las instituciones participantes en el estudio (**Tabla 2**).

Tabla 2. Número de pacientes hospitalizados en las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios participantes seleccionados para el estudio.

INSTITUCIONES	Nº PACIENTES INGRESADOS EN EL TRIMESTRE	Nº PACIENTES QUE PUEDEN PARTICIPAR	MUESTRA
Institución 1	136	68	40
Institución 2	97	68	39
Institución 3	135	81	36
Institución 4	112	78	45
TOTAL	480	295	160

Fuente: Datos estadísticos de cada una de las Instituciones

6.4 Criterios de inclusión

Pacientes que se hospitalizaron en la UCI y/o UCIN, de ambos géneros, mayores de 20 años, que deseen participar en el estudio.

6.5 Criterio de exclusión

Pacientes en estado crítico, con alteraciones mentales o neurológicas que limiten la comunicación.

Se realizó una prueba piloto para evaluar los posibles inconvenientes que se podrían presentar con el instrumento.

6.6 Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de la información: una encuesta sociodemográfica y el cuestionario general sobre la comodidad. La encuesta sociodemográfica fue diseñada por la investigadora y constó de 11 ítems con los cuales se recolectó la información sobre características socio demográfica tales como; edad, genero, nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil, antecedentes personales y diagnóstico (**Anexo 1**).

El cuestionario general sobre comodidad es una herramienta diseñada por Kolcaba, para ser usado por enfermería, en la valoración de la comodidad en los pacientes hospitalizados (**Anexo 2**). Es una encuesta que consta de 28 ítems los cuales se miden con una escala tipo likert de 1 a 4. Esta escala evalúa la comodidad en 4 dimensiones: física, evaluada por 6 preguntas, social evaluada por 4 preguntas, psico-espiritual, evaluada por 12 preguntas y ambiental evaluada por 6 preguntas, circunscritas estas dimensiones a los tipos de alivio, tranquilidad y trascendencia **Tabla 3**. Los ítems que corresponden a cada dimensión se presentan en la **tabla N° 4**

En el estudio de Flórez (1) la confiabilidad del cuestionario general de comodidad fue de un alfa de Cronbach de 0,9, siendo utilizado en grupos de pacientes de oncología, médico-quirúrgicos, psiquiátricos y comunitarios y para el presente estudio la confiabilidad estimada mediante el alfa de Cronbach fue de 0,74. Dato estadístico aceptado dado que el número ideal debe oscilar entre 0,7 y 0,9.

Para la utilización del cuestionario se contó con la aprobación de Kolcaba (**Anexo 3**) y permiso de los directores científico de cada institución para ingresar a las UCI y UCIN y obtener la información de los pacientes hospitalizados en estas unidades.

Tabla 3. Estructura taxonómica del confort de Kolcaba

Tipos Dimensión	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Física			
Social			
Psicoespiritual			
Ambiental			

Fuente: Estructura taxonómica del confort de Kolcaba Tomado de Confort Theory and Practice (35)

Tabla 4. Distribución de ítems por dimensiones del confort.

Tipos Dimensión	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia	Ítems
Física				2,9,12,13,17,18
Social				1,3, 10,22
Psicoespiritual				4, 5, 6, 8, 15, 16, 21, 23, 24,26, 27,28.
Ambiental				7,11,14,19,20,25

Adaptación por los autores del instrumento Cuestionario general de comodidad de la estructura taxonómica de la teoría del confort propuesta por Kolcaba

La fuente de la información fue el cuestionario de Kolcaba, y la técnica para la recolección de la información fue la entrevista.

6.7 Técnicas y procedimiento

Para la realización del presente estudio se contó con el aval de las instituciones, se explicó y entrenó una enfermera para cada institución que acompañara al paciente y aclarara dudas durante la aplicación de los instrumentos. A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó los objetivos y condiciones del trabajo de investigación, se les aclaró además que podría retirarse de la investigación cuando ellos así lo consideraran, una vez que comprendieron el propósito y alcance del estudio firmaron el consentimiento informado. Una vez se diligenció el consentimiento informado, se explicó a cada paciente como debían diligenciar los instrumentos, posteriormente respondieron los dos instrumentos del presente estudio. Una vez terminada la recolección, los datos obtenidos fueron incorporados en una matriz creada en Microsoft Excel.

6.8 Análisis estadístico

Para el análisis de las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en las UCI, se utilizó un cuestionario elaborado por la investigadora y para presentar los datos se utilizan frecuencias absolutas y relativas. En cuanto al cuestionario general de comodidad, este tiene un puntaje mínimo total de 28 puntos y un puntaje máximo de 112. Para el análisis estadístico se establecieron puntos de corte para cada una de la dimensiones en los tipo de alivio, tranquilidad y trascendencia. Para la dimensión física el punto de corte del tipo alivio fue de 0 a 7, tranquilidad de 8 a 14 y trascendencia fue de más de 14, para la dimensión social el punto de corte del tipo alivio fue de 0 a 5, tranquilidad 6 a 10 y trascendencia más de 10, para la dimensión psicoespiritual el punto de corte del tipo alivio fue 0 a 13, tranquilidad 14 a 26 y trascendencia más de 26 y para la dimensión ambiental el punto de corte para el tipo alivio fue de Alivio 0 a 7, tranquilidad 8 a 14, trascendencia más de 14. Para el análisis se empleará el software estadístico Stata 17.0, con el cual se generaran

estadísticas descriptivas sobre las características de los pacientes hospitalizados en las UCI, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. Los datos sobre los niveles de comodidad encontrados se expresó como medidas de frecuencia y prevalencia, utilizando medidas de tendencia central, media, mediana y moda, varianza, desviación típica, con intervalos de confianza al 95%.

6.9 Aspectos Éticos

El estudio se respaldó en la normatividad explicitada en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (27) y del código de ética en Enfermería (28). Por el tipo de estudio y las técnicas a utilizar, la investigación se clasificó de riesgo mínimo para los participantes. Se les explicó los objetivos del estudio, se solicitó el consentimiento informado por escrito (**Anexo 4**), además se informó de la participación voluntaria y la posibilidad de retiro de la investigación, revocatoria de consentimiento (**Anexo 5**).

6.10 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPOS DE VARIABLES	NIVEL DE MEDICIÓN
Perfil sociodemográfico	Conjunto de elementos que contribuyen a producir un resultado determinado en cuanto a la población teniendo en cuenta su volumen, crecimiento y características en un momento.	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
		Edad	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón
		Nivel socioeconómico	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6	Cualitativa	Ordinal
		Escolaridad	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico Universidad incompleta Universidad completa	Cualitativa	Ordinal
		Estado civil	Soltero (a) Casado (a) Unión libre Separado (a) Viudo (a)	Cualitativa	Nominal
		Ocupación	Empleado Trabajo independiente Estudiante Desempleado	Cualitativa	Nominal
		Antecedentes personales	Hipertensión Diabetes Infartos Otros	Cualitativa	Nominal
		Antecedentes familiares	Hipertensión Diabetes Problemas cardiacos Otros	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION
Comodidad	El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades.	Física	Alivio: de 0 a 7 Tranquilidad: de 8 a 14 Trascendencia: más de 14.	Cualitativa	Ordinal
		Social	Alivio: de 0 a 5 Tranquilidad: 6 a 10 Trascendencia: más de 10.	Cualitativa	Ordinal
		Psicoespiritual	Alivio: de 0 a 13 Tranquilidad: de 14 a 26 Trascendencia: más de 26.	Cualitativa	Ordinal
		Ambiental	Alivio : de 0 a 7 Tranquilidad: de 8 a 14 Trascendencia: más de 14.	Cualitativa	Ordinal

7. RESULTADOS

En las UCI y la UCIN de las cuatro instituciones utilizadas en el presente estudio, las enfermeras lideran el proceso de cuidado de enfermería a los pacientes hospitalizados. El promedio de edad de los pacientes participantes en el presente estudio fue de 51,7 años, de las cuales el 57,5% (92) pertenecían al género femenino (**Tabla 1**), en cuanto al estado civil el 46.3% (74) estaba casado seguido de la unión libre en un 30.6% (49) y los solteros en un 11.9% (19). En cuanto al nivel de escolaridad de los participantes el 22.5% (36) tenía secundaria incompleta, seguido por el 21.9% (35) con secundaria completa, con primaria incompleta el 19.4% (31) y solo el 10% (16) tiene estudios técnicos y universitarios respectivamente (**Tabla 1**).

Con relación al estrato socioeconómico predominó el estrato 1 en un 41.3 % (66) seguido por el estrato 2 con 26.9% (43) y el 26,3% (42) de los encuestados pertenecieron al estrato socioeconómico 3. El 36.3% (58) de los pacientes participantes del estudio se encontraban afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al régimen subsidiado y el 35 % (56) de ellos al régimen contributivo. La religión predominante fue la católica, 79.4% (127) y le continuó la evangélica, 8.8% (14) (**Tabla 1**).

Al indagar acerca de los antecedentes patológicos personales, se encontró que el 44.4% (71) era hipertenso y el 14,4% (23) presentaba diabetes, en cuanto a los antecedentes de tipo familiar el 51,3% (82) presentaba antecedentes de Hipertensión Arterial Familiar, antecedentes de Diabetes Familiar el 16.3% (26) y problemas Cardiacos el 10.6% (17) (**Tabla 2**).

Al preguntarles a los pacientes acerca del tipo de confort que experimentaron de acuerdo a los 3 tipos estipulados por Kolcaba (alivio, tranquilidad y trascendencia), a los cuales pertenece las dimensiones social, física, psicoespiritual y ambiental, se encontró que el tipo de confort que predominó en la dimensiones social, fue la trascendencia con 93,8 (150); en la dimensión física predominó la trascendencia con 53.8 % (86) y la tranquilidad en un 46.3% (74). Referente a la dimensión psicoespiritual prevaleció la trascendencia con 99.4% (159). En cuanto a la dimensión ambiental el tipo de confort predominante fue la tranquilidad con 53.8% (86) y la trascendencia en un 43.8% (70) (**Tabla 3**).

Al revisar los resultados obtenidos en cada uno de los ítems que corresponden según la definición de Kolcaba a la dimensión social (relaciones interpersonales, apoyo familiar y social) y es evaluada por 4 preguntas de las 28 que tiene el instrumento, se encontró que en los pacientes del presente estudio, el 78,1 (125) de ellos considera que tienen personas a las que puedo acudir si necesitan ayuda, el 62,5% (100) opinó que es importante las demostraciones de afecto de los amigos, al decir que siempre los amigos demuestran que se acuerdan de él al enviarles tarjetas, visitarlo o llamarlo por teléfono, al 53,8% (86) la

situación en que se encuentran les preocupa y el 46,9 % (75) manifiesta que se sienten tristes cuando están solos. **(Tabla 4)**

En cuanto a la dimensión física, que hace referencia a las sensaciones que perciben en su cuerpo es evaluada por 6 ítems de las 28 preguntas que conforman el instrumento, el 53.8 % (86) opinó que el tipo de comodidad obtenido en esta dimensión fue la trascendencia, apoyadas en las respuestas a los siguientes ítems: estoy satisfecho siempre 48.8% (78), estoy muy cansado siempre 31.9% (51), el dolor que siento es difícil de soportar casi nunca 35% (56), no me siento bien de salud casi nunca 46.9% (75), no quiero hacer ejercicio casi nunca 36.3% (58), estoy duro del estómago nunca 33.8 % (54). **(Tabla 5)**

Al preguntarles a los pacientes que participaron en el presente estudio acerca de los ítems que miden la dimensión psicoespiritual, que hace referencia al conocimiento interno del yo, incluido la autoestima, el autoconcepto, el sexo y el significado de la vida; la relación de una persona con un orden o estado superior, el cual es medido por 12 de las 28 preguntas del instrumento, que considera la autora una de las dimensiones más importantes para el ser humano ya que implica la relación del yo y su condición humana. Las respuestas más relevantes en esta dimensión fueron, siento confianza conmigo mismo siempre 73.8 % (118), creo que mi situación actual es muy valiosa siempre 63.8 % (102), me da aliento saber que me quieren siempre 85% (136), me aterra lo que me va pasar casi siempre 30% (48), he tenido muchos cambio casi siempre 42.5% (68), necesito más y mejor información acerca de mi salud casi siempre 29,4% (47), me siento incapaz de controlarme casi nunca 40.6 % (65), me siento en paz conmigo mismo siempre 73.1 % (117), estoy deprimido nunca 36.9 % (59), le encontré significado a la vida siempre 82.5 % (132). En esta dimensión prevaleció la trascendencia con 99.4% (159). **(Tabla 6)**

Del mismo modo, en la dimensión ambiental, que incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas, 6 de las 28 preguntas evalúan la comodidad y predominó la tranquilidad en el 53.8% (86) de los pacientes. Las respuestas que apoyan este resultado son: el 59.4 % (132) de los pacientes hospitalizados en la UCI o en la UCIN opinó que el ruido no me deja descansar, al igual que al responder: no me gusta este lugar 33.8 (54), mis artículos personales no están aquí 30% (48) y esta silla me lastima 31.3 % (50); al ítem esta habitación me asusta el 34.4 (55) opinó que nunca al igual que esta habitación huele muy mal 61.3 % (98). **(Tabla 7)**

Al establecer las asociaciones entre los factores sociodemográficos y las dimensiones de la comodidad (físico, social, psicoespiritual y ambiental) propuestas por la teórica, mediante el análisis de la prueba de regresión logística que buscó establecer la asociación entre estas variables, se encontró asociación en las dimensiones física, social y ambiental. En la dimensión psicoespiritual no se presentó asociación. En los pacientes hospitalizados en las

UCI y UCIN de las cuatro instituciones hospitalarias en estudio, se presentó asociación entre la dimensión social y pertenecer a un estrato socioeconómico mayor que 2 (OR=0,092 0,011 – 0,762) y contar con estudios completos de secundaria o superiores (OR=13,998 1,604 – 122,158) resulta asociarse con la comodidad. Para el caso de la primera variable la asociación es negativa, es decir, a un mayor estrato socioeconómico hay menor probabilidad de que el paciente se considere con mayor comodidad. Para el caso de la escolaridad la asociación es positiva puesto que a mayor educación se relaciona con mayor probabilidad de sentirse cómodo (**Tabla 8**).

En la dimensión física el estrato socioeconómico (OR=0,312 0,123 - 0,789) y el tener estudios completos de secundaria o superiores se asocia con comodidad. La asociación presente en esta dimensión es de forma negativa en el estrato socioeconómico, de modo que tener un estrato socioeconómico mayor que 2 y mayores niveles de estudios disminuyen la probabilidad de tener mayor comodidad al estar hospitalizado en una UCI o en la UCIN (**Tabla 9**).

La asociación presente entre la dimensión ambiental y pertenecer a un estrato socioeconómico mayor que 2 (OR=0,345 0,134 -0,886) es negativa así como el contar con estudios completos de secundaria o superiores (OR=1,542 0,668 – 3,563). Estos resultados se confirman en los datos hallados en el presente estudio, en donde los pacientes para la dimensión ambiental tienen menor probabilidad de tener mayor comodidad. (**Tabla 10**).

Para la dimensión psicoespiritual no se presentó ningún tipo de asociación.

8. DISCUSION

En el presente estudio al hacer la prueba de regresión logística a los datos obtenidos, la asociación encontrada entre las cuatro dimensiones propuestas por Kolcaba en su teoría del Confort y los factores sociodemográficos, se encontró asociación entre ser de un estrato socioeconómico mayor que 2 y contar con estudios completos de secundaria o superiores en las dimensiones física, social y ambiental. No se presentó asociación entre la dimensión psicoespiritual y los factores sociodemográficos.

No se encontraron estudios que asociaran los factores sociodemográficos y las dimensiones de la comodidad (físico, social, psicoespiritual y ambiental) e hicieran posible hacer la discusión con los resultados de la presente investigación. De acuerdo a los datos de OR obtenidos, se evidenció asociación entre el estrato socioeconómico y educación condiciones que pueden permitirle al paciente una mejor comunicación con el personal de salud, al mismo tiempo que expresan sus necesidades e inquietudes y aceptan los cuidados de forma más natural, valorando cada una de las actividades que se realicen. En la dimensión física, el ser de estrato socioeconómico mayor que 2, disminuye la probabilidad de sentir comodidad durante la hospitalización en la UCI o en la UCIN y para la dimensión ambiental los pacientes que pertenecen a un estrato mayor que 2, es menos probable que sientan una mayor comodidad en esta dimensión, aspecto que puede atribuirse a que estos pacientes viven en mejores condiciones y con más independencia económica, por lo que las limitaciones de la patología y la hospitalización pueden desagradar al paciente.

Con relación a las características sociodemográficas, el promedio de edad de los pacientes hospitalizados, participantes en el presente estudio fue de 51,7 años. Resultados similares encontró Da Silva (29) en un estudio de tipo descriptivo exploratorio realizado en pacientes con diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio ingresados a unidad de terapia intensiva en donde el intervalo promedio de edad estuvo entre 44 y 54 de edad; a su vez Fernandes (30) obtuvo en su estudio, que el promedio de edad de los participantes en la investigación Estrés del paciente en UCI, fue de 50 años; similar información encontró Marosti (31) en su estudio, donde el promedio de edad fue de 58,2 años. Por ser las UCI y las UCIN áreas que proporcionan atención óptima al paciente con compromiso grave, real o potencial, son los pacientes con edades superiores a la quinta década quienes ven afectadas con mayor frecuencia sus funciones vitales, y requieren atención en salud en unidades que garanticen suficientes recursos materiales y equipos de profesionales especializados (médicos y enfermeras, fundamentalmente) para poder brindar seguridad en el tipo de cuidado que recibe y garantizar su bienestar.

Con relación al estado civil, en el presente estudio el 76.9% de los pacientes tienen pareja, al respecto Da Silva (29) reporta en su estudio que el 60% de los pacientes de su estudio

estaban casados, similar información presenta Marosti (31) en su estudio donde el 55.8% de los pacientes estaban casados; contrario a esta información Fernandes (30) reporta en su estudio que solo el 25% de sus pacientes tenían pareja. Las personas que se encuentran hospitalizadas en una UCI, su condición los hace vulnerables y el contar con una pareja, con familiares o con un grupo de amigos les permite tener un mejor apoyo social que otros pacientes que no cuentan con este recurso.

En cuanto a la escolaridad en el presente estudio el 21.9% tiene estudios de secundaria completa, al respecto, Jiménez (32) informa en su estudio que el 29.5% tiene estudios de secundaria completa y reporta que no existe diferencia significativa entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y la escolaridad de los familiares y pacientes que se encuentran en la UCI.

Los participantes del presente estudio pertenecían en un 53.2% pertenecían a los estratos 2 y 3, información similar presentó Bohórquez (33) y Zambrano (34) quienes reportan en sus estudios que los participantes pertenecían al estrato 2 y 3. Los pacientes que pertenecen a estos estratos están sujetos a diferentes presiones sociales y económicas que los coloca en riesgo de padecer situaciones críticas de salud que pueden requerir hospitalización en unidades de cuidado crítico, pero por sus muchas presiones de tipo socioeconómico, Bohórquez (33) resalta en su estudio el interés que tienen los pacientes por salir de esa situación para seguir con sus actividades diarias en especial con su trabajo y de reincorporarse a su vida.

La hipertensión arterial (HTA) ocupa el primer lugar como antecedente patológico (44.4%) y como antecedente familiar en el 51.3% de los participantes y el 16.3% de diabetes. Padrón (35) reportó en su estudio a la HTA como el principal antecedente personal en el 60,45 % de los participantes, Grillé (36) en su estudio describe como factor de riesgo para el desarrollo de Hemorragia Subaracnoidea a la HTA y en su estudio reporta como antecedente personal en el 55% de los pacientes.

A pesar de la búsqueda bibliográfica exhaustiva realizada en diferentes bases de datos y de consultar con la autora del instrumento acerca de estudios sobre comodidad en pacientes hospitalizados en las UCI e UCIN, no se encontró estudios que aplicaran el instrumento de Kolcaba para medir la comodidad en este tipo de pacientes. En el presente estudio los pacientes hospitalizados en la UCI y la UCIN evaluaron el tipo de comodidad en el nivel de trascendencia en la dimensión social, en el sentido en que ellos están por encima de los problemas o el dolor propio (37), diferente calificación reportan Montalvo (38) y Meneses (39) en sus estudios, en donde el tipo de comodidad reportado por los pacientes fue de tranquilidad referido como un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable (1). El tipo apoyo recibido por los

pacientes de su pareja, familia y grupo de amigos ante esta condición de adversidad (estar hospitalizado en una UCI o en una UCIN), hace que se sientan fortalecidos y les disminuye las tensiones que estar hospitalizado les produce.

Con relación a la dimensión física y psicoespiritual los datos del presente estudio reportan que el tipo de comodidad alcanzado por los pacientes fue el de trascendencia, correspondiente este nivel de comodidad como al estado en que el paciente está por encima de los problemas o el dolor propio, información similar reportan los estudios de Montalvo (38) y Gómez (40) con relación al nivel de comodidad alcanzado por los pacientes en las dimensiones física y psicoespiritual; Meneses reporta en la dimensión psicoespiritual el nivel de trascendencia y alivio en la dimensión física referida este nivel como a la satisfacción de las necesidades específicas y este nivel de comodidad le permite al paciente transmitir y comunicar sus diferentes necesidades, cuando requiera cuidado.

En el presente estudio se obtuvo un nivel de tranquilidad en la dimensión ambiental, similares resultados se obtuvo en el estudio de Meneses (39) y Montalvo (38) referida este al estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable (1). Dentro de la dimensión ambiental, el ítem correspondiente el 59.4 % (132) opinó que el ruido no me deja descansar, Achury, D. (41) expresa que los factores ambientales son el conjunto de todo lo que rodea a la persona en la UCI. Incluye, por lo tanto, los equipos biomédicos y las condiciones del servicio (iluminación o ruido), el ruido se genera por diferentes causas como las conversaciones del personal de salud (enfermería), la apertura de la puertas, las visitas de los familiares y el sonido generado por el teléfono, la radio, el televisor y los equipos de monitoreo utilizados. Estas situaciones descritas por la investigadora, coincide con los resultados del estudio, en la dimensión ambiental donde el tipo de comodidad fue tranquilidad referido como un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable (1), los pacientes participantes no se sienten cómodos en esta dimensión y el ítems que más les genera incomodidad es el ruido.

Los datos obtenidos en las cuatro dimensiones contradicen la percepción de la investigadora acerca de la experiencia de estar hospitalizado en una UCI, por ser bastante estresante para el paciente y se considera que los resultados obtenidos pudieron deberse al número reducido de participantes, aspecto que se constituyó en una limitación del estudio. Es de anotar que una condición que debe tenerse en cuenta es que el paciente puede adaptarse fácilmente a la condición nueva que se le presenta.

9. CONCLUSIONES

Los pacientes participantes en el estudio fueron mujeres con edad de 51.7, católicos, con estado civil casados, con estudios de secundaria, pertenecientes al estrato socioeconómico 2 y afiliados al Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social de Salud.

El tipo de comodidad que predominó fue la trascendencia en las dimensiones social física, y psicoespiritual, referido este nivel a que los pacientes pueden estar por encima de los problemas, condición que puede favorecer al paciente hospitalizado en un servicio tan estresante como UCI y UCIN.

En la dimensión ambiental el tipo de confort que predominó fue la tranquilidad lo que daría al paciente satisfacción y comodidad ante las vivencias durante su hospitalización. Dentro de la dimensión ambiental el ruido fue la mayor incomodidad reportada por los pacientes.

Para los pacientes hospitalizados en una UCI o en la UCIN en la dimensión social de la comodidad el pertenecer a un mayor estrato socioeconómico hay menor probabilidad de que se considere con mayor comodidad durante su hospitalización y con mayor educación se relaciona con mayor probabilidad de sentirse cómodo.

Para la dimensión física de la comodidad los pacientes con un estrato socioeconómico mayor que 2, reduce la probabilidad de tener mayor comodidad al estar hospitalizado.

En la dimensión ambiental de la comodidad los pacientes con un estrato socioeconómico mayor que 2 tienen menor probabilidad de tener mayor comodidad.

10. RECOMENDACIONES

Motivar al personal de enfermería como líderes en el cuidado del paciente, a realizar programas de educación sobre manejo del ruido. Desarrollar protocolos de manejo de los equipos biomédicos (manejo de alarmas). Fomentar cultura del silencio, para mejorar la comodidad de los pacientes.

Realizar planes de cuidados al paciente teniendo en cuenta educación sobre la patología y los antecedentes, valorar las características del entorno y su relación con el mismo.

Realizar estudios de investigación con pacientes hospitalización en UCI y UCIN que muestren aspectos tan importantes como la comodidad que ello percibe durante la hospitalización, siendo un servicio tan especializado, no se puede apartar de la humanización en la atención, la comodidad debe ser trascendencia en todas las dimensiones.

11. AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fortaleza para realizar la maestría.

A mi familia por su comprensión y apoyo incondicional.

A la Universidad de Cartagena por la oportunidad de realizar la maestra.

A mi asesora de tesis Arleth Herrera L. por su apoyo, dedicación, acompañamiento y paciencia durante todo este proceso.

A la docente Amparo Montalvo P. por su acompañamiento permanente y sus grandes y valiosos aportes.

A las diferentes instituciones y los pacientes por permitirme realizar esta investigación que me hará crecer como persona y profesional.

BIBLIOGRAFIA

- (1). Flórez M. Comodidad del paciente hospitalizado en un servicio de cirugía cuando se proveen medidas de comodidad que involucran a la familia. *Actualización en Enfermería*. 2001; 4(2). (Fecha de acceso 14 de agosto de 2011). Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/trabajos_originales.html.
- (2). Dowd T. La teoría del confort. En: Marriner A, Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 7º ed. Elsevier-Mosby; 2011. P. 706-721.
- (3). Ocampo B. Apuntes para la historia del cuidado intensivo. En: Sociedad Cundinamarquesa de anestesia. SCARE. *Semiología del paciente crítico, la clínica y la monitoria invasiva son excluyente o se complementan?* 2009. (Fecha de acceso 13 de octubre de 2012). Disponible en: www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=3872.
- (4) Fernández, A. Estimación de necesidad de personal de enfermería de una unidad.; cálculos prácticos. Madrid, Escuela Nacional de Sanidad. 2013. (Fecha de acceso: enero 19 2016). Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500713/n10.6_necesidad_de_personal_de_enfermer__a.pdf.
- (5). Álvarez Y. Unidad de cuidados intensivos: Un campo inexplorado por el Psicólogo en Chile. [Internet] [Fecha de acceso el 30 de agosto de 2006]. Disponible en: http://csociales.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/Unidad_cuidadfo_intensivospdf.
- (6). Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Revista Enf Neurol (Mex)*. 2010; 9 No (2):94-104. (On line). (Fecha de acceso 18 de octubre de 2012). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>.
- (7). Cruz, M. Pérez, M. Jenaro, C. Flores N, Segovia MG. Necesidad Social de Formación de recurso no Profesionales para el Cuidado. Una disyuntiva para la enfermera profesional. *Index de Enfermería* 2010; 19(4): 269-273. (Fecha de acceso 15 de agosto de 2013). Disponible en: [http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/\[in=enflink.in\]/?mfn=062111&campo=v300&occ=2](http://alfama.sim.ucm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/[in=enflink.in]/?mfn=062111&campo=v300&occ=2).
- (8). Mc Daniel A. The Caring Process in Nursing Two Instruments for Measuring Caring Behaviors. *Measurement of Nursing Outcomes*. En: *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. 2a Edition, 2009, 345 pages. (Fecha de acceso 20 de octubre de 2012) Disponible en: books.google.com.co/books?id=bYHblis-fmIC&dq=McDaniel+Anna.+The+Caring+Process+in+Nursing+Two+Instruments+for+M

easuring+Caring+Behaviors.+Measurement+of+Nursing+Outcomes.&hl=es&source=gs_navlinks_s.

(9). Gutiérrez, B. Blanco A., Luque, M. Ramírez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos .Rev. Enfermería Global, 2008; 7 (1): 1-4. (Fecha de acceso 15 noviembre de 2012). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/822/842>.

(10). Achury, DM. Dolor: la verdadera realidad. Rev. Aquichan. 2008; 8 (2):146-158. (Fecha de acceso 13 de noviembre de 2012). Disponible en: www.redalyc.org/pdf/741/74180203.pdf

(11). Achury DM, Achury LF. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidados intensivos. Rev. Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo. 2010; 12 (1): 25-42. (Fecha de acceso 13 de noviembre de 2012). Disponible en: www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/122.pdf

(12). Ferrer E. La medición de la comodidad en las enfermeras y pacientes oncológicos. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 1 (2): 501-515, 2009. (Fecha de acceso 20 de octubre de 2012). Disponible en: www.researchgate.net/.../273772721

(13) Ramos F, Rico RM, Martínez PC. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Enferm. glob.. 2012; 11 (25): 219-232. (Fecha de acceso 24 de octubre de 2012). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000100013>.

(14). Ruiz J. Martín MC. Ciento cincuenta años en la atención del al enfermo crítico. Junio 2006. (Fecha de acceso 14 de noviembre de 2012) Disponible en: www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/.../1v0n1614a13090570pdf001.

(15). Figueredo OL. González S. Morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Electrónica de Portales Medicos.com 2010. (Fecha de acceso 24 de octubre de 2012). (Fecha de acceso 28 octubre de 2013). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>.

(16). Pulgarín, A. Osorio, S. Varela L. Cuidados del paciente en estado crítico. Fundamentos de enfermería. 1 Edición. Ed. CIB. 2012.

(17). Gómez, O. Salas, L. Manual de enfermería en cuidados intensivos. 2 Edición. Monsa. 2011.

(18) Ministerio de la protección social. Fecha de acceso enero 18 2016. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=117&IdCat=29>

(19). Martínez, G. Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. Rev. Enfermería Intensiva. 2002 13. Julio 2002. España. (Fecha de acceso 20 de noviembre de 2013). Disponible en: www.elsevier.es › Inicio › Enfermería Intensiva.

(20). Marino, P: ICU Book, The, 3rd Ed, Lippincott W & W. 2007.

(21). Shoemaker, Ayers, Grenwik y Holbook. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Edición Médica Panamericana 1996. 7.

(22). Kolcaba, K. Kolcaba. Taxonomic structure for the concept comfort. (Fecha de acceso diciembre del 2015). Disponible en: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Taxonomic%20Structure%20of%20Comfort%20Theory.pdf>.

(23) Kolcaba, K. Kolcaba, R. An analysis of the concept confort. (Fecha de acceso enero 15 2016). Disponible en: <http://www.thecomfortline.com/files/pdfs/1991%20-%20Analysis%20Concept%20of%20Comfort.pdf>.

(24). Kolcaba, K. The Art of Comfort Care. (Fecha de acceso enero 20 del 2016) Disponible en: <http://thecomfortline.com/files/pdfs/1995%20-%20The%20art%20of%20comfort%20care.pdf>.

(25). Goodnow, M. The technique of nursing. Philadelphia: W.B. Saunders.1935. 95. (Fecha de acceso 5 de septiembre de 2012). Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=5eLOAQAQBAJ&pg=PA719&lpg=PA719&dq=Goodnow,+M.+The+technique+of+nursing.+Philadelphia:+W.B.+Saunders.1935.+95.&source=bl&ots=ivTHuGPitr&sig=dn9O56sm1IrYTxiG1L8Nyu-Gc2w&hl=es&sa=X&ved=0CBwQ6AEwAGoVChMI_Yz-2eySyQIVxtQmCh1nwwX5#v=onepage&q=Goodnow%2C%20M.%20The%20technique%20of%20nursing.%20Philadelphia%3A%20W.B.%20Saunders.1935.%2095.&f=false

(26). Alanoca C; Cid D; C. zekalla G; Galarce V; Zuñiga P. Teoría del confort de Katherine Kolcaba y evaluación de prevención UPP en la UPC del Hospital Regional “Dr. Juan Noé C. 2010. (Fecha de acceso 20 de septiembre de 2012). Disponible en: http://www.soccas.cl/site/images/stories/jornorte2011/norte_6.pdf.

(27). Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993. (Fecha de acceso 20 de octubre de 2012). Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf.

- (28). República de Colombia, Ley 911 de 2004. (Fecha de acceso 14 de octubre de 2012). Disponible en; www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
- (29). Da Silva S, De Oliveira MV. Respuestas humanas identificadas en pacientes con infarto agudo de miocardio ingresado en una Unidad de Terapia Intensiva. *Enfermería en Cardiología* 2005; 36(3): 22-27. (Fecha de acceso 12 de noviembre de 2015) En <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3602.pdf>
- (30). Fernandes L. Machado C, Fernandes, V. Salazar MB. Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. *Enfermería Global*, 2013; 12(32). (Fecha de acceso 12 de noviembre de 2015). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/docencia1.pdf>
- (31). Marosti C, Spadoti RA. Relación entre estresores y características sociodemográficas y clínicas de pacientes internados en una unidad coronaria. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 2006; 14(5). (Fecha de acceso 13 de noviembre de 2015) Disponible en: <http://teledoc.urv.es/cgi-bin/wxis?IsisScript=%2Fcuicatge%2Fconsultes.xis&base=%2Fbases%2Fcuicatge%2Fcuicat&from=042269&styp=index&expression=Relacion%20entre%20estresores%20y%20caracteristicas%20sociodemograficas%20y%20clinicas%20de%20pacientes%20internados%20en%20una%20unidad%20coronaria>.
- (32). Jiménez V, Zapata L, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Revista Aquichan*. 2013; 13(2). (Fecha de acceso 13 de noviembre de 2015). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407/html>
- (33). Bohórquez A, Ramírez A, Rodríguez E, Polentino C, Medina MC, Zureth M. Suspiro de vida: vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio. *Revista Ciencia y Cuidado*; 2011, 8(1). (Fecha de acceso 13 de noviembre de 2015). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853519>.
- (34). Zambrano G, Ferreira J, Lindarte A, Niño C, Ramírez N, Rojas L. Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Revista Ciencia y Cuidado*; 2010, 7(1). (Fecha de acceso 13 de noviembre de 2015). En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717275>.
- (35). Padrón Sánchez, A., Ayala Pérez, J. L., Puga Torres, M. S., Alonso Díaz, T., Salazar González, T., & Quiñones Zamora, N. A. (2003). Validación del sistema predictivo Apache

II en un grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32(2), 0-0. (Fecha de acceso 14 de noviembre de 2015). Disponible en: www.sld.cu/revistas/mil/vol32_2_03/mil22003.pdf.

(36). Grillé, P. M., Gallo, J. L., Panzardo, H., Vázquez, R., & Bagnulo, H. (2001). Hemorragia subaracnoidea en la unidad de cuidados intensivos: análisis de 97 casos clínicos. *Rev Med Uruguay*, 17(11), 4-8. (Fecha de acceso 14 de noviembre de 2015). Disponible en: www.rmu.org.uy/revista/2001v2/art5.pdf.

(37). Peterson SJ, and Bredow TS. Middle range theories: application to nursing research. 2009: Lippincott Williams & Wilkins. (Fecha de acceso 14 de noviembre de 2015). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QwMG44qKQNkJ:https://books.google.co.in/books/about/Middle_Range_Theories.html%3Fid%3DAMYx5LRzMsC+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co

(38). Montalvo, A., Cabrera, B., Contreras, J., Quiñonez, S., Salem, E., & Serpa, C. (2015). Comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena. *Revista Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana*, 6(1), 20-26. (Fecha de acceso 14 de noviembre de 2015). journalusco.edu.co/index.php/RFS/article/view/608/1142

(39). Meneses, A. U., Acevedo, I. C. T., & Duran, Y. J. A. (2012). Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. *Revista ciencia y cuidado*, 9(2), 17-25. Uribe. (Fecha de acceso 13 de noviembre de 2015). http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FDMhb4ViPHgJ:www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php%3Fmethod%3DshowDetail%26id_articulo%3D89334%26id_seccion%3D4224%26id_ejemplar%3D8784%26id_revista%3D260+&cd=4&hl=es&ct=clnk&gl=co.

(40). Gómez C., et al., Autopercepción de los pacientes con cáncer sobre la relación existente entre su estado nutricional, su alimentación y la enfermedad que padecen. *Nutrición Hospitalaria*, 2008. 23(5):477-486. (Fecha de acceso 14 de noviembre de 2015). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112008000700010&script=sci_abstract

(41). Achury, D. Delgado, A. Ruiz, M. El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* ISSN 0124-2059 15 (1): 51-63, enero-junio de 2013. (Fecha de acceso 12 de noviembre de 2015). <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/6025/4868>.

ANEXO 1 Encuesta de características sociodemográficas y personales

1. **Edad:** _____
2. **Género:** F: M:
3. **Estado Civil:** Soltero: Casado: Unión Libre: Viudo: Divorciado:
4. **Antecedentes Personales:** HTA: Diabetes: Infarto
Otra: ¿Cuál? _____
5. **Antecedentes Familiares:** HTA: Diabetes: Problemas cardiacos
Otra: ¿Cuál? _____
6. **Religión:** Católica: Evangélica: Ninguna: Otra:
¿Cuál?: _____
7. **Escolaridad:** Primaria Incompleta: Primaria Completa: Secundaria Incompleta: Secundaria Completa: Técnico o Tecnólogo: Universitario: Postgrado: Ninguno:
8. **Estrato Social :** 1: 2: 3: 4: 5: 6:
9. **Seguridad Social:** Contributivo: Subsidiado: Vinculado:
Otra: ¿Cuál? _____
10. **Diagnóstico:** _____

ANEXO 2 Cuestionario General sobre el Confort elaborado (Katherine Kolcaba)

Muchas gracias por ayudarme en el estudio del concepto de comodidad. A continuación encontrará unas oraciones que puede que describan su comodidad en este mismo momento. Encontrará cuatro números por cada oración; por favor encierre en un círculo el número que usted crea representa su situación. Conteste de acuerdo con lo que es su comodidad en este preciso momento

ÍTEM	CONTEXTO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
		4	3	2	1
1.	Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda.	4	3	2	1
2.	No quiero hacer ejercicio.	4	3	2	1
3.	La situación en que estoy me preocupa.	4	3	2	1
4.	Siento confianza conmigo mismo.	4	3	2	1
5.	Creo que mi situación actual es muy valiosa.	4	3	2	1
6.	Me da aliento saber que me quieren.	4	3	2	1
7.	El ruido no me deja descansar.	4	3	2	1
8.	Nadie me comprende.	4	3	2	1
9.	El dolor que siento es difícil de soportar.	4	3	2	1
10.	Me siento triste cuando estoy solo.	4	3	2	1
11.	No me gusta este lugar.	4	3	2	1
12.	Estoy duro del estómago.	4	3	2	1
13.	No me siento bien de salud.	4	3	2	1
14.	Esta habitación me asusta.	4	3	2	1
15.	Me aterra lo que va a suceder.	4	3	2	1
16.	He tenido muchos cambios.	4	3	2	1
17.	Estoy muy cansado.	4	3	2	1
18.	Estoy satisfecho.	4	3	2	1
19.	Esta silla (cama) me lastima.	4	3	2	1
20.	Mis artículos personales no están aquí.	4	3	2	1
21.	Aquí no me siento en el sitio correcto.	4	3	2	1
22.	Mis amigos demuestran que se acuerdan de mí al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono.	4	3	2	1
23.	Necesito más y mejor información sobre mi salud.	4	3	2	1
24.	Me siento incapaz de controlarme.	4	3	2	1
25.	Esta habitación huele muy mal.	4	3	2	1
26.	Me siento en paz conmigo mismo.	4	3	2	1
27.	Estoy deprimido.	4	3	2	1
28.	Le encontré significado a la vida.	4	3	2	1

ANEXO 3 Consentimiento informado (i)

Good morning:

Dra. Kolcaba:

My name is Ana Gonzalez, nurse, student mastery of the faculty of nursing at the University of Cartagena, Cartagena, Colombia.

I am writing because my grade is called "comfort patients hospitalized in intensive and intermediate care and will use his instrument, which measures patient comfort.

I want to get off the internet and have your permission to apply.

I've had some difficulty getting studies are conducted with patients from critical care units, but despite that I want to make, am a nurse specializing in critical care and that's my area of work, which I really like, equally enjoy it.

I really appreciate the attention you paid to this post, I am attentive to your reply.

Thank you and sorry for writing, I really was difficult English language.

Ana Gonzalez G

Nurse

Student of Masters

University of Cartagena

Cartagena Colombia



Kathy Kolcaba kathykolcaba@yahoo.co

8/6/14

You have my permission to use anything on my web site for your research. Good luck!

Dr. K'

Dr. Kathy Kolcaba

Associate Professor (Emeritus)

The University of Akron

Adjunct Faculty, Ursuline College

www.TheComfortLine.com

ANEXO 4 Consentimiento informado (ii)

Yo _____ afirmo que he sido informado por la investigadora de la facultad de enfermería de la universidad de Cartagena acerca de la investigación **“COMODIDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DE CUATRO INSTITUCIONES DE LA CIUDAD DE CARTAGENA 2014”**, autorizo mi participación en la investigación y en todas las actividades realizadas en esta. Según la información ofrecida este estudio no implica ningún tipo de riesgo para mí, los datos que se obtendrán en el mismo serán manejados con la debida confidencialidad, los cuales serán usados con fines académicos.

Tengo claro que puedo durante la aplicación de los instrumentos podré desistir de mi decisión de participar en este estudio y esto no tendrá consecuencia alguna para mí, en los procesos de oferta de servicios de salud.

El investigador responsable de la investigación es: Ana González Gómez CC 45463796 de Cartagena, cualquier inquietud solicitar información al teléfono: 3145935081

FIRMA Y C.C

ANEXO 5 Revocación de consentimiento

Fecha _____

Nombre y apellido del Participante _____

Reconociendo mi derecho de participar o no en el presente trabajo de investigación, deseo abstenerme a participar. A continuación listaré las razones por las cuales revoco mi consentimiento:

Gracias,

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 6 Tablas de resultado

Tabla 1. Distribución según sexo, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico, seguridad social, religión, de los pacientes hospitalizados en UCI y UCIN, Cartagena.

INDICADORES	N	%
SEXO		
Femenino	92	57,50 %
Masculino	68	42,50 %
ESTADO CIVIL		
NS/NR	3	1,9
Casado	74	46,3
Divorciado	3	1,9
Soltero	19	11,9
Unión libre	49	30,6
Viudo	12	7,5
ESCOLARIDAD		
Ninguna	8	5,0
Primaria incomplete	31	19,4
Primaria complete	16	10,0
Secundaria incomplete	36	22,5
Secundaria complete	35	21,9
Técnico o Tecnólogo	16	10,0
Universitario	16	10,0
Posgrado	2	1,3
ESTRATO SOCIOECONOMICO		
1	66	41,3
2	43	26,9
3	42	26,3
4	2	1,3
6	7	4,4
SEGURIDAD SOCIAL		
Contributivo	56	35,0
Regimen excepcional	28	17,5
sin afiliación	3	1,9
Subsidiado	58	36,3
Otra	3	1,9
NS/NR	12	7,5
RELIGION		
Católica	127	79,4
Evangélica	14	8,8
Ninguna	12	7,5
Otra	5	3,1
NS/NR	2	1,3

Fuente: Datos de las encuestas.

Tabla 2. Antecedentes patológicos personales y familiares en los pacientes hospitalizados en UCN y UCIN, Cartagena.

ENFERMEDAD	SI	%	NO	%
HTA	71	44,4	89	55,6
Diabetes	23	14,4	137	85,6
Infarto	5	3,1	155	96,9
HTA Familiar	82	51,3	78	48,8
Diabetes Familiar	26	16,3	134	83,8
Problemas Cardíacos	17	10,6	143	89,4

Fuente: Datos de las encuestas.

Tabla 2. Tipos de confort de acuerdo a cada una de las dimensiones que miden comodidad en los pacientes hospitalizados en UCI y UCIN, Cartagena.

SOCIAL	N	%
Alivio	1	0,6
Tranquilidad	9	5,6
Trascendencia	150	93,8
FISICA	N	%
Tranquilidad	74	46,3
Trascendencia	86	53,8
PSICOESPIRITUAL	N	%
Tranquilidad	1	0,6
Trascendencia	159	99,4
AMBIENTAL	N	%
Alivio	4	2,5
Tranquilidad	86	53,8
Trascendencia	70	43,8
Total	160	100,0

Fuente: Datos de las encuestas.

Tabla 3. Aspectos que miden la dimensión social de la comodidad en los pacientes hospitalizados en UCI y UCIN, Cartagena.

ÍTEM	CONTEXTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		CASI NUNCA		NUNCA	
		4	%	3	%			4	%
1	Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda.	125	78,1	29	18,1	4	2,5	2	1,3
3	La situación en que estoy me preocupa.	86	53,8	41	25,6	23	14,4	10	6,3
10	Me siento triste cuando estoy solo.	75	46,9	49	30,6	23	14,4	13	8,1
22	Mis amigos demuestran que se acuerdan de mí al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono.	100	62,5	41	25,6	13	8,1	6	3,8

Fuente: Datos de las encuestas.

Tabla 4. Aspectos que miden la dimensión física de la comodidad en los pacientes hospitalizados en UCN y UCIN, Cartagena.

ÍTEM	CONTEXTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		CASI NUNCA		NUNCA	
		4	%	3	%	2	%	1	%
9	El dolor que siento es difícil de soportar.	22	13,8	49	30,6	56	35,0	33	20,6
12	Estoy duro del estómago.	21	13,1	38	23,8	47	29,4	54	33,8
13	No me siento bien de salud.	14	8,8	59	36,9	75	46,9	12	7,5
17	Estoy muy cansado.	51	31,9	48	30,0	41	25,6	20	12,5
18	Estoy satisfecho.	78	48,8	61	38,1	20	12,5	1	0,6

Fuente: Datos de las encuestas.

Tabla 5. Aspectos que miden la dimensión psicoespiritual de la comodidad en los pacientes hospitalizados en UCI y UCIN, Cartagena.

ÍTEM	CONTEXTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		CASI NUNCA		NUNCA	
		4	%	3	%			4	%
4	Siento confianza conmigo mismo.	118	73,8	38	23,8	2	1,3	2	1,3
5	Creo que mi situación actual es muy valiosa.	102	63,8	49	30,6	7	4,4	2	1,3
6	Me da aliento saber que me quieren.	136	85,0	22	13,8	1	0,6	1	0,6
8	Nadie me comprende.	27	16,9	37	23,1	71	44,4	25	15,6
15	Me aterra lo que va a suceder.	47	29,4	48	30,0	37	23,1	28	17,5
16	He tenido muchos cambios.	63	39,4	68	42,5	24	15,0	5	3,1
21	Aquí no me siento en el sitio correcto.	43	26,9	63	39,4	34	21,3	20	12,5
23	Necesito más y mejor información sobre mi salud.	29	18,1	47	29,4	67	41,9	17	10,6
24	Me siento incapaz de controlarme.	12	7,5	52	32,5	65	40,6	31	19,4
26	Me siento en paz conmigo mismo.	117	73,1	31	19,4	6	3,8	6	3,8
27	Estoy deprimido.	7	4,4	45	28,1	49	30,6	59	36,9
28	Le encontré significado a la vida.	132	82,5%	25	15,6%	2	1,3%	1	0,6%

Fuente: Datos de encuestas

Tabla 6. Aspectos que miden la dimensión ambiental de la comodidad en los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado intensivo y/o intermedio, Cartagena.

ÍTEM	CONTEXTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		CASI NUNCA		NUNCA	
		4	%	3	%			4	%
7	El ruido no me deja descansar.	37	23,1	58	36,3	54	33,8	11	6,9
11	No me gusta este lugar.	30	18,8	54	33,8	45	28,8	31	19,4
14	Esta habitación me asusta.	24	15,0	44	27,5	37	23,8	55	34,4
19	Esta silla (cama) me lastima.	23	14,4	50	31,3	31	19,4	56	35,0
20	Mis artículos personales no están aquí.	42	26,3	48	30,0	33	20,6	37	23,1
25	Esta habitación huele muy mal.	16	10,0	27	16,9	19	11,9	98	61,3

Fuente: Datos de las encuesta

Tabla 7. Regresión logística de comodidad en la dimensión social en los pacientes hospitalizados en UCI y UCIN, Cartagena.

VARIABLES	OR	I.C. 95%	
		Limite inferior	Limite superior
Ser mujer	3,170	0,682	14,741
Ser de un estrato mayor que 2	0,092	0,011	0,762
Tener pareja	1,468	0,308	7,002
Contar con secundaria completa o más	13,998	1,604	122,158
Ser del régimen contributivo o especial	1,052	0,173	6,381
Tener HTA	2,542	0,484	13,338
Tener Diabetes	1,726	0,174	17,085
Tener Infarto	0,000	0,000	0,000
Tener familiar Hipertenso	0,825	0,187	3,632
Tener familiar Diabetico	0,453	0,060	3,422
Tener familiar con Problemas Cardíacos	1,175	0,118	11,668

Fuente: Datos de las encuesta

Tabla 8. Regresión logística de comodidad en la dimensión física en los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado intensivo y/o intermedio, Cartagena.

Variables	OR	I.C. 95%	
		Limite inferior	Limite superior
Ser mujer	1,294	0,621	2,695
Ser de un estrato mayor que 2	0,312	0,123	0,789
Tener pareja	1,123	0,495	2,548
Contar con secundaria completa o más	1,060	0,466	2,413
Ser del régimen contributivo o especial	0,602	0,278	1,302
Tener HTA	1,440	0,668	3,106
Tener Diabetes	1,008	0,332	3,062
Tener Infarto	0,219	0,020	2,384
Tener familiar Hipertenso	1,895	0,909	3,949
Tener familiar Diabetico	1,954	0,685	5,570
Tener familiar con Problemas Cardíacos	0,457	0,147	1,421

Fuente: Datos de las encuestas.

Tabla 9. Regresión logística de comodidad en la dimensión ambiental en los pacientes hospitalizados en UCI i UCIN, Cartagena.

Variables	OR	I.C. 95%	
		Limite inferior	Limite superior
Ser mujer	0,625	0,300	1,300
Ser de un estrato mayor que 2	0,345	0,134	0,886
Tener pareja	1,270	0,563	2,867
Contar con secundaria completa o más	1,542	0,668	3,563
Ser del régimen contributivo o especial	0,685	0,320	1,467
Tener HTA	1,165	0,550	2,468
Tener Diabetes	0,548	0,177	1,691
Tener Infarto	0,000	0,000	0,000
Tener familiar Hipertenso	1,698	0,815	3,535
Tener familiar Diabetico	1,997	0,722	5,522
Tener familiar con Problemas Cardíacos	0,323	0,100	1,042

Fuente: Datos de las encuestas.