

UNIVERSIDAD DE SONORA
FACULTAD INTERDISCIPLINARIA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CONFORT DE
PERSONAS ADULTAS HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

TESINA

**Que para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

PRESENTA

Lic. Paola Carolina Zepeda Barceló

DIRECTOR

Dr. Luis Arturo Pacheco Pérez

ASESORES

**Dra. Claudia Figueroa Ibarra
Dr. Juan Alberto López González**

Hermosillo Sonora, México

Julio de 2023

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Quiero dar un sincero agradecimiento a mi alma mater la UNIVERSIDAD DE SONORA, la cual me abrió las puertas para realizar la Licenciatura en Enfermería y en esta segunda ocasión me dio la oportunidad de realizar este posgrado. También quiero agradecer al Departamento de Enfermería, pieza clave en mi formación que mediante los docentes que lo conforman me han guiado en este camino de crecimiento profesional.

También quiero dar gracias a todos los docentes que me acompañaron a lo largo de este camino, en especial a la Dra. Sandra Lidia Peralta Peña por su gran ayuda y por sus atenciones prestadas y al Dr. Luis Arturo Pacheco Pérez por su gran apoyo y sobre todo motivarme a realizar esta revisión sistemática.

Dedico esta tesina a toda mi familia, pero especialmente a mi mamá y mi papá quienes siempre estuvieron presentes con su apoyo y motivación para que siguiera adelante. También quiero dar gracias a mis compañeros de la especialidad por acompañarme, animarme y hacer más llevadero este recorrido.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Antecedentes	9
1.2. Justificación y pregunta de investigación	9
CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL	11
2.1. Confort	11
2.2. Teoría de rango medio del confort	12
2.3. Intervenciones de confort	14
2.3.1. Intervenciones de confort físico	15
2.3.2. Intervenciones de confort psicoespiritual	16
2.3.3. Intervenciones de confort sociocultural.	17
2.3.3. Intervenciones de confort ambiental	18
2.4. Antecedentes	19
CAPITULO III. Objetivos	21
3.1. General.	21
3.2. Específicos.	21
CAPITULO IV. MÉTODOS	22
4.1. Criterios de elegibilidad	23
4.2. Fuente de obtención de datos	23
4.3. Estrategia de búsqueda	23
4.4. Proceso de selección de estudios	24
4.5. Proceso de extracción de datos.	25
4.6. Evaluación de riesgo de sesgo	25
4.7. Métodos de síntesis	26
CAPITULO V. RESULTADOS	27
CAPITULO VI. DISCUSIÓN	32
CAPITULO VII. CONCLUSIÓN	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	43

ÍNDICE DE TABLAS

I. Pregunta PICO	22
II. Algoritmo de búsqueda	24
III. Riesgo de sesgo	26
IV. Riesgo de sesgo de los estudios controlados aleatorizados	30
V. Riesgo de sesgo de estudios no aleatorizados	30
VI. Evaluación de la calidad.	31
VII. Extracción de datos	43
VIII Intervenciones de confort físico	63
XI. Intervenciones de confort ambiental	67
X. Intervenciones de confort sociocultural	70
XI. Intervenciones de confort psicoespiritual	71

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Estructura taxonómica del confort	13
2. Diagrama de flujo PRISMA de los artículos identificados	25

RESUMEN

Introducción: La hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (UCI) produce una experiencia estresante para el paciente, lo que repercute negativamente en el confort que perciben afectando lo físico, psicológico, emocional y espiritual. El profesional de enfermería es el responsable de brindar un cuidado holístico e integral, es por esto que debe de incluir en su quehacer diario intervenciones que favorezca, el bienestar de las personas, sin embargo, existe evidencia de que no siempre se lleva a cabo. **Objetivo:** Evaluar la evidencia científica sobre las intervenciones de enfermería para el confort en personas adultas hospitalizadas en la UCI. **Método:** Se realizó una revisión sistemática durante febrero a junio de 2023 en las bases de datos de PubMed, Web of Science, Scopus y EBSCO de datos obtenidos de los últimos 10 años, en base a las directrices PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) y las herramientas de Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo, los criterios de inclusión fueron adulto >18 años, críticamente enfermo, hospitalizado en UCI. **Resultados:** En total se identificaron 9 estudios, 5 fueron ensayos clínicos, 1 pre testpost test, 2 de cohorte y 1 cuasiexperimental. Las intervenciones identificadas fueron en su mayoría de confort físico relacionadas con la oxigenoterapia y a la promoción del sueño y descanso. **Conclusión:** Las intervenciones mostraron resultados favorables, pero los artículos identificados fueron mínimos, por lo que se sugiere realizar mayor número de investigaciones para fundamentar estas intervenciones y que sean de beneficio para la práctica.

Palabras clave: Patient comfort, intensive care units, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La unidad de cuidados intensivos (UCI) se caracteriza por tener condiciones físicas y tecnológicas muy específicas, en donde se brindan cuidados especializados a pacientes en estado crítico (1). Es una área compleja y aislada la cual produce una experiencia estresante para la persona que se encuentra hospitalizada en la unidad, debido a que de acuerdo a su condición aguda de salud queda en ocasiones totalmente dependiente al cuidado del personal de la UCI (2).

En todo momento las personas que ingresan a UCI se debe de asegurar proporcionar un bienestar que permita la pronta recuperación de la persona y sin ninguna complicación derivada de la misma. El confort es un concepto, el cual se entiende como un estado inmediato de tranquilidad física y bienestar corporal que se experimenta posterior a ciertas intervenciones; se puede manifestar como alivio, tranquilidad y trascendencia, para lograr el bienestar del usuario en el contexto físico, psicoespiritual, ambiental y sociocultural (3). Dentro del equipo multidisciplinario, el profesional de enfermería es el responsable de brindar cuidados ante situaciones complejas y cambiantes, como lo es en el paciente críticamente enfermo, pero este cuidado está cada vez más alejado de una atención humanizada de calidad (4).

Por lo antes mencionado, el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de brindar un cuidado integral e individualizado a los pacientes en estado crítico y esto se puede lograr mediante las intervenciones de confort que contribuyen a mejorar su estancia en la UCI y a su vez a fomentar su pronta recuperación. A continuación, se presenta una revisión sistemática sobre las intervenciones de confort para el paciente adulto en la UCI, la cual se compone de 6 capítulos.

En el primer capítulo se redacta el planteamiento del problema, el cual incluye los antecedentes, justificación y la pregunta de investigación. El segundo capítulo lo integra el marco referencial en el cual se constituye, por el concepto de confort, las intervenciones de confort desglosadas en el contexto físico, ambiental, sociocultural y psicoespiritual. El tercer capítulo plantea el objetivo general y específicos. El capítulo cuarto aborda la metodología empleada, para continuar con el capítulo quinto, que muestra los resultados y discusión de los artículos encontrados. Para finalizar con el capítulo sexto que es la conclusión de la revisión presentada.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

El confort es un término muy utilizado en la práctica de enfermería, el cual engloba aspectos del paciente y del entorno que lo rodea. Desde el siglo XIX, cuando Florence Nightingale realizaba sus trabajos de investigación sobre los cuidados de enfermería, resaltaba la importancia del cuidado para el alivio y bienestar del paciente (5). Posteriormente, durante la década de los ochenta, se hacen diferentes investigaciones referentes al confort y se abordan las intervenciones de enfermería que van más allá del aspecto físico (6). Durante este periodo, también surge la Teoría del Confort, en la cual se tiene una conceptualización más holística en donde las intervenciones no solo van dirigidas al aspecto físico, sino también se incluye lo psicoespiritual, social y ambiental (7).

En el año 2014 se crea el proyecto internacional Humanizando los Cuidados Intensivos (HU-CI) el cual busca acercar a la población general a la UCI y fomentar las habilidades de humanización de las personas que laboran en esta área. Dentro de este proyecto se cuenta con una línea estratégica que se enfoca en el bienestar del paciente, la cual busca por medio de un paquete de intervenciones tratar los aspectos físicos y emocionales que lo afectan durante su estancia (8).

1.2. Justificación y pregunta de investigación

El profesional de enfermería es el responsable de ofrecer un cuidado de calidad, seguro y humanizado que favorezca el confort de los pacientes en estado crítico para mejorar la respuesta a los tratamientos recibidos y a su vez que esto impacte en su calidad de vida (9). Las intervenciones de confort son acciones de enfermería con una perspectiva holística y dinámica, que tienen el fin de disminuir la incomodidad, eliminar los elementos estresores del ambiente hospitalario fomentar el apoyo espiritual y familiar. (5,10).

Debido a esto, es que los profesionales de enfermería que laboran en la UCI deben de incluir en su quehacer diario las intervenciones dirigidas al confort, para garantizar un cuidado integral de calidad, donde se promueva la esperanza, consuelo, apoyo, aliento y se fortalezca la relación enfermera-paciente, permitiendo establecer un vínculo de confianza (11). Pero, a pesar

de que se tiene conocimiento sobre el significado de confort, a veces se presentan situaciones en las cuales enfermería no sabe cómo proporcionarlo (4).

Es por esto, que surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que aumentan el confort en los pacientes adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos?

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

2.1. Confort

Según el Diccionario de la Lengua Española, la palabra confort proviene del francés *confort*, y este del inglés *comfort*, y se define como bienestar o comodidad material (12). Pero esta definición se limita solamente a lo material, dejando de lado todos los aspectos que influyen en el ser humano, tales como lo psicológico, social y espiritual, es por este motivo que a lo largo de la historia de enfermería varios autores han tratado de conceptualizar este término.

En enfermería el confort se ha conceptualizado desde diferentes enfoques: como intervención, resultado esperado o indicador de calidad de los cuidados de enfermería. Por ejemplo, para Grooper el término va dirigido hacia un resultado esperado del paciente, debido a que lo cataloga como una necesidad humana que toda persona busca y la cual no puede ser definida, ya que la integran múltiples dimensiones y perspectivas (13,14).

Por otra parte, Leininger establece que el confort es un constructo del cuidado, el cual aporta ideas para orientar la práctica y lograr el objetivo de enfermería, que es la acción y la toma de decisiones respecto al cuidado (14). Por otra parte, Morse dice que el confort es la etiqueta para el estado final de las intervenciones de enfermería para un paciente y lo define como el estado de bienestar que puede ocurrir durante cualquier etapa de la salud-enfermedad (6).

Katherine Kolcaba en la Teoría del Confort lo define como el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort y es la experiencia inmediata y holística de sentirse fortalecido cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (7,15). Por otro lado, Würzbach en 1996 concluyó que las enfermeras tienen una ética del cuidado, la cual integra la comodidad y la comunicación asertiva como indicadores de calidad de la atención de enfermería (16).

En el año 2006 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprueba el diagnóstico de enfermería [00183] *Disposición para mejorar el confort*, el cual adopta la definición de Kolcaba; patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y/o social, que puede fortalecerse. Para el año 2008 agrega a su

catálogo el diagnóstico [00214] *Disconfort* con la definición de percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social. El término de confort también se encuentra como características definitorias de otros diagnósticos de enfermería (17).

Del mismo modo, el confort aparece en la Clasificación de Resultados Esperados de Enfermería (NOC), como [2008] Estado de comodidad, al cual se agrega el contexto que lo determina, ya sea del [2009] entorno, [2010] físico, [2011] psicoespiritual y [2012] sociocultural. Estos resultados esperados contienen indicadores de acuerdo con las manifestaciones que presenta el usuario, los cuales son evaluados con una escala tipo Likert que va de lo gravemente comprometido a no comprometido (18). Lograr el confort del paciente es parte de las intervenciones rutinarias de enfermería, el cual no busca solo intervenir en el aspecto físico, sino también involucra el aspecto ambiental, sociocultural y psicoespiritual de la persona con la que se está tratando.

2.2 Teoría de rango medio del confort

La teoría de rango medio del confort de Katherine Kolcaba, publicada en 1994, define el confort como: “el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort”. La teoría establece que el confort es una experiencia holística e inmediata.

Como toda teoría de enfermería, la teoría del confort engloba los conceptos del metaparadigma de enfermería. Kolcaba define los cuatro conceptos bajo la visión del confort de la siguiente manera:

Enfermería: La define desde una perspectiva activa, ya que establece que la enfermería incluye la valoración continua de la comodidad; es decir, que se debe realizar una valoración antes y después de intervenir con la persona. Dice que la revaloración deber ser por intuición y subjetiva.

Paciente: individuo, familia, institución o comunidad que requieran cuidados de salud.

Entorno: es cualquier aspecto del ambiente que rodea al paciente que la enfermera, familia o la institución puede manipular para mejorar el confort.

Salud: Kolcaba lo define como el funcionamiento óptimo del paciente, familia, profesional de la salud o comunidad.

Se aborda desde dos dimensiones, la primera habla del estado de confort, misma que a su vez describe tres tipos de confort que el ser humano puede manifestar: alivio, tranquilidad y trascendencia. La segunda dimensión se refiere al contexto de confort, es decir, donde éste ocurre, y se describen contextos: físico, psicoespiritual, ambiental y social. La teoría del confort indica que cuando las dos dimensiones se cruzan, se obtiene una cuadrícula bidimensional que resulta en doce facetas del confort. Esto es lo que Kolcaba denominó estructura taxonómica del confort (figura 1) (7,19)

		Tipo de confort		
		Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Contexto en el que se produce el confort	Físico			
	Psicoespiritual			
	Del entorno			
	Social			

Figura 1. Estructura taxonómica del confort.

Fuente: Elaboración propia a partir de Raile Alligood Martha, MArriner Tomey Ann. Modelos y teorías en enfermería. 10a ed. Elsevier; 2022.

A su vez, como toda teoría, Kolcaba hace ciertas afirmaciones en torno al confort:

1. Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos.
2. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera.

3. El confort es una necesidad humana básica que las personas luchan por satisfacer o ya han satisfecho. Menciona que es un esfuerzo activo.
4. El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas de búsqueda de la salud.
5. Los pacientes que están autorizados a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores de los cuidados. La misma importancia tiene una orientación hacia un entorno holístico, promotor de la salud para familias y cuidadores.

Como teoría de rango medio, ha tenido buena aceptación por la disciplina de enfermería en pacientes ginecológicas, con enfermedad psiquiátrica, renal, oncológica, cardiaca, entre otras (19).

2.3. Intervenciones de confort

Las intervenciones de confort han estado presentes a lo largo de la historia de enfermería, ya sea de una manera connotada o implícitas en el cuidado rutinario de enfermería. Desde el inicio de la enfermería moderna, Florence Nightingale ya hacía hincapié en la responsabilidad de enfermería para la comodidad del paciente para su mejora, en su libro *Notas de enfermería* dice: “El alivio y bienestar que experimenta el enfermo después de que su piel ha sido cuidadosamente lavada y seca son una de las observaciones más habituales que se hacen junto a su lecho. Pero no se puede olvidar que el bienestar y el alivio que se han obtenido así no lo son todo. De hecho, no son más que una señal de que los poderes vitales han sido aliviados, al suprimir algo que los oprimía”(20). A pesar de que atribuía el bienestar al tratar el aspecto físico (higiene), esto dio partida para que otros autores estudiaran más sobre el tema.

En los años 80 Morse realiza algunas investigaciones referentes al confort, en las cuales agrega esa parte holística que en la actualidad se conoce. Para ella existen tres componentes que caracterizan al confort: tacto, habla y escucha, esta última en menor proporción, los cuales se puede presentar solo una o en conjunto, lo que depende de la relación que exista entre la persona que lo proporciona y la persona que lo recibe y la situación de salud-enfermedad en la que se encuentre en ese momento (6). Más adelante, define las estrategias de confort como métodos y técnicas para brindar consuelo a la persona angustiada, pero sin adjudicar exclusivamente esta

función a enfermería, pero sí haciendo énfasis en que es parte esencial del trabajo realizado hacia la persona que se encuentra bajo su cuidado.

Estas estrategias se dividen en dos partes, las estrategias directas y las estrategias indirectas. Las primeras son todas aquellas que se efectúan directamente a la persona y que incluyen los componentes expuestos en su trabajo, tacto, habla y escucha. En segundo lugar, se encuentran las estrategias indirectas que son las acciones que se realizan en el entorno de la persona, como controlar el ruido, proporcionar calor, fomentar un ambiente de tranquilidad, entre otras (5,21).

El profesional de enfermería utiliza la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés), la cual es una clasificación integral que organiza sistemáticamente los tratamientos que los profesionales realizan; estas intervenciones están basadas en la investigación por expertos en la rama de enfermería. Las NIC agrupa las intervenciones en dominios y clases, además se acompaña cada una un código numérico de 4 dígitos para su identificación. Dentro de las intervenciones que describe se encuentran algunas enfocadas al confort del paciente (22).

2.3.1. Intervenciones de confort físico

Las intervenciones de confort para controlar el contexto físico se llevan a cabo para tratar las sensaciones percibidas por el cuerpo del paciente (15). Las intervenciones más empleadas tienen como objetivo controlar el dolor, es común que el paciente en UCI se encuentre bajo sedación, cuando enfermería valora que siente algún tipo de incomodidad, interviene aumentando la velocidad de infusión de los opioides o también los administra en bolos; pero este tiempo de actividades puede repercutir negativamente a corto o largo plazo en la calidad de vida del paciente (10,23). Por otra parte, las intervenciones no farmacológicas se recomiendan por su eficacia, seguridad y el bajo costo, además de ser intervenciones autónomas del personal de enfermería (10).

Dentro de las intervenciones no farmacológicas se encuentran las que se realizan para proporcionar higiene al paciente. Por ejemplo, el baño de esponja que es una actividad de rutina diaria en la UCI, ayuda a prevenir infecciones y al mantenimiento de la piel, así como a proporciona confort; el realizarlo con agua caliente a una temperatura entre 40°C y 42.5°C (de

acuerdo con la preferencia del paciente y su condición) proporciona una mayor sensación de comodidad. Por otra parte, los baños en seco son de las medidas que también proporcionan confort al paciente, debido a que evita la maceración de la piel y el enfriamiento (24).

El aseo bucal, es una actividad de salud para el paciente con ventilación mecánica y en los que no cuentan con apoyo ventilatorio, esta intervención comprende el cepillado dental con dentífrico, el enjuague con solución antiséptica, el mantenimiento de la humectación de la mucosa oral y los labios y la aspiración de secreciones. Estas actividades previenen las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), pero también proporcionan confort al paciente al realizarlas con frecuencia (25).

La presencia de disnea en el paciente en UCI repercute en el confort, este es un síntoma que enfermería puede tratar con posicionamiento para mejorar la ventilación y la capacidad vital o con oxigenoterapia. Pero también, se puede requerir de ventilación mecánica (VM) no invasiva o invasiva según lo requiera el paciente, pero estas pueden mejorar la disnea, pero empeorar la percepción de confort, en el caso de la ventilación mecánica invasiva por el proceso de portar un objeto extraño y en el caso de la VM no invasiva por el uso de la mascarilla comprimiendo la cara del paciente y la humedad del aire inhalado (26,27).

La intervención NIC [1480] masaje consiste en la estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación (22). En un estudio cuasiexperimental realizado por Hsu, Guo y Chang en 2019 demostraron que, al realizar un masaje en la espalda durante 10 minutos en los pacientes hospitalizados en la UCI, se mejorará la calidad del sueño y su duración, se observan cambios favorables en la respiración y se disminuye la ansiedad.

2.3.2 Intervenciones de confort psicoespiritual

Las intervenciones de confort para el contexto psicoespiritual son aquellas que repercuten en el conocimiento interno del yo, incluidos la autoestima, el autoconcepto, el sexo, el significado de la vida y la relación de una persona con un orden o ente superior (15,18). El personal de enfermería de la UCI cuenta con ciertas habilidades y conocimientos fisiopatológicos específicos, pero además debe de tener la capacidad de ser sensible a las necesidades psicoespirituales de la persona que cuida y mostrar sentimiento de compasión,

independientemente del estado de conciencia o inconsciencia y de la religión que el paciente practique (28,29).

Entre las intervenciones psicoespirituales se incluyen las técnicas para evaluar y prevenir el delirio, el coaching y la comunicación entre el paciente y enfermero. En la NIC se encuentra la intervención [5420] Apoyo espiritual que se define como la ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural, es una intervención de bajo costo y no se necesita algún dispositivo o material para realizarla (22,28)

La espiritualidad aporta significado a los acontecimientos de la vida, ayuda a lidiar con el sufrimiento, brinda consuelo y esperanza frente a las adversidades, dando como resultado un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes, aumenta la satisfacción a la atención y reduce la depresión y el trastorno de estrés postraumático después del alta de la UCI. Para poder realizar esta intervención se requiere de un enfoque multidisciplinario en el cual se incluya a un capellán, el cual facilita el acceso a los materiales religiosos, pero también proporciona apoyo a los pacientes que necesitan ser fortalecidos ante una crisis (28,30,31).

2.3.3 Intervenciones de confort sociocultural

Las intervenciones de confort socioculturales son las que se recomiendan para fomentar las relaciones interpersonales, sociales y familiares (18). Los pacientes en UCI se encuentran en un ambiente aislado, sin privacidad y separado de la familia y los amigos, lo que produce un sentimiento incomodidad. El enfermero al entablar una comunicación efectiva crea una relación de confianza, lo que ayuda a aumentar el confort del paciente. Pero también, puede contribuir a que se mantenga comunicado con sus seres queridos que se encuentran en el exterior por medio de cartas y llamadas telefónicas (32).

Por otra parte, otra intervención NIC que se puede ejecutar es [7110] Fomentar la implicación familiar, la cual facilita la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente, lo que hace que el paciente se sienta fortalecido y disminuye la tensión por encontrarse ante esta situación (2,10,22).

En la actualidad en algunos hospitales se lleva a cabo el programa “UCI de puertas abiertas” el cual tiene como objetivo fomentar la participación familiar haciendo una UCI con horarios más flexibles para las visitas y que a su vez el familiar contribuya en las tareas de

higiene y de prevención de delirium en los pacientes hospitalizados. Esto resulta en un impacto positivo en el paciente, ya que siente mayor confort, se reducen complicaciones cardiovasculares, aumenta la satisfacción familiar y mejora la comunicación entre el equipo de salud y familiares (8,33).

2.3.4 Intervenciones de confort para controlar el ambiente

En la dimensión ambiental se involucra todos los factores que rodean a la persona hospitalizada en UCI, tales como el entorno, las condiciones del servicio y las influencias externas. Por lo tanto, se incluyen los equipos biomédicos, la iluminación, el ruido, ya sea el generado por las conversaciones del personal de salud, la apertura y cierre de las puertas, las visitas de los familiares y el sonido generado por el teléfono, la radio, el televisor y el equipo biomédico (2,11).

En la NIC se encuentra la intervención [6480] Manejo ambiental, la cual se define como la manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico, además presenta otra intervención sobre el ambiente, pero puntualizada al confort la cual se define como la manipulación del entorno del paciente para facilitar la comodidad. Aparte de las intervenciones anteriormente mencionadas, la NIC sugiere algunas otras que pueden ser aplicadas para fomentar el confort del paciente, como la [4400] Musicoterapia, [1330] Aromaterapia, [1850] Mejorar del sueño, entre otras (22).

El ruido es uno de los principales factores que repercute negativamente en el confort del paciente hospitalizado en la UCI, además se asocia al estrés emocional, estrés cardiovascular, disfunción inmunometabólica caracterizada por inmunosupresión e incremento en los niveles séricos de cortisol y catecolaminas, desincronización de la ventilación mecánica, incremento en los requerimientos de sedoanalgesia, confusión, delirium y sobre todo a las alteraciones en el patrón de sueño, que se caracteriza por fragmentación, insomnio, y despertares frecuentes (11,32,34).

El personal que trabaja en las UCI puede ofrecer un tiempo de silencio, en el cual todas las maniobras o actividades ruidosas se suspenden por un determinado periodo de tiempo (34,35). La implementación de protocolos para la reducción del ruido y el cambio de alertas sonoras por alertas visuales puede aumentar el confort del paciente al reducir el ruido (36). Por

otra parte, también se recomienda el uso de antifaces y tapones auditivos, en especial por la noche para promover el sueño y el descanso; intervención que es efectiva, de bajo costo y fácil de aplicar por el equipo de enfermería (34,37,38).

La intervención de la NIC [4400] Musicoterapia utiliza la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico (22). Con esta intervención es posible disminuir la ansiedad y el dolor, mejorando así la estancia de los pacientes ingresados en la UCI, además mejora la calidad de sueño en los pacientes críticamente enfermos. La musicoterapia es una intervención no farmacológica de bajo costo, de fácil acceso, la cual se puede realizar durante 20-30 minutos, con música clásica o con música de acuerdo con la preferencia y la cultura del paciente (39–42).

Por otra parte, la intervención de la NIC [1330] Aromaterapia es la administración de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos o lociones tópicas, baños, inhalación, duchas o compresas (calientes o frías) para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y la comodidad (21). La aromaterapia con aceite esencial de lavanda (*Lavandula*) y naranja agria (*Citrus aurantium*) ayuda a reducir la ansiedad y la agitación en los pacientes conscientes hospitalizados en la UCI, la cual puede ser inhalada o administrada por vía tópica mediante un masaje (43).

Las intervenciones de confort ambiental son de las tareas que como personal de enfermería se puede aplicar, ya que algunas de ellas son de fácil aplicación en el contexto laboral, como la reducción del ruido y controlar la iluminación. Además, en este contexto se pueden utilizar nuevas intervenciones que son novedosas y de fácil alcance para el personal y para el paciente, como lo es musicoterapia.

2.4. Antecedentes

Silva Faria, Pontifice-Sousa y Pinto Gomes en 2018, realizaron una revisión integrativa en la cual se identificaron las necesidades y las medidas de confort del paciente adulto y anciano hospitalizado en UCI. De un total de 6488 artículos encontrados, 10 de estos conformaron la muestra, en los cuales se identifica que el contexto físico y psicoespiritual son los que se ven más afectados y que las intervenciones más empleadas para promover el confort son: la gestión

de la analgesia y sedación, la realización de ejercicios pasivos y mantener al paciente informado(10).

En el año 2018, Gongora Ruiz y Diaz Heredia llevaron a cabo un estudio de enfoque mixto de predominio cualitativo, con una muestra conformada por 45 pacientes de una unidad de cuidados intensivos coronarios (UCIC) de Bogotá, Colombia. El objetivo de dicha investigación fue el describir la comodidad en la UCIC. Los resultados mostraron que los factores involucrados en la falta de confort son la percepción de no realizar actividades, el estar encerrado, el ruido, la falta de autonomía y el encontrarse con personas desconocidas y los factores que lo mejoraron fueron el contar con una persona cercana y el apoyo espiritual (32).

Las autoras Konya, Nishiya y Yano en el año 2021 publicaron una revisión sistemática con el objetivo de evaluar la efectividad de los métodos de baño en cama para la limpieza e integridad de la piel, así como para mejorar la comodidad de los adultos. El estudio estuvo conformado por 25 artículos, de los cuales solo se identificaron cuatro estudios de alta calidad, según la JBI Critical Appraisal Tools y el sistema GRADE. Los resultados mostraron que el uso de una toalla caliente en la espalda por 10 segundos durante el baño tiene como resultado un aumento subjetivo del confort y que el uso de una toalla caliente durante el baño aumentó la temperatura de la superficie de la piel de la espalda de los adultos sanos y los antebrazos de los adultos mayores lo que brindó calidez y confort ((24).

Existe literaturas recientes que habla sobre el confort, pero enfocado a otros entornos o especialidades como pediatría, neonatología, oncología y cuidados al final de la vida. Por otra parte, en lo que respecta al confort en las unidades de cuidados intensivos existen investigaciones, pero en su mayoría de estudios cualitativos.

CAPÍTULO III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Evaluar la evidencia científica sobre las intervenciones de enfermería para el confort en personas adultas hospitalizadas en la UCI

3.2. Objetivos específicos

- Identificar la evidencia científica referente a las intervenciones de enfermería para el confort en personas adultas hospitalizadas en la UCI.
- Describir el nivel de evidencia de los estudios incluidos para la revisión sistemática en relación para las intervenciones de enfermería para el confort en personas adultas hospitalizadas en la UCI.
- Identificar el tipo de intervención de enfermería para el confort en personas adultas hospitalizadas en la UCI.
- Sintetizar el conocimiento de intervenciones de enfermería para el confort en personas adultas hospitalizadas en la UCI.

CAPÍTULO IV. MÉTODOS

La presente investigación se llevó a cabo con base en la metodología de la revisión sistemática, con el fin de recopilar los estudios más recientes sobre las intervenciones que aumentan el confort en el paciente adulto hospitalizado en UCI. Este tipo de estudios se caracteriza por emplear métodos sistemáticos, explícitos y reproducibles para limitar el sesgo y reducir los errores aleatorios, en el caso de esta investigación se utilizaron las directrices PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) por sus siglas en inglés para el reporte de los resultados (44,45).

Debido a que este tipo de estudios se efectúa de una forma ordenada y estructurada, antes de comenzar la búsqueda bibliográfica se formuló la pregunta de investigación, empleando el formato PICO, el cual consta de cinco componentes: P=población o problema de salud, I=intervención, C=comparación (en caso de que aplique), O=outcome o resultado clínico y T= tiempo (Tabla 1). Lo que resultó en la pregunta ¿Cuáles son las intervenciones que aumentan el confort en el paciente en la UCI (46).

Tabla I. Pregunta PICO

P	Población, situación, problema	Paciente adulto > 18 años en estado crítico con problema cardiorrespiratorio, metabólico, neurológico o renal hospitalizado en UCI
I	Intervención	Cuidado de enfermería
C	Comparación	Cuidado de enfermería estándar
O	Resultado clínico (outcomes)	Aumento del confort
T	Tiempo	Durante la hospitalización en la UCI

Fuente: Elaboración propia a partir de Robleda G. Pregunta estructurada para generar la búsqueda de una revisión sistemática. *Enferm Intensiva*. 2019 jul;30(3):144–7.

4.1. Criterios de elegibilidad

Se seleccionaron estudios primarios de tipo experimental, cuasiexperimental, de cohortes, casos y controles y estudios de caso, en bases de datos con revistas indexadas, que se encontraran disponibles en texto completo, idioma inglés y/o español, publicados durante el periodo comprendido entre 2013 a 2023. Se incluyeron estudios en población adulta hospitalizada en la UCI con patología de tipo cardiorrespiratoria, metabólica, neurología y renal, que la intervención estudiada buscara algún impacto en el confort del paciente y se excluyeron los estudios que se encontraron duplicados en las bases de datos.

4.2. Fuente de obtención de datos

Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos de revistas indexadas, específicamente estudios primarios en las bases de datos académicas PubMed, Scopus, Web of Science y EBSCO. Se realizó la búsqueda en estas bases de datos debido a que son las más utilizadas en materia de ciencias de la salud, además en ellas se encuentra un gran número de artículos. En febrero de 2023 se realizó una primera búsqueda general y en el mes de junio de 2023 se efectuó en una segunda búsqueda específica y ampliada.

4.3. Estrategia de búsqueda

Para la búsqueda de los artículos se utilizaron los Medical Subject Headings (MeSH) en idioma inglés, patient comfort, intensive care units y nursing care. Para hacer una investigación más exhaustiva se utilizaron los operadores booleanos AND y NOT, esto de acuerdo con las necesidades de búsqueda que se encontraron en cada base de datos consultada.

La primera búsqueda se ejecutó de forma general mediante los descriptores de salud antes mencionados separados por el operador booleano AND, luego se delimitó la búsqueda a solo artículos completos y de acceso libre, publicados durante el periodo de 2013 a 2023 y que se encontraran en idioma inglés y/o español. Posteriormente, se realizó una búsqueda haciendo uso del operador booleano NOT para reducir aún más el número de artículos. Los algoritmos de búsqueda empleados en cada base de datos se describen en la Tabla II.

Tabla II. Algoritmo de búsqueda

Base de datos	Algoritmo de búsqueda	Límites de búsqueda
PubMed	Patient comfort AND intensive care units AND nursing care	Periodo: 2013-2023 Idioma: inglés español texto completo
Web of Science	(((((ALL=(PATIENT COMFORT)) AND ALL=(INTENSIVE CARE UNITS)) AND ALL=(NURSING CARE)) NOT ALL=(CHILD)) NOT ALL=(INFANT))	Periodo: 2013-2023 Idiomas: inglés y español Acceso abierto
Scopus	(("patient comfort") AND ("intensive care units") AND ("nursing care") AND NOT TITLE-ABS-KEY (child) AND NOT TITLE-ABS-KEY (infant))	Periodo: 2013-2023 Idioma: inglés y español Solo artículos
EBSCO	(("patient comfort") AND ("intensive care units") AND ("nursing care") AND NOT TITLE-ABS-KEY (child) AND NOT TITLE-ABS-KEY (infant))	Texto completo Periodo de 2013 a 2023 Idioma: inglés y español

Fuente: Elaboración propia

4.4. Proceso de selección de estudios

La selección de artículos se llevó a cabo por un revisor independiente, el primer paso consistió en la búsqueda en las bases de datos académicas de acuerdo con las directrices estipuladas. Seguido a esto se realizó una lectura crítica del título y el resumen de los artículos mostrados, se procedió a descartar todos aquellos artículos que no hablaran de intervenciones que aumentaran el confort en la UCI. Una vez seleccionados los artículos, se ejecutó una lectura

crítica del estudio completo, enfatizando en la metodología empleada y en los resultados obtenidos. Para llevar a cabo este proceso se utilizó el programa Covidence de Cochrane para revisiones sistemáticas. Los artículos que mostraron intervenciones favorables para el confort del paciente se incluyeron en el estudio.

4.5. Proceso de extracción de datos

Para el proceso de extracción de datos los artículos fueron ordenados según la base de datos de donde fue extraído, mediante una tabla de elaboración propia que incluyó el nombre del autor, año de publicación, diseño de estudio, objetivo, población, resultados y limitantes (ANEXO 1). Una vez que la información fue recabada en las tablas se procedió a categorizar los artículos de acuerdo con el contexto de la intervención de confort: físico, ambiental, sociocultural y psicoespiritual.

4.6. Evaluación de riesgo de sesgo

La calidad de los artículos seleccionados se evaluó de manera individual por medio de la lectura crítica, con el fin de identificar la validez interna y externa y así determinar su fiabilidad (47). Como parte de esta evaluación rigurosa se utilizó el sistema GRADE el cual determina el grado de confianza que tenemos en que la estimación de un efecto sea la adecuada para efectuar una recomendación, este sistema clasifica la calidad en alta, moderada, baja y muy baja. La calidad alta corresponde a estudios experimentales como los ensayos clínicos aleatorizados y la calidad baja a los estudios observacionales como los casos y controles y de cohortes (48).

Para evaluar el riesgo de sesgo de los artículos incluidos se utilizó la herramienta de la Colaboración Cochrane para estudios controlados no aleatorizados mediante el programa Covidence y la herramienta para estudios no aleatorizados (ROBINS-1) (ANEXO 2). La primera, cataloga los estudios como bajo riesgo, riesgo poco claro y alto riesgo (45). La segunda herramienta valora los sesgos por confusión, en la selección de participantes, en la clasificación de las intervenciones, por las desviaciones de las intervenciones previstas, debido a la falta de datos, sesgo en la medición de los resultados y por la selección del resultado informado (49).

Tabla III. Tipo de sesgo

Tipo de sesgo	Aspectos para evaluar
Selección	Muestra el método de aleatorización utilizado.
Realización	Indican las medidas de cegamiento utilizadas.
Detección	Señalan el método utilizado para el cegamiento de los evaluadores.
Desgaste	Informan sobre los abandonos y exclusiones de los grupos y los motivos de estos.
Notificación	En los resultados no se omite información y se muestran resultados completos.
Otro tipo	Señala otro tipo de sesgo diferente a los antes mencionados.

Fuente: Elaboración propia a partir de Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [Internet]. The Cochrane Collaboration; 2011. Available from: www.cochrane-handbook.org.

4.7. Métodos de síntesis

Para una mejor comprensión de los resultados las intervenciones se categorizaron de acuerdo con el contexto del confort: 1. Intervenciones de confort físico, 2. Intervenciones de confort ambiental, 3 Intervenciones de confort sociocultural y 4. Intervenciones de confort psicoespiritual, se realizó de esta forma ya que, es la más utilizada por el gremio de enfermería. Debido a las variaciones de los diseños de estudio y la heterogeneidad de las intervenciones, la síntesis se presentó en forma de tablas, las cuales se presentó el nombre del autor, año de publicación, diseño de estudio, objetivo, población, resultados y limitantes. Además, cada categoría se acompañó de una síntesis narrativa.

CAPITULO V. RESULTADOS

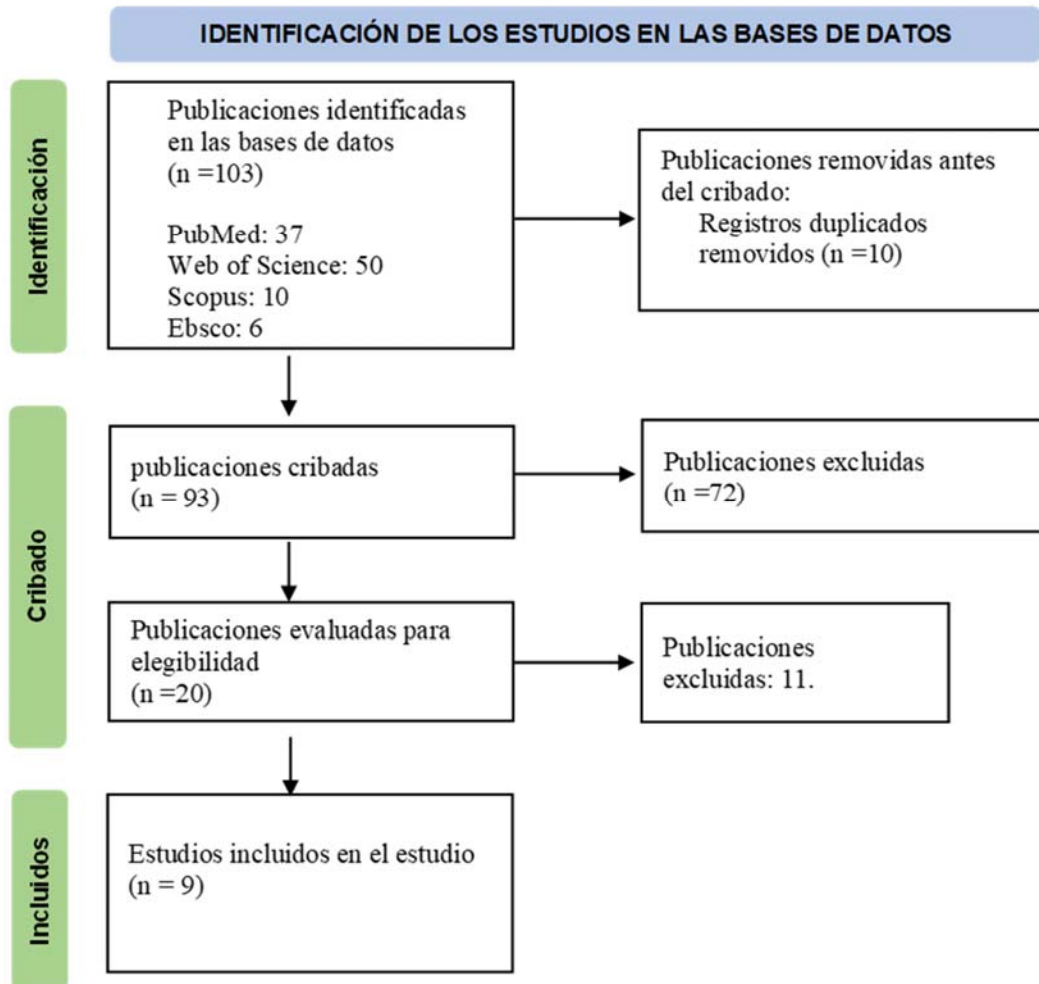


Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA de los artículos identificados.

Se encontraron 113 artículos en las cuatro bases consultadas, posteriormente se removieron 10 artículos duplicados, dando como resultado 93 estudios. De los 93 estudios identificados se excluyeron 72 por no cumplir con los criterios de inclusión (población y diseño diferente al estipulado), fueron descartados 11 artículos después del análisis completo de los artículos, debido a que los resultados no fueron favorables o presentaban inconsistencias metodológicas. Finalmente, se seleccionaron 9 artículos, de los cuales 5 corresponden a ensayos clínicos, 1 estudio pre test y post test, 2 estudios de cohorte y 1 estudio cuasiexperimental.

Intervenciones de confort físico

Las intervenciones de confort físico encontradas fueron cuatro en total, de los cuales uno era un estudio de cohorte y los tres restantes eran ensayos clínicos aleatorizados. La mayoría de los estudios evaluaban el confort del paciente y la oxigenoterapia, uno de los estudios demuestra que el mantener el oxígeno a una temperatura baja de 31 °C produce mayor confort que una temperatura alta (37 °C) ($p < 0,0001$) (50). Por otra parte, el oxígeno con cánula nasal o mascarilla a más de 4 L/min sin humidificar disminuye el confort. Además, también se encontró que el uso de la mascarilla de VMNI progresivamente aumenta el confort (a las 24 h *media*: 4,45 y a las 48 h *media*: 3,40) (51). Uno de los artículos demuestra que incluir intervenciones de confort en el cuidado integral de enfermería disminuye la incidencia de UPP y de aspiración. (ANEXO 3)

Intervenciones de confort ambiental

Se encontraron dos intervenciones de confort ambiental, las cuales tratan sobre el sueño de los pacientes en UCI, en uno de los artículos encontrados se relaciona sueño autoevaluado por el paciente y el evaluado por la enfermera, y las estrategias que el paciente sugiere para su promoción. Entre las estrategias que los pacientes refirieron como promotoras del sueño se encuentran el uso de medicamentos como analgésicos y antieméticos, disminución del ruido y la iluminación, mantener puertas y ventanas cerradas, evitar el ruido y mantener la música en volumen bajo, el uso de tapones y antifaz. También refieren estrategias relacionadas con el cuidado de enfermería como la planificación de los cuidados, la promoción del confort a través del cambio de posición, baño antes de dormir y el control de la temperatura (52). Otro de los estudios, obtuvo buenos resultados con el empleo de tapones y antifaz para conciliar el sueño (53). (ANEXO 3).

Intervenciones de confort sociocultural

En la búsqueda realizada se encontró solo una intervención de confort sociocultural, la cual tenía como objetivo observar el efecto de la estimulación sensorial proporcionada por la familia en la saturación de oxígeno de los pacientes graves. El análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) mostró una diferencia significativa en la media de los niveles de saturación de oxígeno en sangre arterial 10 minutos antes, inmediatamente después, a los 10 minutos y a los

30 minutos después de la estimulación sensorial en el grupo de estudio ($P < 0,001$), pero en el grupo control no presentó diferencia significativa ($P = 0,8$) (54). (ANEXO 3)

Intervenciones de confort psicoespiritual

Se encontraron dos artículos referentes al confort psicoespiritual, uno fue un estudio pretest-posttest y el otro fue de diseño cuasiexperimental. Uno de los artículos abordaba el tema de la espiritualidad, dicho estudio consistió integrar los rituales islámicos a los cuidados de enfermería, dando como resultado un mayor confort para los pacientes (55). Por otra parte, el otro estudio encontrado aplicó la realidad virtual guiada por enfermeras, el cual demostró una mejora significativa del dolor (diferencia de media: 1,04; IC del 95%) de la relajación (diferencia de media: 3,08; IC del 95%) y el confort (diferencia de media 2.0; IC del 95%) de los pacientes (56). (ANEXO 3).

Calidad de la evidencia y riesgo de sesgo

De los estudios incluidos ($n= 9$), cinco corresponden a ensayos clínicos aleatorizados (Tabla IV), de los cuales solo se identificó a uno que tuviera bajo riesgo de sesgo. El dominio que presentó mayor riesgo de sesgo fue el de ocultamiento de la asignación, del mismo modo en lo que respecta al dominio de aleatorización, algunos artículos indicaban que su muestra fue aleatoria, pero no mostraron el método utilizado para realizarlo. En estudios no aleatorizados ($n= 4$), solo uno presentó moderado riesgo de sesgo, mientras que el dominio con mayor riesgo de sesgo fue el de selección de los participantes (Tabla V.). Por otra parte, se identificó un estudio de calidad alta, el cual pertenece a una intervención para el contexto físico (Tabla VI).

Tabla IV. Riesgo de sesgo de los estudios controlados aleatorizados

	Yousefi 2015	Zhang 2023	Rustam 2021	Poiroux 2018	Mauri 2018
Aleatorización	Alto	Bajo	Bajo	Alto	No Claro
Ocultamiento de la asignación	Alto	Bajo	Alto	Alto	Alto
Cegamiento de los participantes y del personal	Alto	Bajo	Bajo	No claro	Alto
Cegamiento de los evaluadores del resultado	Alto	Bajo	Bajo	No claro	Alto
Resultados incompletos	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Notificación electiva de los resultados	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Otro tipo de sesgo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

Fuente: Elaboración propia

Tabla V. Riesgo de sesgo de estudios no aleatorizados

	Yaman, O. 2021	Aitken. L.M. 2017	Locihova, H. 2020	Kissel, K. A 2021
Sesgo por confusión	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Sesgo en la selección de participantes en el estudio	Serio	Serio	Serio	bajo
Sesgo en la clasificación de las intervenciones	Bajo	Bajo	Serio	bajo
Sesgo debido a desviaciones de las intervenciones previstas	bajo	Critico	bajo	Moderado
Sesgo debido a la falta de datos	Bajo	bajo	bajo	Bajo
Sesgo en la medición de los resultados	Bajo	serio	Bajo	Bajo
Sesgo en la selección del resultado informado	Bajo	Moderado	Bajo	Bajo

Fuente: Elaboración propia.

Tabla VI. Evaluación de la calidad

Autor	Año	Diseño	GRADE
Yaman, O., Aygun, M., Erten, H.	2021	Cohorte	Baja
Poiroux, L., Piquilloud, L., Seegers, V., Le Roy, C., Colonval, K., Agasse, C., et. al.	2018	Ensayo clínico aleatorizado	Moderado
Mauri, T., Galazzi, A., Binda, F., Masciopinto, L., Corcione, N., Carlesso, E., et al.	2018	Ensayo clínico aleatorizado	Moderado
Zhang, H., Chu, H., Qian, X., Zhang, Y., Wang, Q.	2023	Ensayo clínico aleatorizado	Alta
Aitken, L.M., Elliott, R., Mitchell, M., Davis, C., Macfarlane, B., Ullman, A., Wetzig, K., Datt, A., McKinley, S.	2017	Cohorte	Baja
Locihova, H., Axmann K., Ziakova K., Serkova D.	2020	Ensayo clínico no aleatorizado y no controlado	Baja
Yousefi, H., Naderi M., Daryabeigi, R.	2015	Ensayo clínico aleatorizado	Moderada
Rustam, J. Kongsuwan, W. Kitrungrote. L	2021	Intervención pretest-postest con grupo control	Moderada
Kissel, K. A. Soo, A. Bennett, K. T.	2021	Cuasi experimental	Baja

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

En esta revisión se identificaron un total de nueve artículos, de los cuales cinco fueron ensayos clínicos aleatorizados, en su mayoría presentaron deficiencias en su calidad metodológica, a pesar de tener un diseño de estudio que representa alta calidad. Esto se observa en el riesgo de sesgo por la falta de claridad en la aleatorización, en el ocultamiento de la asignación y en el cegamiento de los participantes, pero en el caso de estos estudios la valoración puede presentar ciertas dificultades debido al tipo de intervenciones que se está aplicando. El estudio realizado por Zhang H, Chu H, Qian X, Zhang Y, Wang Q. fue el único que se consideró como de alta calidad según el sistema GRADE, debido a su diseño de estudio y al bajo riesgo de sesgo que presentó (57).

Por otra parte, de los cuatro artículos restantes, dos se catalogan como de baja calidad por su metodología observacional- de cohorte (51,52) y los otros dos por el riesgo de sesgo que presentan por los métodos de selección y la falta de aleatorización (53,56). A pesar de que todas las intervenciones encontradas reportaron tener un impacto positivo en el confort del paciente adulto en la UCI, estos resultados deben ser considerados con debida precaución, ya que en su mayoría presentaron inconsistencias metodológicas, pero también esto se puede atribuir al tipo de intervención que se está aplicando.

De los nueve estudios identificados, cuatro aplicaron a intervenciones de confort físico, dos a confort ambiental, una a confort sociocultural y dos a confort psicoespiritual. En las intervenciones de confort físico identificadas destacaron las relacionadas con el uso de la oxigenoterapia, así como lo refiere Campbell que la presencia de disnea es un síntoma que se puede tratar con oxigenoterapia o si el paciente lo requiere con VM, pero que esto puede resultar en incomodidad (26). Poiroux, L., Piquilloud, L., Seegers, V., Le Roy, C., Colonval, K., Agasse, C. y colaboradores señalan en que el oxígeno administrado por cánula nasal o por mascarilla sin humidificar a más de 4 L/min por más de 24 horas hace que los pacientes se sientan menos cómodos (58).

En el caso del estudio realizado por Mauri T, Galazzi A, Binda F, Masciopinto L, Corcione N, Carlesso E. y colaboradores, señalan que durante la administración de oxígeno por cánula nasal de alto flujo a una temperatura baja de 31 °C ajustado a 60 L/min los pacientes sintieron mayor comodidad que a una temperatura de 37 °C. Por otra parte, Yaman, O., Aygun,

M. y Erten, H. en su estudio identificaron que en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda con uso de VMNI por mascarilla refirieron disconfort durante las primeras dos horas de tratamiento, pero que el confort fue aumentando progresivamente durante su uso. Es importante señalar que en el caso de este estudio se utilizó la escala de EVA para valorar el grado de confort, cuando ya existen escalas validadas para medir el confort, como el Cuestionario General de Confort de la autoría de la Dra. Katherine Kolcaba (51).

Por otra parte, Zhang H, Chu H, Qian X, Zhang Y, Wang Q, identificaron que a los pacientes con diagnóstico de EVC y diabetes que se les proporcionaron cuidados de enfermería de confort (ambiente en calma y organizado, temperatura ambiental de 20-24 °C, humedad de 50-60%, buena ventilación e iluminación, fomento de la confianza con la enfermedad, coordinación del tratamiento, participación familiar, visitas regulares, higiene y cuidado de la piel) presentaron menos incidencia de UPP, aspiración e infecciones nosocomiales comparados con los que no se les proporcionaron estos cuidados (57). En este estudio, dentro de su intervención incluyen la higiene y el cuidado de la piel, así como Florence Nightingale desde los inicios de la enfermería moderna ya resaltaba la importancia de esto para el mantenimiento de salud y comodidad de las personas (20).

La promoción del sueño y descanso aumenta el confort de las personas, para esto se recomienda el uso de antifaces y tapones auditivos, esto ha demostrado ser una intervención efectiva, de bajo costo y fácil aplicación para el equipo de enfermería que labora en la UCI (34,37,38). En esta revisión las intervenciones de confort ambiental encontradas se enfocaban a la promoción del sueño, en el estudio exploratorio descriptivo realizado por Aitken LM, Elliott R, Mitchell M, Davis C, Macfarlane B, Ullman A. y colaboradores identificaron algunas estrategias autoinformadas por los participantes para dormir mejor, como la reducción del ruido y la iluminación, música en volumen bajo, mantener puertas y ventanas cerradas y el empleo del antifaz y tapones para los odios. También mencionan que el cambio de posición, el baño antes de dormir y la temperatura de la unidad aumentan el confort. Este estudio se debe de aplicar con ciertas precauciones, ya que registró algunas limitantes como el abandono de algunos participantes y por lo subjetivo de las respuestas (52). Así mismo, otro de los estudios identificados también mostró buenos resultados para el uso del antifaz y los tapones de odios (53).

Solamente uno de los artículos es referente a una intervención de carácter sociocultural, en esta intervención se buscaba medir el efecto de la estimulación sensorial proporcionada por la familia y su impacto en la saturación de oxígeno, la cual consistió en aumentar el bienestar del paciente a través del tacto. Esta intervención presenta varios componentes, en primer lugar, la Implicación Familiar, la cual se encuentra dentro de la NIC y en segundo lugar el tacto proporcionado por el familiar. Así como, lo menciona Morse en sus investigaciones, el resultado de esta intervención va a depender de la relación que se tenga con la persona que lo está proporcionando y el proceso de salud-enfermedad que se está viviendo (6). Este tipo de acciones son beneficiosas para el paciente, ya que siente mayor confort, se reducen complicaciones cardiovasculares, aumenta la satisfacción familiar y mejora la comunicación entre el equipo de salud y familiares (8,33).

En el caso de las intervenciones de confort psicoespiritual identificadas se encontraron dos estudios pretest y posttest, el primero que estaba enfocado hacia la espiritualidad, tenía como objetivo valorar el confort en los pacientes musulmanes bajo VM tras recibir cuidados de enfermería en los cuales se incluían rituales islámicos, los pacientes del grupo intervención mostraron mayor confort comparado con el grupo control, además se aumentó el confort físico, ambiental, sociocultural y psicoespiritual (55). Esta intervención puede mostrar ciertas limitantes a la hora de aplicarse ya que, puede ser que la enfermera no esté o no se quiera relacionar con la religiosidad del paciente, por esto es que algunos autores señalan que esta es una intervención que se debe de llevar a cabo por un equipo multidisciplinario, en el cual se incluya a un capellán capacitado, el cual facilita el acceso a los materiales religiosos, (28,30,31)

Otro de los estudios habla sobre una intervención tecnológica de la realidad virtual, la cual mostró una notable disminución del dolor, aumento de la relajación y del confort percibido por el paciente (56). A pesar de que se obtuvieron resultados favorables, presenta ciertas limitaciones debido a su costo y las características que los pacientes deben cumplir para ser candidatos, ya que es común que los pacientes en la UCI se encuentren sedados, con efectos del delirium, bajo los efectos de ciertos fármacos, entre otros aspectos que dificultan o imposibilitan para su implementación.

La mayoría de las intervenciones identificadas mostraron tener carencias en la calidad científica, a pesar de que la mayoría de las intervenciones presentadas se pueden llevar a cabo en la mayoría de las UCI con los pacientes y sus diferentes diagnósticos, hay otras que son novedosas para el personal de enfermería y para el paciente, pero que pueden ser de difícil aplicación cuando no se cuenta con el recurso económico o las instalaciones adecuadas. Otro punto a favor de algunas de las intervenciones mostradas es que pueden llegar a tener un impacto en todos los tipos de confort (físico, ambiental, psicoespiritual y sociocultural) (52–57). Un aspecto negativo que se puede encontrar en los estudios es que en algunos utilizaron escalas para la valoración del dolor como sinónimo de valoración del confort, cuando ya existen escalas validadas para su medición; estos dos conceptos podrán tener cierta relación, pero son completamente distintos, ya que el paciente puede no tener dolor y no sentir confort.

Por otra parte, en las primeras búsquedas se encontraron mayormente estudios secundarios sobre el confort y muy pocos de estudios primarios, además la búsqueda se tuvo que ampliar a 10 años, ya que en algunas bases de datos no se encontraron estudios con los criterios de inclusión estipulados. Es por esto, que se debería de considerar realizar un mayor número de estudios controlados aleatorizados para sustentar este tipo de prácticas, al ser beneficiosos para el paciente y al sustentarse científicamente enfermería realiza de una mejor manera su trabajo. También se debe de considerar replicar este tipo de estudios en población mexicana, ya que no se encontraron estudios llevados a cabo en este país.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES

El confort en el paciente en la UCI es un tema que recientemente ha cobrado importancia por la estrategia de la humanización de los cuidados y esto implica un reto para los profesionales de enfermería, quienes tienen el compromiso de ver al usuario como un todo, y no solo en relación como una patología. En esta revisión sistemática se encontraron pocos estudios sobre las intervenciones de confort en el paciente adulto hospitalizado en UCI, donde destacaron las intervenciones dirigidas al control de la disnea, como la oxigenoterapia y qué factores ayudan a aumentar el confort cuando el paciente está bajo este tratamiento. Por otro lado, el sueño y descanso es otro de los factores que se ve implicado en el confort del paciente, referente a esto el uso del antifaz y el de tapones para los odios mostraron buenos resultados.

Las intervenciones en las cuales se fomente la participación familiar también muestran un aumento del confort posterior a su implementación, así como las intervenciones relacionadas con la espiritualidad, aunque esta última puede mostrar ciertas limitantes por las creencias de cada persona. Por otra parte, también se menciona la intervención de la realidad virtual, es algo novedoso, pero que en nuestro contexto puede ser de difícil aplicación por el costo que esto pueda generar.

Para finalizar, es importante destacar que todas las intervenciones incluidas en esta revisión mostraron un efecto positivo en los pacientes hospitalizados en UCI, y que esto puede dar origen a la creación de estrategias para su implementación en las unidades, ya que este tipo de prácticas son parte fundamental del cuidado holístico, impactan favorablemente en la salud y la pronta recuperación del paciente y además pueden ser el parte aguas para la creación de nuevos estudios que valoren, mejoren o implementen nuevas intervenciones de confort.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tautiva Ochoa K, López CM, Guzmán SY, González DP, Hernández SM. Estrategias de afrontamiento en familiares de pacientes críticos. *Repertorio de medicina y cirugía* . 2022;31(1):3–10.
2. González Gómez A, Montalvo Prieto A, Herrera Lian A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global* . 2017;16(1):266–80.
3. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs* [Internet]. 1994 Jun;19(6):1178–84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
4. Nural N, Alkan S. Identifying the Factors Affecting Comfort and the Comfort Levels of Patients Hospitalized in the Coronary Care Unit. *Holist Nurs Pract*. 2018 Jan;32(1):35–42.
5. Romero Rodríguez DA, Henao-Castaño ÁM, Gómez Tovar LO. El concepto del confort en el cuidado de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2022;38(1).
6. Morse JM. Comfort. The refocusing of nursing care. *Clin Nurs Res*. 1992 Feb;1(1):91–106.
7. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19:1178–84.
8. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos . *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2019 Mar;30(2):120–5.
9. Gómez González A, Montalvo Prieto A, Herrera Lian A. Comfort of Patients Hospitalized in Intermediate and Intensive Care Units . *Enfermería Global* . 2016;16(1):281–94.
10. Silva Faria JM, Pontífice-Sousa P, Pinto Gomes MJ. O conforto do doente em cuidados intensivos - revisão integrativa. *Enfermería Global*. 2018 Mar 27;17(2):477–514.
11. de Sousa Vieira PC, Lyra da Silva RC, Quinellato Louro T, Almeida de Figueiredo NM, Lyra da Silva CR, Coutinho dos Santos D, et al. Environmental factors related to

- patient comfort in the intensive care unit. *International Journal of Development Research*. 2020 Sep;10(09):40391–5.
12. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23 ed. [Internet]. [cited 2023 Apr 25]. Available from: <https://dle.rae.es/>
 13. Gropper EI. Promoting Health by Promoting Comfort. *Nurs Forum (Auckl)*. 1992 Jun;27(2):5–8.
 14. Malinowski A, Stamler LL. Comfort: exploration of the concept in nursing. *J Adv Nurs*. 2002 Sep;39(6):599–606.
 15. Alligood MR, Tomey AM. La teoría del confort. In: *Modelos y teorías en enfermería* . 7ma ed. Elsevier; 2011. p. 706–17.
 16. Wurzbach ME. Comfort and nurses' moral choices. *J Adv Nurs*. 1996 Aug;24(2):260–4.
 17. NANDA. *NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023*. 12da ed. Nueva York: Elsevier; 2021.
 18. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* . 6ta ed. Barcelona : Elsevier ; 2019.
 19. Alligood MRaile, Tomey AMarriner. *Modelos y teorías en enfermería* [Internet]. 10ma ed. Elsevier; 2022 [cited 2023 Jun 25]. Available from: ckmeded://978841382364520220915.
 20. Nightingale F. *Notas sobre enfermería: que es y qué no es* . 1ra ed. Elsevier Masson; 1995.
 21. Morse J. Conceptualizing a theory of comfort. *Health SA Gesondheid*. 1997 Dec 1;2(2):3–9.
 22. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ma ed. Barcelona : Elsevier ; 2018.

23. Berntzen H, Bjørk IT, Wøien H. “Having the compass–drawing the map”: Exploring nurses’ management of pain and other discomforts during use of analgesation in intensive care. *Nurs Open*. 2019 Apr 18;6(2):453–62.
24. Konya I, Nishiya K, Yano R. Effectiveness of bed bath methods for skin integrity, skin cleanliness and comfort enhancement in adults: A systematic review. *Nurs Open*. 2021 Sep 16;8(5):2284–300.
25. Collins T, Plowright C, Gibson V, Stayt L, Clarke S, Caisley J, et al. British Association of Critical Care Nurses: Evidence-based consensus paper for oral care within adult critical care units. *Nurs Crit Care*. 2021 Jul 29;26(4):224–33.
26. Campbell ML. Ensuring Breathing Comfort at the End of Life: The Integral Role of the Critical Care Nurse. *American Journal of Critical Care*. 2018 Jul 1;27(4):264–9.
27. Mauri T, Galazzi A, Binda F, Masciopinto L, Corcione N, Carlesso E, et al. Impact of flow and temperature on patient comfort during respiratory support by high-flow nasal cannula. *Crit Care*. 2018 Dec 9;22(1):120.
28. Klimasiński MW. Spiritual care in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2021;53(4):350–7.
29. Willemse S, Smeets W, van Leeuwen E, Nielen-Rosier T, Janssen L, Foudraine N. Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *J Crit Care*. 2020 Jun;57:55–78.
30. Berntzen H, Bjørk IT, Storsveen A, Wøien H. “Please mind the gap”: A secondary analysis of discomfort and comfort in intensive care. *J Clin Nurs*. 2020 Jul 17;29(13–14):2441–54.
31. Simeone IM, Berning JN, Hua M, Happ MB, Baldwin MR. Training Chaplains to Provide Communication-Board-Guided Spiritual Care for Intensive Care Unit Patients. *J Palliat Med*. 2021 Feb 1;24(2):218–25.
32. Ruiz Gongora MI, Díaz Heredia LP. Comodidad del paciente en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular. *Avances en Enfermería*. 2018 May 1;36(2):188–96.

33. Martínez Zubieta R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Crítica*. 2021;35(3):144–7.
34. Carrillo Esper R, Carrillo Córdova DM, Carrillo Córdova LD, Carrillo Córdova JR. Ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos: el silencio en la Unidad de Cuidados Intensivos es la mejor terapia. *Medicina Crítica* . 2017;31(6):339–44.
35. Lim R. Benefits of quiet time interventions in the intensive care unit: a literature review. *Nursing Standard*. 2018 Mar 21;32(30):41–8.
36. Vreman J, Lemson J, Lanting C, van der Hoeven J, van den Boogaard M. The Effectiveness of the Interventions to Reduce Sound Levels in the ICU: A Systematic Review. *Crit Care Explor*. 2023 Mar 27;5(4):e0885.
37. Khoddam H, Maddah SA, Rezvani Khorshidi S, Zaman Kamkar M, Modanloo M. The effects of earplugs and eye masks on sleep quality of patients admitted to coronary care units: A randomised clinical trial. *J Sleep Res*. 2022 Apr 12;31(2).
38. Acevedo-Nuevo M, San José-Arribas A. Intervenciones no farmacológicas para la promoción del sueño en la UCI. *Enferm Intensiva*. 2020 Oct;31(4):203–5.
39. Chen YF, Chang MY, Chow LH, Ma WF. Effectiveness of Music-Based Intervention in Improving Uncomfortable Symptoms in ICU Patients: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 1;18(21):11500.
40. Kakar E, Venema E, Jeekel J, Klimek M, van der Jagt M. Music intervention for sleep quality in critically ill and surgical patients: a meta-analysis. *BMJ Open*. 2021 May;11(5):e042510.
41. Contreras-Molina M, Rueda-Núñez A, Pérez-Collado ML, García-Maestro A. Efecto de la musicoterapia sobre la ansiedad y el dolor en el paciente crítico politraumatizado. *Enferm Intensiva*. 2021 Apr;32(2):79–87.
42. Umbrello M, Sorrenti T, Mistraletti G, Formenti P, Chiumello D, Terzoni S. Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: a systematic review of randomized clinical trials. *Minerva Anesthesiol*. 2019 Jul;85(8).

43. Karimzadeh Z, Azizzadeh Forouzi M, Rahiminezhad E, Ahmadinejad M, Dehghan M. The Effects of Lavender and Citrus aurantium on Anxiety and Agitation of the Conscious Patients in Intensive Care Units: A Parallel Randomized Placebo-Controlled Trial. *Biomed Res Int*. 2021 Jun 15;2021:1–8.
44. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021 Sep;74(9):790–9.
45. Cortés MaIO. Práctica basada en la evidencia [Internet]. 2da ed. Elsevier; 2021 [cited 2023 May 31]. 57–65 p. Available from: ckmeded://978849113920120210615.
46. Robleda G. Pregunta estructurada para generar la búsqueda de una revisión sistemática. *Enferm Intensiva*. 2019 Jul;30(3):144–7.
47. Santillán García A, Rubio Martín S. Lectura crítica de la evidencia científica. *Enferm Cardiol* [Internet]. 2014;(63):15–8. Available from: <http://www.lecturacritica.com/es/>
48. Sanabria AJ, Rigau D, Rotaecche R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2015 Jan;47(1):48–55.
49. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [Internet]. The Cochrane Collaboration; 2011. Available from: www.cochrane-handbook.org.
50. Mauri T, Galazzi A, Binda F, Masciopinto L, Corcione N, Carlesso E, et al. Impact of flow and temperature on patient comfort during respiratory support by high-flow nasal cannula. *Crit Care*. 2018 Dec 9;22(1):120.
51. Yaman O, Aygün M, Erten H. Noninvasive ventilation with nursing perspective: Impacts on patient tolerance, short-term adverse effects, and nursing workload. *Niger J Clin Pract*. 2021 Feb 1;24(2):177–85.
52. Aitken LM, Elliott R, Mitchell M, Davis C, Macfarlane B, Ullman A, et al. Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. *Australian Critical Care*. 2017 Mar;30(2):59–66.

53. Locihová H, Axmann K, Žiaková K, Šerková D. Effect of a Multicomponent Sleep Protocol on Sleep Quality in Conscious Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2020 Oct 5;7(3):140–8.
54. Yousefi H, Naderi M, Daryabeigi R. The effect of sensory stimulation provided by family on arterial blood oxygen saturation in critical care patients. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(1):63–8.
55. Rustam JS, Kongsuwan W, Kitrungrrote L. Effects of nursing comfort care integrating with the daily Islamic rituals on comfort among mechanically ventilated Muslim patients: A randomized clinical trial. *Nursing Practice Today*. 2021 Jul 13;
56. Kissel KA, Soo A, Bennett KT. Virtual reality as an adjunctive comfort measure in the intensive care and coronary care unit: A nurse-led quality improvement project. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*. 2021;32(4):5–13.
57. Zhang H, Chu H, Qian X, Zhang Y, Wang Q. Clinical Promotion of Comfort Nursing Combined with Comprehensive Nursing in the Treatment of Severe Stroke Patients with Diabetes in ICU. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2023 Feb 3;2023:1–8.
58. Poiroux L, Piquilloud L, Seegers V, Le Roy C, Colonval K, Agasse C, et al. Effect on comfort of administering bubble-humidified or dry oxygen: the Oxyrea non-inferiority randomized study. *Ann Intensive Care*. 2018 Dec 17;8(1):126.

ANEXO 1

TABLA VII. EXTRACCIÓN DE DATOS

Base de datos	Autor	Año	Diseño	Objetivo	Población	Resultados	Limitaciones
PubMed	Yaman, O. Aygun, M. Erten, H.	2021	Cohorte	Analizar el cumplimiento del uso de la mascarilla y los efectos adversos a corto plazo en el uso de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Evaluar el efecto de la VMNI en la carga de trabajo de enfermería.	Pacientes en la UCI con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda con ventilación mecánica no invasiva	En las primeras 2 h, los pacientes presentaron discomfort, el cual se valoró con la escala EVA (media: 7,00 ± 1,33). La comodidad de los pacientes aumentó progresivamente durante el estudio (a las 24 h media: 4,45 y a las 48 h media: 3,40). Se detectó una correlación negativa significativa entre el cumplimiento de la mascarilla y las puntuaciones de incomodidad de los pacientes (a las 2 h: $r = -0,603$, $P = 0,005$,	No se presentaron

					a las 24 h: $r = -0,783$, $P = 0,000$, y a las 48 h $r = -0,574$, $p = 0,008$.		
PubMed	Poiroux, L., Piquilloud, L., Seegers, V., Le Roy, C., Colonval, K., Agasse, C., et. al.	2018	Ensayo clínico aleatorizado de no inferioridad	Comparar el disconfort asociado con la administración de oxígeno seco y el humidificado	Pacientes de 9 UCIS, con oxígeno no humidificado (entre 1 y 15 L/min) a través de cánula nasal o mascarilla facial durante al menos 2 horas	Los pacientes que recibieron oxígeno 24 horas sin humidificación a más de 4 L/min se sintieron menos cómodos	No se presentaron
PubMed	Aitken, L.M., Elliott, R., Mitchell, M., Davis, C., Macfarlane, B., Ullman, A., Wetzig et al.	2017	Cohorte	Examinar la relación entre el sueño referido por los pacientes y el sueño informado por la enfermera. Describir las estrategias sugeridas por los pacientes para promover el sueño	Pacientes de UCI de dos hospitales de Australia.	Moderada relación entre la autoevaluación de los pacientes y la evaluación del sueño por parte de las enfermeras (coeficiente de correlación de Spearman 0,39-0,50; $p < 0,001$).	La diversidad de patologías de los participantes. Falta de continuidad de algunos participantes por la alta subjetividad de las respuestas autoinformadas sobre el sueño.

Los pacientes identificaron estrategias para dormir mejor y se clasificaron en:

Farmacológico: uso de medicamentos para el dolor, para enfermedad mental preexistente, antiemético y prescritos para dormir. Ambiental: reducción de ruido e iluminación, cierre de puertas y persianas, música a un volumen bajo, uso de tapones y antifaz. Atención al paciente: planificar los cuidados, promoción del confort a través del cambio de posición, baño antes de dormir, control de la temperatura.

						Psicosociales: Visitas familiares, oración, consuelo de enfermeras, sentirse seguro, familiaridad.	
PubMed	Mauri, T., Galazzi, A., Binda, F., Masciopinto, L., Corcione, N., Carlesso, E., et al.	2018	Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar el confort del paciente durante el uso de cánula nasal de alto flujo en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica (IRH)	Pacientes de una UCI de Italia con con apoyo de cánula nasal de alto flujo.	El confort de los pacientes fue significativamente mayor con una temperatura baja (31 °C) en comparación con 37 °C, con el oxígeno ajustado a 30-60 L/min ($p < 0,0001$). Sin embargo, un mayor flujo no se relacionó con un menor confort. Un $FiO_2 \geq 45\%$, con temperatura baja (31°C) y un alto alto (60 L/min) condujo a un mayor confort ($p < 0.01$).	No las mencionan
Web of science	Locihova, H., Axmann K.,	2020	Ensayo clínico no	Investigar si la aplicación de un protocolo de sueño	Pacientes de una UCI de	La calidad del sueño (tanto subjetiva como objetiva) no mejoró	El diseño de estudio y la poca aplicabilidad, ya

	Ziakova K., Serkova D.	aleatorizado y no controlado	multicomponente mejora la calidad del sueño, tanto subjetiva (evaluada con un cuestionario) y objetiva (medida con actigrafía).	República Checa	significativamente tras la aplicación del protocolo de sueño (grupo POST) Pero, el uso de tapones para los oídos y antifaz para dormir (evaluado con la escala CONFORT) en el grupo post intervención mostró buenos resultados ($2,800 \pm 0,894$ para los tapones y $2,75 \pm 1,02$ para el antifaz)	que por lo general el paciente en UCI se encuentra sedado o con daño estructural. El corto tiempo de la valoración por actigrafía
EBSCO	Rustam, J. Kongsuwan, W. Kitrungrote. L	Intervención pretest- postest con grupo control	Investigar el cambio de confort entre los pacientes musulmanes tras recibir cuidados de confort de enfermería integrados con los rituales islámicos cotidianos	Pacientes en la UCI con ventilación de tres hospitales públicos de Sumatra, Indonesia.	El confort de los pacientes del grupo de intervención fue significativamente mayor que la de los pacientes del grupo control ($t = 6,70, p <$ $0,05$). El confort físico, ambiental, sociocultural y psicoespiritual	No las menciona

					aumentaron posterior a la intervención.		
EBSCO	Yousefi, H., Naderi M., Daryabeigi, R.	2015	Ensayo clínico aleatorizado	Investigar el efecto de la estimulación sensorial proporcionada por la familia en la saturación arterial en pacientes críticos.	Pacientes hospitalizados en dos UCI de Irán	El análisis de varianza de medidas repetidas mostró una diferencia significativa en la media de los niveles de saturación de oxígeno en sangre arterial 10 minutos antes, inmediatamente después, a los 10 minutos y a los 30 minutos después de la estimulación sensorial en el grupo de estudio ($P < 0,001$), pero en el grupo control no presentó diferencia significativa ($P = 0,8$).	No las menciona
SCOPUS	Zhang, H., Chu, H., Qian, X., Zhang, Y., Wang, Q.	2023	Ensayo clínico aleatorizado	Investigar el efecto del cuidado de enfermería integral y los cuidados de confort en pacientes con Evento Vascular Cerebral	Pacientes con EVC y diabetes admitidas en una UCI	Las características generales (edad, tipo y localización de EVC) de los dos grupos eran las mismas ($p > 0.05$).	No lo menciona

(EVC) y diabetes en la UCI, y su efecto en la incidencia de úlceras por presión (UPP) y aspiración.

Los cuidados incluyeron: proporcionar un ambiente de calma y organizado, temperatura ambiental de 20-24°C, humedad de 50-60%, buena ventilación e iluminación. Fomento de la confianza con la enfermedad, coordinación del tratamiento, participación familiar, visitas regulares. Higiene y cuidado de la piel. El grupo intervención presentó menor incidencia de UPP, aspiración e infecciones nosocomiales.

Fuente: revisión y recuperación documental

ANEXO 2

The Risk Of Bias In Non-randomized Studies – of Interventions (ROBINS-I) assessment tool (version for cohort-type studies) **Version 19 September 2016**



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

1 ROBINS-I tool (Stage I): At protocol stage

1.1 Specify the review question

Participants
Experimental
intervention
Comparator
Outcomes

1.2 List the confounding domains relevant to all or most studies

--

1.3 List co-interventions that could be different between intervention groups and that could impact on outcomes

--

2 ROBINS-I tool (Stage II): For each study

2.1 Specify a target randomized trial specific to the study

Design	Individually randomized / Cluster randomized / Matched (e.g. cross-over)
Participants	
Experimental intervention	
Comparator	

2.2 Is your aim for this study...?

- to assess the effect of *assignment to* intervention
- to assess the effect of *starting and adhering to* intervention

2.3 Specify the outcome

Specify which outcome is being assessed for risk of bias (typically from among those earmarked for the Summary of Findings table). Specify whether this is a proposed benefit or harm of intervention.

--

2.4 Specify the numerical result being assessed

In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.

--

2.5 Preliminary consideration of confounders

Complete a row for each important confounding domain (i) listed in the review protocol; and (ii) relevant to the setting of this particular study, or which the study authors identified as potentially important.

2.5.1.1 *“Important” confounding domains are those for which, in the context of this study, adjustment is expected to lead to a clinically important change in the estimated effect of the intervention. “Validity” refers to whether the confounding variable or variables fully measure the domain, while “reliability” refers to the precision of the measurement (more measurement error means less reliability).*

(i) Confounding domains listed in the review protocol				
Confounding domain	Measured variable(s)	Is there evidence that controlling for this variable was unnecessary?*	Is the confounding domain measured validly and reliably by this variable (or these variables)?	OPTIONAL: Is failure to adjust for this variable (alone) expected to favour the experimental intervention or the comparator?
			Yes / No / No information	Favour experimental / Favour comparator / No information

(ii) Additional confounding domains relevant to the setting of this particular study, or which the study authors identified as important				
Confounding domain	Measured variable(s)	Is there evidence that controlling for this variable was unnecessary?*	Is the confounding domain measured validly and reliably by this variable (or these variables)?	OPTIONAL: Is failure to adjust for this variable (alone) expected to favour the experimental intervention or the comparator?
			Yes / No / No information	Favour experimental / Favour comparator / No information

* In the context of a particular study, variables can be demonstrated not to be confounders and so not included in the analysis: (a) if they are not predictive of the outcome; (b) if they are not predictive of intervention; or (c) because adjustment makes no or minimal difference to the estimated effect of the primary parameter. Note that “no statistically significant association” is not the same as “not predictive”.

Preliminary consideration of co-interventions

plete a row for each important co-intervention (i) listed in the review protocol; and (ii) 2.6. relevant to the setting of this particular study, or which the study authors identified as important.

2.5.1.2 “Important” co-interventions are those for which, in the context of this study, adjustment is expected to lead to a clinically important change in the estimated effect of the intervention.

(i) Co-interventions listed in the review protocol		
Co-intervention	Is there evidence that controlling for this co-intervention was unnecessary (e.g. because it was not administered)?	Is presence of this co-intervention likely to favour outcomes in the experimental intervention or the comparator
		Favour experimental / Favour comparator / No information
		Favour experimental / Favour comparator / No information

		Favour experimental / Favour comparator / No information
		Favour experimental / Favour comparator / No information

(ii) Additional co-interventions relevant to the setting of this particular study, or which the study authors identified as important

Co-intervention	Is there evidence that controlling for this co-intervention was unnecessary (e.g. because it was not administered)?	Is presence of this co-intervention likely to favour outcomes in the experimental intervention or the comparator
		Favour experimental / Favour comparator / No information
		Favour experimental / Favour comparator / No information
		Favour experimental / Favour comparator / No information
		Favour experimental / Favour comparator / No information

2.6 Risk of bias assessment

Responses underlined in green are potential markers for low risk of bias, and responses in **red** are potential markers for a risk of bias.

Where questions relate only to sign posts to other questions, no formatting is used.

Signalling questions	Description	Response options
Bias due to confounding		
<p>1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study?</p> <p>If <u>N/PN</u> to 1.1: the study can be considered to be at low risk of bias due to confounding and no further signalling questions need be considered</p> <p>If Y/PY to 1.1: determine whether there is a need to assess time-varying confounding:</p>		Y / PY / <u>PN</u> / N
<p>1.2. Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received?</p> <p>If N/PN, answer questions relating to baseline confounding (1.4 to 1.6)</p> <p>If Y/PY, go to question 1.3.</p>		NA / Y / PY / PN / N / NI
<p>1.3. Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome?</p> <p>If N/PN, answer questions relating to baseline confounding (1.4 to 1.6)</p> <p>If Y/PY, answer questions relating to both baseline and time-varying confounding (1.7 and 1.8)</p>		NA / Y / PY / PN / N / NI

Questions relating to baseline confounding only		
1.4. Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / N / NI
1.5. If <u>Y/PY</u> to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?		<u>NA</u> / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / N / NI
1.6. Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?		<u>NA</u> / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Questions relating to baseline and time-varying confounding		
1.7. Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?		<u>NA</u> / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
1.8. If <u>Y/PY</u> to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?		<u>NA</u> / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / <u>NI</u>
Optional: What is the predicted direction of bias due to confounding?		Favours experimental / Favours comparator / Unpredictable

Bias in selection of participants into the study

<p>2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention? If N/PN to 2.1: go to 2.4 2.2. If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention? 2.3 If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?</p>		<p>Y / PY / PN / N / NI</p> <p>NA / Y / PY / PN / N / NI</p> <p>NA / Y / PY / PN / N / NI</p>
<p>2.4. Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?</p>		<p>Y / PY / PN / N / NI</p>
<p>2.5. If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?</p>		<p>NA / Y / PY / PN / N / NI</p>
<p>Risk of bias judgement</p>		<p>Low / Moderate / Serious / Critical / NI</p>
<p>Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of participants into the study?</p>		<p>Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable</p>

Bias in classification of interventions		
<p>3.1 Were intervention groups clearly defined?</p>		<p>Y / PY / PN / N / NI</p>

3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?		<u>Y</u> / PY / PN / N / NI
3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?		Y / PY / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to classification of interventions?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Bias due to deviations from intended interventions		
If your aim for this study is to assess the effect of assignment to intervention, answer questions 4.1 and 4.2		
4.1. Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?		Y / PY / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
4.2. If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups <i>and</i> likely to have affected the outcome?		NA / Y / PY / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
If your aim for this study is to assess the effect of starting and adhering to intervention, answer questions 4.3 to 4.6		
4.3. Were important co-interventions balanced across intervention groups?		<u>Y</u> / PY / PN / N / NI
4.4. Was the intervention implemented successfully for most participants?		<u>Y</u> / PY / PN / N / NI
4.5. Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?		<u>Y</u> / PY / PN / N / NI

4.6. If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?		NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from the intended interventions?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Bias due to missing data		
5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?		<u>Y / PY</u> / PN / N / NI
5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?		Y / PY / <u>PN / N</u> / NI
5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?		Y / PY / <u>PN / N</u> / NI
5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?		NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI
5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?		NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI

Optional: What is the predicted direction of bias due to missing data?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable
--	--	---

Bias in measurement of outcomes		
6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?		Y / PY / PN / N / NI
6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?		Y / PY / PN / N / NI
6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?		Y / PY / PN / N / NI
6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?		Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to measurement of outcomes?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Bias in selection of the reported result		
Is the reported effect estimate likely to be selected, on the basis of the results, from...		

7.1. ... multiple outcome <i>measurements</i> within the outcome domain?		Y / PY / PN / N / NI
7.2 ... multiple <i>analyses</i> of the intervention-outcome relationship?		Y / PY / PN / N / NI
7.3 ... different <i>subgroups</i> ?		Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Overall bias		
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the overall predicted direction of bias for this outcome?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

ANEXO 3. TABLAS DE RECOPIACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Tabla VIII. Intervenciones de confort físico

Autor	Año	Diseño	Objetivo	Población	Resultados	Limitaciones
Yaman, O., Aygun, M., Erten, H.	2021	Cohorte	Analizar el cumplimiento del uso de la mascarilla y los efectos adversos a corto plazo durante la ventilación mecánica no invasiva (VMN), Además, evaluar el efecto de la VMNI en la carga de trabajo de enfermería.	Pacientes en la UCI con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda con VMNI	En las primeras 2 h, los pacientes presentaron disconfort, el cual se valoró con la escala EVA (media: $7,00 \pm 1,33$). La comodidad de los pacientes aumentó progresivamente durante el estudio (a las 24 h media: 4,45 y a las 48 h media: 3,40). Se detectó una correlación negativa significativa entre el cumplimiento de la mascarilla y las puntuaciones de incomodidad de los pacientes (a las 2 h: $r = -0,603$, $P = 0,005$, a las 24	No se presentaron

						h: $r = -0,783$, $P = 0,000$, y a las 48 h $r = -0,574$, $p = 0,008$).
Poiroux, L., Piquilloud, L., Seegers, V., Le Roy, C., Colonval, K., Agasse, C., et al.	2018	Ensayo clínico aleatorizado de no inferioridad	Comparar el disconfort asociado con la administración de oxígeno seco y el humidificado	Pacientes de 9 UCIS, con oxígeno no humidificado (entre 1 y 15 L/min) a través de cánula nasal o mascarilla facial durante al menos 2 horas	Los pacientes que recibieron oxígeno 24 horas sin humidificación a más de 4 L/min se sintieron menos cómodos	No se presentaron
Mauri, T., Galazzi, A., Binda, F., Masciopinto, L., Corcione, N., Carlesso, E., et al.	2018	Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar el confort del paciente durante el uso de cánula nasal de alto flujo en pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica (IRH)	Pacientes de una UCI de Italia con apoyo de cánula nasal de alto flujo.	El confort de los pacientes fue significativamente mayor con una temperatura baja (31 °C) en comparación con 37 °C, con el oxígeno ajustado a 30-60 L/min ($p < 0,0001$). Sin embargo, un mayor flujo	No las mencionan

					no se relacionó con un menor confort. Un FiO ₂ ≥ 45%, con temperatura baja (31°C) y un alto alto (60 L/min) condujo a un mayor confort (<i>p</i> < 0.01).	
Zhang, H., Chu, H., Qian, X., Zhang, Y., Wang, Q.	2023	Ensayo clínico aleatorizado	Investigar el efecto del cuidado de enfermería integral y los cuidados de confort en pacientes con Evento Vascular Cerebral (EVC) y diabetes en la UCI, y su efecto en la incidencia de úlceras por presión (UPP) y aspiración.	Pacientes con EVC y diabetes admitidas en una UCI	Las características generales (edad, tipo y localización de EVC) de los dos grupos eran las mismas (<i>p</i> > 0.05). Los cuidados incluyeron: proporcionar un ambiente de calma y organizado, temperatura ambiental de 20-24°C, humedad de 50-60%, buena ventilación e iluminación. Fomento de la confianza con la enfermedad, coordinación del tratamiento, participación familiar, visitas	No lo menciona

regulares. Higiene y cuidado de la piel.

El grupo intervención presentó menor incidencia de UPP, aspiración e infecciones nosocomiales.

Fuente: Revisión y recuperación documental.

Tabla IX. Intervenciones de confort ambiental

Autor	Año	Diseño	Objetivo	Población	Resultados	Limitaciones
Aitken, L.M., Elliott, R., Mitchell, M., Davis, C., Macfarlane, B., Ullman, A., Wetzig, K., Datt, A., McKinley, S.	2017	Cohorte	Examinar la relación entre el sueño referido por los pacientes y el sueño informado por la enfermera. Describir las estrategias sugeridas por los pacientes para promover el sueño	Pacientes de UCI de dos hospitales de Australia.	Moderada relación entre la autoevaluación de los pacientes y la evaluación del sueño por parte de las enfermeras (coeficiente de correlación de Spearman 0,39-0,50; $p < 0,001$). Los pacientes identificaron estrategias para dormir mejor y se clasificaron en: Farmacológico: uso de medicamentos para el dolor, para enfermedad mental preexistente, antiemético y prescritos para dormir. Ambiental: reducción de ruido e iluminación, cierre de puertas y persianas, música a un volumen bajo, uso de	La diversidad de patologías de los participantes. Falta de continuidad de algunos participantes por la alta subjetividad de las respuestas autoinformadas sobre el sueño.

				<p>tapones y antifaz. Atención al paciente: planificar los cuidados, promoción del confort a través del cambio de posición, baño antes de dormir, control de la temperatura.</p> <p>Psicosociales: Visitas familiares, oración, consuelo de enfermeras, sentirse seguro, familiaridad.</p>		
<p>Locihova, H., Axmann K., Ziakova K., Serkova D.</p>	<p>2020</p>	<p>Ensayo clínico no aleatorizado y no controlado</p>	<p>Investigar si la aplicación de un protocolo de sueño multicomponente mejora la calidad del sueño, tanto subjetiva (evaluada con un cuestionario) y objetiva (medida con actigrafía).</p>	<p>Pacientes de una UCI de República Checa</p>	<p>La calidad del sueño (tanto subjetiva como objetiva) no mejoró significativamente tras la aplicación del protocolo de sueño (grupo POST) Pero, el uso de tapones para los oídos y antifaz para dormir (evaluado con la escala CONFORT) en el grupo post intervención</p>	<p>El diseño de estudio y la poca aplicabilidad, ya que por lo general el paciente en UCI se encuentra sedado o con daño estructural.</p>

mostró buenos resultados ($2,800 \pm 0,894$ para los tapones y $2,75 \pm 1,02$ para el antifaz)	El corto tiempo de la valoración por actigrafía
---	---

Fuente: Revisión y recuperación documental.

Tabla X. Intervenciones de confort sociocultural

Autor	Año	Diseño	Objetivo	Población	Resultados	Limitaciones
Yousefi, H., Naderi M., Daryabeigi, R.	2015	Ensayo clínico aleatorizado	Investigar el efecto de la estimulación sensorial proporcionada por la familia en la saturación arterial en pacientes críticos.	Pacientes hospitalizados en dos UCI de Irán	El análisis de varianza de medidas repetidas mostró una diferencia significativa en la media de los niveles de saturación de oxígeno en sangre arterial 10 minutos antes, inmediatamente después, a los 10 minutos y a los 30 minutos después de la estimulación sensorial en el grupo de estudio ($P < 0,001$), pero en el grupo control no presentó diferencia significativa ($P = 0,8$).	No las menciona

Fuente: Revisión y recuperación documental.

Tabla XI. Intervenciones de confort psicoespiritual

Autor	Año	Diseño	Objetivo	Población	Resultados	Limitaciones
Rustam, J. Kongsuwan, W. Kitrungrote. L	2021	Intervención pretest-postest con grupo control	Investigar el cambio de confort entre los pacientes musulmanes tras recibir cuidados de confort de enfermería integrados con los rituales islámicos cotidianos	Pacientes en la UCI con ventilación mecánica de tres hospitales públicos de Sumatra, Indonesia.	El confort de los pacientes del grupo de intervención fue significativamente mayor que la de los pacientes del grupo control ($t = 6,70, p < 0,05$). El confort físico, ambiental, sociocultural y psicoespiritual aumentaron posterior a la intervención.	No las menciona
Kissel, K. A. Soo, A.Bennett, K. T.	2021	Cuasi experimental	Determinar si la realidad virtual, como medida de confort complementaria dirigida por enfermeras, mejora el dolor, disconfort y la relajación de los pacientes.	Pacientes admitidos en una UCI Y UCC	Tras la aplicación de la realidad virtual, las puntuaciones de los pacientes ($n = 13$) mostraron reducciones significativas del dolor (<i>diferencia de media:</i> $1,04$; <i>IC del 95%</i>) la relajación (<i>diferencia de media:</i> $3,08$; <i>IC</i> <i>del 95%</i>) , el confort (<i>diferencia de media</i> $2,0$; <i>IC del</i> <i>95%</i>)	Criterios de inclusión y de exclusión El equipo necesario para aplicarse

Fuente: Revisión y recuperación documental.