





Cuidado del paciente crónico complejo desde la perspectiva teórica de la comodidad

Care of the complex chronic patient from the theoretical perspective of comfort

Mónica del Mar Veloza-Gómez¹; Mónica Rocío Agray-Corredor²

¹Enfermera, Esp., M.Sc. Universidad de La Sabana, Facultad de Enfermería y Rehabilitación. Chía - Cundinamarca, Colombia; e-mail: monica.veloza@unisabana.edu.co;  <http://orcid.org/0000-0002-0043-2482>

²Enfermera, Esp. Clínica Reina Sofía, Jefatura Departamento de Enfermería, Bogotá, Colombia; e-mail: magray@colsanitas.com;  <https://orcid.org/0000-0003-0545-010X>

Cómo citar: Veloza-Gómez, M.D.M.; Agray-Corredor, M.R. 2020. Cuidado del paciente crónico complejo desde la perspectiva teórica de la comodidad. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 23(1):e1596. <http://doi.org/10.31910/rudca.v23.n1.2020.1596>

Artículo de acceso abierto publicado por Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica, bajo una licencia Creative Commons CC BY-NC 4.0

Publicación oficial de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, Institución de Educación Superior Acreditada de Alta Calidad por el Ministerio de Educación Nacional.

Recibido: Septiembre 7 de 2019

Aceptado: Junio 12 de 2020

Editado por: Ingeborg Zenner de Polanía

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, representando 38 millones (68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras, ocurridas antes de los 70 años (OMS, 2014). De otra parte, están relacionadas con la discapacidad y los años de vida productiva perdidos (AVPP) (Peñaloza Quintero *et al.* 2014).

La enfermedad crónica es definida como la alteración del funcionamiento normal de la persona, durante un periodo de tiempo, mínimo de seis meses, en el que se vivencia un proceso percibido como amenazante o discapacitante, de naturaleza multicausal, que no puede ser rectificado en forma rápida o fácil y que tiende a la progresión (Röing & Sanner, 2015; Vargas Escobar, 2017).

Las complicaciones, el dolor y otros síntomas físicos, la dependencia, la soledad, el duelo por lo perdido, las dificultades económicas, los fracasos de los tratamientos y el miedo al futuro, son solo algunos de los eventos que causan en el paciente crónico, una gran carga emocional (Montoya Juárez *et al.* 2006). Adicionalmente, su plan terapéutico se vuelve cada vez más complejo, aumentando la demanda de cuidados (Martínez Velilla *et al.* 2018).

Ahora bien, respecto a la condición crónica compleja, hace referencia al conjunto de varias patologías crónicas o una suficientemente grave, con frecuencia, de curso progresivo, asociado a fragilidad funcional, clínica, cognitiva o social, que requiere de un abordaje multidisciplinar y de estrategias de atención integral (Gual *et al.* 2017).

Para los equipos interprofesionales de atención en salud, el cuidado de estas personas, se constituye en un reto, pues la condición de

cronicidad compleja requiere de un cuidado integral, del cual, hacen parte las dimensiones física, psicosocial, ambiental y espiritual del ser humano.

El objetivo de este trabajo fue presentar una experiencia relacionada con el cuidado del paciente crónico complejo, identificada a través de la metodología del marco lógico (Muñoz de Rodríguez, 2016), en cuanto a la consideración de la comodidad desde la perspectiva teórica de Kolcaba, y en cuanto al cuidado relacionado con la integridad física, desde el punto de vista de la política institucional y de enfermería de atención humanizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Mediante la metodología del marco lógico, se identificó la situación problema, representada por las necesidades de comodidad del paciente crónico complejo, hospitalizado en una clínica III nivel de atención, de la Sabana de Bogotá y mediante el planteamiento del objetivo general (brindar cuidado para atender las necesidades de comodidad del paciente crónico complejo) y los objetivos específicos (Atender las necesidades de alivio del paciente crónico complejo; Atender las necesidades de tranquilidad del paciente crónico complejo; Atender las necesidades de trascendencia del paciente crónico complejo), se generó un plan de acción (intervención interprofesional de cuidado), conformado por actividades verificables, a través de indicadores de gestión y de resultado.

La situación problema identificada, se articuló con el planteamiento de la teoría de Kolcaba, en donde la comodidad, como concepto central, se constituye en el valor agregado, tanto para la calidad de vida del paciente y su familia como para la calidad de la atención en salud (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2001; Wensley *et al.* 2017).

Su estructura taxonómica está conformada por los estados y los contextos de comodidad:

Estados de Comodidad. Alivio: satisfacción de una necesidad de comodidad, mediante el control de factores que causan molestia (Kolcaba, 1994; Wilson & Kolcaba, 2004); tranquilidad: estado de calma o satisfacción, condición necesaria para un rendimiento eficiente (Kolcaba, 1994; Kolcaba *et al.* 2006); trascendencia: desarrollo de las potencialidades, satisfacción de las necesidades para sobreponerse al dolor y problemas de salud. Lograr independencia y adoptar hábitos saludables (Kolcaba & Kolcaba 1991; Kolcaba, 1994; Dowd, 2018).

Contextos de Comodidad. Físico: perteneciente a las sensaciones y funciones corporales, incluye todas las dimensiones fisiológicas y homeostáticas de un individuo (Kolcaba *et al.* 2006); psico-espiritual: perteneciente a la autoestima, el concepto de sí mismo, la sexualidad, el significado en la vida y la relación de uno con un orden o un ser superior (Kolcaba *et al.* 2006); sociocultural: perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares y sociales; ambiental: perteneciente al exterior: entorno, ruido, ambiente, color, temperatura y elementos naturales versus sintéticos (Kolcaba *et al.* 2006).

Posteriormente y en forma secuencial, se relacionó la Teoría de la Comodidad con la Política de Humanización y la Política del Departamento de Enfermería de la clínica III nivel de atención, de la Sabana de Bogotá.

Política de Humanización. La institución de salud pretende brindar una atención en salud centrada en el paciente y su familia, a través de 4 ejes (Colsanitas, 2016):

1. Brindando acompañamiento y proximidad;
2. Generando ambientes restauradores;
3. Brindando orientación e información;
4. Construyendo experiencias memorables.

De otra parte, la Política del Departamento de Enfermería propone: “Garantizar cuidados y atención a nuestros usuarios con calidad, calidez, oportunidad, respetando las políticas de ética que rigen nuestra profesión e incentivando acciones en el equipo de trabajo que estén en concordancia con el principio de respeto a la dignidad, velando por la integridad física, espiritual y psíquica de nuestro cliente externo e interno” (Congreso de la República de Colombia, 1996; Colsanitas, 2016).

Mediante la articulación entre la Metodología del Marco Lógico (Muñoz de Rodríguez, 2016), la Teoría de la Comodidad (Kolcaba *et al.* 2006), la Política de Humanización y la de Enfermería, se generó la intervención interprofesional de cuidado.

Intervención Interprofesional de Cuidado. Esta intervención de cuidado, se desarrolló mediante un proceso conformado por 6 componentes:

1. Ronda de Gestión: Estrategia para la caracterización del paciente crónico complejo, mediante la aplicación de los criterios de identificación (Gual *et al.* 2017).
2. Ronda ERI (Equipo de Rondas Interprofesionales): Estrategia representada por la revisión de la historia clínica y el desarrollo de la revista interprofesional, con la participación del paciente y la familia, para obtener la información respecto a las condiciones de salud y la identificación de las necesidades de cuidado.
3. Estructura Taxonómica de Kolcaba: Recurso, a través del cual, se clasificaron las necesidades de comodidad.
4. Identificación de las necesidades, de acuerdo con los tipos y los contextos de comodidad, como preámbulo de la intervención interprofesional de cuidado.
5. Módulo Intervención Interprofesional de Cuidado: Componente de la historia clínica institucional, representado por el plan de intervención, acorde a las necesidades de comodidad.
6. Seguimiento a la Intervención Interprofesional de Cuidado: Estrategia de ajuste realizada a través del proceso de recibo y entrega de turno.

La intervención interprofesional de cuidado, se realizó con 5 pacientes; 3 hombres y 2 mujeres, con edades comprendidas entre los 48 a 92 años, quienes cumplieron con los criterios de identificación del paciente crónico complejo (Gual *et al.* 2017).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se identificaron 91 necesidades de comodidad, de acuerdo con los tres estados (alivio, tranquilidad, trascendencia) y cuatro contextos (físico, ambiental, psicoespiritual, social), de las cuales, se intervinieron 71 necesidades (Cuadro 1).

En el contexto físico (Brindando Orientación e Información), las intervenciones, en general, se orientaron a favorecer el cuidado de la piel y anexos; la movilidad de los pacientes con limitación, a través del uso de dispositivos; manejo del dolor de manera farmacológica y no farmacológica; adecuación de menús, para favorecer su variedad considerando gustos y necesidades.

Cuadro 1. Necesidades identificadas en los contextos de comodidad.

TIPOS DE COMODIDAD		
ALIVIO	TRANQUILIDAD	TRASCENDENCIA
Dolor, pérdida de la integridad de la piel, déficit de aseo bucal, derostomía, ajuste de insulina, requerimiento de oxígeno, curación en lesión de miembros inferior izquierdo, dificultad para acceso vascular, hipotensión, edema, retención urinaria, equimosis en miembros superiores, ajuste de prótesis, cuidados de piel, cambios de posición.	Deterioro de la movilidad, trastorno de la oxigenación, disminución del apetito, disnea, cirugía reciente, inconformidad con la dieta, alteración en la perfusión tisular, alteración del sueño, glicemias no controladas, alteración de la memoria.	Necesidad de deambular independiente, evitar una posible amputación de miembro inferior.
Necesidad de baño más amplio, limitación para movilidad, cama alta, conectividad (Red WIFI).	Riesgo de caída, dificultad para dormir, limitación para salir de la habitación, aburrimiento (falta de actividades recreativas), habitación con poco espacio para deambular con caminador, entorno poco amable, entorno desagradable (ruido, luz, horarios de medicamentos y actividades).	Necesidad de un entorno seguro para la deambulación independiente, adecuación de casa para cuidados domiciliarios, necesidad de regresar a entorno propio (espacios y objetos propios).
Ir a la misa (católica, practicante), Tristeza, aburrimiento.	Sentimientos de minusvalía, deseos de morir, depresión, alteración de la imagen corporal, temor a ser una carga para su familia.	Estar en paz consigo mismo y con Dios, preocupación por futuro de su hija, pérdida del rol de padre, incertidumbre por el pronóstico funcional, duelo Reciente, ausencia de significado de la vida, ser significativo para alguien,
Falta de información sobre condición actual y pronóstico, visitas del hijo, acompañamiento permanente, dependencia para las actividades básicas de la vida (ABVD) por dificultad para la movilización.	Dificultad para la comunicación (traqueostomía), red de apoyo débil, no quiere ser carga para sus hijos, cansancio del cuidador, red de apoyo en duelo por pérdida reciente	Independencia, preocupación por la estabilidad laboral, necesidad de apoyo de otros familiares de forma permanente, recuperar rol de padre, autonomía para la toma de decisiones sobre su condición de salud.

En el contexto ambiental (Generando Ambientes Restauradores), las intervenciones se orientaron en la adecuación de las habitaciones para generar proximidad entre los diferentes elementos considerados, como necesarios, para la comodidad, por parte del paciente (gafas, almohadas, control remoto, televisión, portátil, teléfono); se ayudó y se motivó para la deambulación fuera de la habitación; se

realizó cambio de habitación para controlar condiciones de ruido, iluminación y temperatura, de acuerdo con la situación.

En el contexto psicoespiritual (Brindando Acompañamiento y Proximidad), el acercamiento y el interés por parte de los integrantes del equipo interprofesional hacia el paciente, favoreció la relación

terapéutica, generando espacios para la expresión de emociones, de sentimientos, de necesidades y de preocupaciones.

En el contexto social (Construyendo Experiencias Memorables), la intervención se centró en los cuidadores ofreciendo, mediante la red de apoyo familiar e institucional, acompañamiento, para favorecer su autocuidado (comidas a tiempo, descanso oportuno, actividades recreativas, apoyo espiritual). En pacientes que aún laboraban, se mantuvieron las conexiones laborales, a través del teletrabajo.

Es así como el cuidado del paciente crónico complejo puede cambiar su paradigma tradicional lineal, al considerar intervenciones interprofesionales, respaldadas en la sincronía entre teorías del cuidado - Teoría de la Comodidad (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2001), políticas institucionales - Política Institucional de Humanización (Colsanitas, 2016), Política del Departamento de Enfermería y la Metodología del Marco Lógico (Muñoz de Rodríguez, 2016), que propendan por intervenciones de cuidado no convencionales, incluyendo, por ejemplo: menús personalizados, interacción con mascotas, visitas extendidas, apoyo espiritual, apoyo en comunicación, de acuerdo a la cultura institucional, deambulación fuera del entorno específico de cuidado, ambientes de cuidado personalizados y otros, en pro de la comodidad del paciente crónico complejo y propendan por el fortalecimiento de la relación, entre la triada investigación, teoría y práctica.

Existen evidencias, en su mayoría, representadas por estudios descriptivos transversales, mediante la aplicación del instrumento de la teoría y otras evidencias relacionadas con la aplicación de la teoría, que complementan y respaldan los hallazgos de este estudio, en cuanto a los beneficios, desde una perspectiva micro, relacionados con intervenciones de cuidado, basados en la teoría de la comodidad y su impacto a nivel de la integridad física, psíquica y espiritual del paciente crónico y su familia y desde una perspectiva macro, en cuanto a los beneficios para la dinámica de las políticas institucionales de cuidado.

Se evidenció una oportunidad de mejora en cuanto al cuidado relacionado con la integridad espiritual y psíquica y, por lo tanto, con el enfoque integral del cuidado. El cuidado al paciente crónico complejo fue posible, mediante la previa identificación de la situación problema y la posterior aplicación de la Teoría de la Comodidad (Kolcaba, 2001) que, en conjunto con la Política Institucional de Atención Humanizada (Colsanitas, 2016), permitió proponer una intervención de cuidado interprofesional no convencional.

Agradecimientos: Se agradece al Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, por su apoyo para el desarrollo del proyecto de investigación, del cual, se derivó este reporte de caso.
Conflictos de intereses: El manuscrito fue preparado y revisado con la participación de todos los autores, quienes declaramos que no existe ningún conflicto de intereses que ponga en riesgo la validez de los resultados presentados.

REFERENCIAS

1. COLSANITAS. 2016. *Direccionamiento Estratégico*. (Colombia). 26p.
2. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. 1996. Ley 911 de 2004. *Diario oficial* 42710.1996. (Colombia). Disponible desde Internet en: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-05002_archivo_pdf.pdf (con acceso el 06/10/2019).
3. DOWD, T. 2018. Teoría del confort. En: Alligood, M.R. (ed). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Ed. Elsevier (España). p.527-539.
4. GUAL, N.; YUSTE-FONT, A.; ENFEDAQUE-MONTES, B.; BLAY-PUEYO, C.; MARTÍN-ALVAREZ, R.; INZITARI, M. 2017. Perfil y evolución de pacientes crónicos complejos en una unidad de subagudos. *Aten Primaria*. (España). 49(9):510-517. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.010>
5. KOLCABA, K. 1994. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*. (Estados Unidos). 19:1178-84. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
6. KOLCABA, K. 2001. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook*. (Estados Unidos).49(2):86-92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
7. KOLCABA, K.; KOLCABA, R. 1991. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs*. (Estados Unidos). 16(11):1301-10. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
8. KOLCABA, K.; TILTON, C.; DROUIN, C. 2006. Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *J Nursing Administration*. (Estados Unidos). 36(11):538-544. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>
9. MARTÍNEZ-VELILLA, N.; IBARROLA-GUILLEN, C.; FERNÁNDEZ-NAVASCUÉS, A.; LAFITA-TEJEDOR, J. 2018. The functionality concept as an example of the change in the traditional classification of diseases model. *Aten Primaria*. (España). 50(1):65-66. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.013>
10. MONTOYA-JUÁREZ, R.; SCHMIDT-RÍO-VALLE, J.; PRADOS-PEÑA, D. 2006. En busca de una definición transcultural de sufrimiento; una revisión bibliográfica. *Cultura de los Cuidados*. (España).10(20):117-120. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.16>

11. MUÑOZ-DE RODRIGUEZ, L. 2016. El Marco lógico en la aplicación de las teorías de rango medio. En: Moreno-Fergusson, M.E.; Muñoz-De Rodríguez, L. (eds). De la teoría de enfermería a la práctica. Ed. Universidad de La Sabana (Chía). p. 29-42.
12. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. 2014. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Disponible desde Internet en: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/> (con acceso el 10/10/2019).
13. PEÑALOZA-QUINTERO, R.E.; SALAMANCA-BALEN, N.; RODRIGUEZ-HERNANDEZ, J.M.; RODRIGUEZ-GARCIA, J.; BELTRÁN-VILLEGAS, A.R. 2014. Estimación de la carga de la enfermedad en Colombia, 2010. Ed. Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá). p. 73-83.
14. RÖING, M.; SANNER, M. 2015. A meta-ethnographic synthesis on phenomenographic studies of patients' experiences of chronic illness. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being*. (Reino Unido). 10(1):1-16. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.26279>
15. VARGAS-ESCOBAR, L.M. 2017. Intervención educativa para enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica. *Aquichan*. (Colombia). 17(1):30-41. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.4>
16. WENSLEY, C.; BOTTI, M.; MCKILLOP, A.; MERRY, A.F. 2017. A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings. *Int J Qual Heal Care*. (Reino Unido). 29(2):151-62. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw158>
17. WILSON, L.; KOLCABA, K. 2004. Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *J Perianesthesia Nurs*. (Estados Unidos). 19(3):164-73. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>