

Situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica

Situations that require nursing care for the patient in an early post-operative stage following a myocardial revascularization

Situações que requerem cuidado inicial de enfermagem em pós-operatório de uma revascularização miocárdica

CLAUDIA ARIZA OLARTE*

Resumen

Se presentan las situaciones que requieren cuidado de enfermería (SRCE) características del paciente en posoperatorio temprano (POPT) de una revascularización miocárdica (48 a 96 horas). Dichas situaciones constituyen los datos cualitativos de la tesis doctoral titulada “Cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica”, cuyo objetivo general fue diseñar una propuesta de cuidado de enfermería para el paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica con base en los problemas identificados a partir de la interpretación de los eventos clínicos y situaciones que requieren cuidado de enfermería.

Se hizo entrevista (semiestructurada) a 40 pacientes durante su posoperatorio temprano; se indagó sobre sus sentimientos, emociones y preocupaciones. Se depuró la información recolectada. Se utilizaron frases textuales de los pacientes y se establecieron códigos descriptivos, los cuales se interpretaron a fin de determinar códigos nominales o sustantivos, y por último se agruparon estos bajo un mismo término,

formándose las categorías, que son las situaciones que requieren cuidado de enfermería: bienestar, logros, razonamiento, beneficio, complacencia, creencias y valores, sufrimiento, agobio y pesadumbre.

La propuesta plantea que el diálogo, el encuentro y el llamado-respuesta tendrán mejores efectos en el bienestar y estar mejor del paciente, si se cambia el ambiente frío e impersonal del hospital a un ambiente de cuidado en que se fortalezcan condiciones como presencia de familiares, disponibilidad afectiva de las enfermeras, proporcionando información sobre el proceso que el paciente vive, mediante un lenguaje que permita su entendimiento y que contribuya a disminuir la angustia y ansiedad que le genera el contexto que lo rodea.

Palabras clave: cuidado de enfermería, revascularización, atención al paciente, investigación (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Situations that require nursing care (SRCE) take place and are typical of a patient in an early post-operative stage (POPT) of myocardial revascularization (48 to 96 hours). Said situations constitute the qualitative data of the doctoral thesis titled “Nursing care to the patient in early post-operative stage following a myocardial revascularization”, whose general objective was to design the nursing care proposal for the patient in early post-operative stage following a myocardial revascularization

* Doctora en Enfermería. Docente asociada, Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. claariza@javeriana.edu.co, Bogotá, Colombia.

based on problems identified from the interpretation of the clinical events and the situations that require nursing care.

Interviews (semi-structured) were taken of 40 patients during their early post-operative stage; questions were asked about their feelings, emotions and concerns. The collected information was refined. Literal phrases of the patients were used and descriptive codes were established, which were interpreted in order to determine the nominal and substantive codes to then be grouped under one same term forming the categories, which are the situations that require nursing care: wellbeing, achievements, reasoning, benefit, satisfaction, beliefs and values, suffering, anxiety and affliction.

The proposal states that dialogue, gathering and the call-answer scenario will have better effects on the wellbeing of the patient, if the cold and impersonal atmosphere of the hospital is changed into a caring surrounding where conditions such as presence of family and affective availability of nurses are strengthened, providing information on the process the patient goes through, using a language that allows his/hers being understood and that contributes to reducing the distress and the anxiety that the surrounding context may generate.

Key words: nursing care, myocardial revascularization, patient care, research

Resumo

Este estudo apresenta as situações que requerem cuidado de enfermagem (SRCE) características do paciente em pós-operatório inicial (POPI) de uma revascularização miocárdica (48 a 96 horas). Essas situações constituem os dados qualitativos da tese de doutorado intitulada "Cuidado de enfermagem ao paciente em pós-operatório inicial de uma revascularização miocárdica", visando desenhar uma proposta de cuidado de enfermagem para um paciente em pós-operatório inicial de uma revascularização miocárdica com base nos problemas identificados a partir da interpretação dos eventos clínicos e das situações que requerem cuidado de enfermagem.

Quarenta pacientes na fase pós-operatória inicial responderam uma entrevista (semi-estruturada) focada em seus sentimentos, emoções e preocupações. A informação coletada a partir da entrevista foi depurada. Utilizaram-se frases textuais dos pacientes e estabeleceram-se códigos descritivos que foram interpretados no intuito de determinar códigos nominais ou substantivos. Em último lugar, agruparam-se os códigos sob um mesmo termo, formando categorias que correspondem às situações que requerem cuidado de enfermagem: bem-estar, conquistas, razoamento, benefício, complacência, crenças e valores, sofrimento, agonia e pesadume.

A proposta coloca que o diálogo, o encontro e o chamado-resposta terão melhores efeitos sobre o bem-estar e estar melhor do paciente quando mudarmos o ambiente frio e impessoal do hospital por um ambiente de cuidado que fortalece condições

como a presença familiar, a disponibilidade afetiva das enfermeiras, fornecendo informação sobre o processo do paciente, mediante uma linguagem que possibilite seu entendimento e contribua para diminuir a angústia e ansiedade gerada pelo contexto circundante.

Palavras chave: cuidados de enfermagem, revascularização miocárdica, assistência ao paciente, pesquisa

INTRODUCCIÓN

Debido a la elevada prevalencia de la enfermedad coronaria (EC) a nivel mundial (1), la revascularización miocárdica (RVM) se ha convertido en un procedimiento frecuente y ha presentado un desarrollo tecnológico progresivo en las últimas tres décadas, convirtiéndose en uno de los avances más importantes de la medicina durante el siglo XX. En Bogotá las estadísticas de las instituciones en que se realiza este procedimiento muestran que más del 50% del total de cirugías cardiovasculares corresponde a RVM (Fundación Cardio-Infantil, Clínica Shaio, Clínica San Rafael, Hospital Universitario de San Ignacio) (2).

El paciente con EC que requiere de tratamiento quirúrgico (RVM) debe afrontar su proceso de recuperación; en dicho proceso la participación de la enfermera es activa y dinámica, y está presente desde el inicio hasta el final.

La literatura de enfermería muestra que este paciente ha sido estudiado en diferentes momentos, desde 1 mes hasta 5 años después de haberse realizado el procedimiento de RVM; sin embargo, se pudo identificar un vacío en la exploración del paciente durante el tiempo en que permanece en el servicio de hospitalización, una vez ha sido dado de alta de la unidad de cuidado intensivo. Esto llevó a pensar que indagarlo antes de salir del hospital permitiría obtener una información objetiva, en cuanto a sentimientos, emociones y preocupaciones del paciente, con relación al procedimiento, al futuro y a su vida personal y laboral.

Una vez que el paciente ha superado la etapa crítica de recuperación en la unidad de cuidado intensivo (o a 48 horas de posoperatorio), es trasladado a un servicio de hospitalización, donde su cuidado está a cargo de un equipo interdisciplinario de salud conformado por el médico cirujano, el médico y la enfermera de dicho servicio, la nutricionista y la terapeuta respiratoria. Cada uno

es responsable de realizar funciones y actividades, desde su disciplina, que contribuyan a la recuperación del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las SRCE están conformadas por datos subjetivos como sentimientos, emociones y preocupaciones, expresadas por los pacientes respecto al procedimiento mismo, al futuro y a su vida personal y laboral. La información se obtuvo a través de una entrevista semiestructurada.

Una vez obtenida la información necesaria para determinar las SRCE, se le dio un abordaje cualitativo, guiado por pasos concretos que permitieron analizarla de una manera secuencial, ordenada, lógica y sencilla. Los datos se organizaron y presentaron a través de cuadros. Mediante ellos se fueron generando nuevos datos al establecer categorías, extraídas de las entrevistas semiestructuradas realizadas por el investigador, grabadas en una cinta de audio y transcritas durante las siguientes 36 horas, previa confirmación con el propio paciente, de haber registrado lo que este quiso expresar; además se utilizaron notas de campo, memos, observaciones y revisión de la literatura. Las categorías establecidas constituyeron las SRCE.

Codificación

A medida que se recolectaron los datos, se codificaron, es decir, se conceptualizaron, redujeron, elaboraron y relacionaron (3). Luego se examinaron línea por línea y se identificaron los procesos buscando conceptualizar los patrones subyacentes. La codificación ocurrió en tres niveles:

Nivel 1. A medida que se recibían los datos, se estableció un sistema de codificación abierta, es decir, se examinó línea a línea y se establecieron los procesos que se encontraban en los datos. Fue esencial codificar cada frase empleando tantos códigos como fue posible para asegurar un verdadero examen de los datos. Para ello se escribieron códigos de palabras en el margen derecho del registro a fin de que fueran identificados fácilmente. Estos códigos se denominan sustantivos o nominales puesto que codifican la sustancia de los datos y con frecuencia se asemejan a las mismas palabras que los participantes expresan. Los dos tipos de códigos sustantivos

son: 1. los del lenguaje que se tomaron de quienes se entrevistaron y observaron y 2. códigos contruidos por la investigadora, los cuales se basan en conceptos obtenidos de los datos. Se descartaron los códigos iniciales cuando carecieron de fundamento en los datos y se añadieron otros a medida que se avanzaba en la recolección (3).

Nivel 2. La categorización requirió el uso del método constantemente comparativo en el tratamiento de los datos. La investigadora codificó los datos, los comparó con otros y les asignó datos a los grupos o categorías que se ajustaran de manera obvia. Las categorías no son otra cosa que datos agrupados del nivel 1 de codificación. Ellas surgen al comparar los códigos de este nivel entre sí y al agruparlos bajo una denominación, a la cual se le asigna un nombre común que logre incluirlos a todos.

Nivel 3. El tercer nivel, que es el de mayor complejidad, surgió al determinar el título que se da a las categorías definitivas que emergieron de los datos, el cual respondió a preguntas como ¿qué sucede con estos datos? ¿Cuál es el foco del estudio y cuál la relación de los datos con el mismo? ¿Cuál es el problema con el que se está trabajando por parte de los participantes como informantes? ¿Qué ayuda a los participantes a afrontar su problemática? (3).

Depuración de la información, determinación de enunciados relacionados con el fenómeno y asignación de códigos

Después de leer varias veces cada entrevista, se procedió a tomar las expresiones relacionadas con el fenómeno investigado y a separarlas por frases; luego se eliminó la información semejante o igual (4). Posteriormente se buscó el significado de cada frase para el entrevistado y por medio de la organización en una tabla se logró clarificar la información; la numeración de cada entrevista se hizo colocando un cero antes, por ejemplo entrevista 01, 02; cuando se llegó al número 10 no se colocó cero antes de este. Por otra parte, se realizó una codificación numérica de cada una de las frases; así, si se encuentra el número 01-06, significa que es la entrevista 01 con un ejemplo de su frase 06, con el fin de mantener la información con una secuencia organizada. La investigadora vigiló continuamente que el código tuviera un reflejo

claro de la esencia expresada por el entrevistado (*emic*) y que la suya no interfiriera, para así garantizar el fin último del estudio.

Luego se adjudicó a cada frase (código descriptor) una palabra que fuera suficientemente clara para significar lo expresado en esta frase (código nominal).

En el proceso de análisis, aunque cada código pareciera similar, es importante aclarar que el participante lo presenta de forma diferente, y la investigadora no hace una interpretación sino una clasificación, basada en la experiencia del sujeto.

Muestra

Estuvo conformada por los datos obtenidos de los participantes a través de la entrevista semiestructurada. La saturación de esta información cualitativa se logró con los datos de 20 participantes, y se duplicó (40 participantes) para garantizar la validez. En las investigaciones de tipo cualitativo el número de sujetos pasa a un segundo lugar porque lo determina el tipo de información que requiera el investigador; hasta que los informantes no brinden información que sea diferente, la selección de estos por cantidad pierde significado.

Criterios de inclusión de los sujetos

Los sujetos fueron los pacientes en POPT de una RVM, es decir entre 48 y 96 horas de posoperatorio, que se encontraron en el servicio de hospitalización durante el periodo programado para la recolección de la información (6 meses), y que reunieron las siguientes condiciones: que hubieran sido sometidos a RVM por primera vez, que no hubieran presentado complicaciones como sangrado, arritmias cardíacas, *shock* cardiogénico y síndrome de posperfusión, que no estuvieran recibiendo medicamentos que limitaran su capacidad para establecer una comunicación clara, ya que el paciente debía estar en condiciones óptimas para participar en la entrevista semiestructurada (ES).

Aspectos éticos

El desarrollo del estudio tuvo en cuenta la normatividad propuesta en Colombia mediante la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, hoy de Protección Social, por la cual se establecen las

normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se aplicó con especial atención lo dispuesto en el artículo 6 que establece: “la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios, entre ellos: se debe ajustar a los principios científicos y éticos que la justifiquen, debe prevalecer la seguridad de los sujetos de investigación” (4).

Se contó con el consentimiento informado por escrito, sin “la intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o sumisión u otra forma distinta de coacción o coerción” (4). Se preparó un documento con la información previa que se dio al paciente y a sus familiares si fuera el caso. Se explicó a los pacientes con RVM, en forma sencilla y comprensible para su nivel sociocultural. Se respondieron las inquietudes y dudas que expresaron. Se dejó explícito que se podía retirar del estudio, si lo deseaba, y se suspendería la entrevista si llegara a sentirse cansado o con malestar. El paciente firmó el consentimiento, con plena libertad y sin presencia de testigos, lo cual se estableció con previa autorización del Comité de Ética de la Fundación Cardio-Infantil. Durante todas las etapas del estudio se aplicó con rigurosidad el método científico, y se hizo evidente el respeto por las personas que participaron voluntariamente.

RESULTADOS

Una vez se recolectó la información de los datos cualitativos y se desarrollaron las etapas enunciadas, surgieron las categorías que conformaron las situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica.

Luego de que cada expresión de los participantes recibió un código basado en el significado que cada uno señaló y en la interpretación del investigador, se procedió a buscar la esencia de los mismos, y posteriormente se organizaron conjuntos de temas de los significados formulados, con lo cual fueron surgiendo las categorías. Cada categoría aparece de la unión de conjuntos de temas con iguales características, dadas por el paciente que se encuentra en POPT de una RVM, sobre aspectos relacionados con su esfera psicosocial.

Descripción de las situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente en POPT de una RVM

Bienestar

El paciente en POPT de una RVM experimenta *bienestar* expresado como alegría, satisfacción, motivación, afecto y seguridad, generados por los resultados positivos del procedimiento, lo cual contribuye a que pueda continuar viviendo, en compañía de la familia, rodeado de cariño y afecto, con mejor calidad de vida al disminuir los signos y síntomas presentes previamente (dolor precordial, fatiga, debilidad), y cumpliendo con los compromisos adquiridos anticipadamente con familiares y allegados; además este bienestar se genera por el hecho de saber que ha habido adelantos científicos en el área cardiovascular, con los cuales se cuenta en el país, donde además existen instituciones especializadas para atender este tipo de pacientes, las cuales disponen de profesionales capacitados y entrenados en el área y de la infraestructura necesaria para brindar la atención que se requiere.

Logros

Por otra parte, es característico del paciente en POPT de una RVM que alcance *logros* expresados como ganancia, aprendizaje, compromiso y aceptación, los cuales se originan por la recuperación de la salud mediante la realización de este procedimiento, del cual se obtienen resultados positivos, sin presencia de complicaciones; de la recuperación de la salud se resalta el hecho de recuperar la actividad física (pasar de la cama a la silla, de la silla al baño, deambular por la habitación y por el pasillo del servicio), reiniciar la vía oral, recuperar el patrón del sueño y la eliminación espontánea.

Además los logros se expresan como aprendizaje, el cual se alcanza respecto a la enfermedad coronaria, el procedimiento de RVM como tratamiento quirúrgico, el proceso de recuperación que este implica, y los cambios a implementar en el estilo de vida en cuanto a hábitos alimenticios, actividad física, manejo del estrés, consumo de medicamentos ordenados y controles médicos frecuentes. Estos logros se expresan también como compromiso y aceptación por el paciente, en cuanto al

cumplimiento de las recomendaciones médicas (toma de medicamentos y chequeos frecuentes), implementación de cambios en el estilo de vida (hábitos alimenticios, ejercicio y manejo del estrés), y con su familia respecto a los encargos recibidos antes de la cirugía (cuidado de los nietos y tareas del hogar).

Razonamiento

Es otra de las características del paciente en POPT de una RVM, expresado como reflexión, apertura al otro, reencontro consigo mismo, valorar la vida, tomar el proceso como una vivencia más de la vida, arrepentimiento y desconocimiento con respecto al estado de salud y al tipo de tratamiento que se ha recibido para la EC.

Estos se expresan como la oportunidad que se encuentra para hacer un pare en el camino y pensar sobre la forma como se ha llevado la vida personal, familiar y profesional, los cambios que se deberán implementar en el estilo de vida, y la fortuna de haber tenido la oportunidad de recibir este tratamiento quirúrgico para la EC en una institución en que la calidad de la atención es alta. La persona revascularizada expresa sensibilidad marcada, susceptibilidad, angustia, trauma psicológico; llanto fácil frente a lo que oye y lo que le dicen las personas que lo atienden o las que lo visitan. Es probable que esto se deba a efectos de la anestesia reciente necesaria para la realización del procedimiento, la cual con frecuencia ocasiona cambios en el estado de ánimo, como vulnerabilidad, sensibilidad, susceptibilidad, llanto fácil e irritabilidad; también es probable que se deba al ambiente hospitalario frío y agresivo, desconocido, al hecho de estar alejado del ámbito habitual y de la rutina de vida diaria, acompañado y atendido por profesionales capacitados, pero a la vez desconocidos, y en ocasiones indiferentes a las circunstancias particulares de cada uno, estar dependiendo de otros para la realización de las actividades de la vida diaria, verse limitado en la actividad física y tener la sensación de haber perdido la independencia y las riendas de la vida. Estos aspectos se encuentran más marcados en las personas adultas mayores, quienes expresan claramente que su recuperación se lograría más pronto si pudieran estar en casa y en compañía de la familia.

positivos se recuperará la salud y la calidad de vida para continuar viviendo algunos años más. Asimismo se expresa esperanza en años futuros de vida, en la ayuda que se encontrará en el programa de rehabilitación cardiaca, con el que se obtendrá fuerza y capacidad para recuperar la realización de las actividades de la vida diaria, de manera independiente y sin necesidad de ayuda de otros, y además en obtener capacidad para cumplir con compromisos adquiridos con la familia y amigos, desde antes de la cirugía.

Además, la fe y la esperanza se expresan acudiendo a prácticas de piedad (asistir a misa, sacramentos como la confesión, y rezo de novenas), buscando el apoyo en Dios, en quien se conforta y fortalece. El hecho de contar nuevamente con salud y calidad de vida lleva a tener la esperanza de disfrutar de la compañía, amor y afecto de la familia, así como del trabajo, con el que se tendrá oportunidad de desempeñarse en actividades que generen beneficio propio y para la familia, servir y ayudar a otros.

La fortaleza se enuncia como la responsable de los deseos de luchar por continuar viviendo, por recuperar la salud y superar la enfermedad. Además se expresa la fortaleza como la que permite enfrentar dificultades y problemas, vivir el desprendimiento de las cosas y de las circunstancias en caso de que esto sea necesario, lo cual contribuye al cuidado de la salud respecto a llevar una vida sana, ordenada y disciplinada. Por último, también la fortaleza se expresa como la que permite que se robustezcan los lazos familiares de afecto, amor, apoyo y solidaridad.

Sufrimiento

Se enuncia como dolor físico, desolación, incomodidad y pesadillas. Se manifiesta dolor físico ocasionado por la presencia de heridas quirúrgicas de esternotomía y safenectomía en la totalidad de los pacientes; por el trauma del acto quirúrgico, el cual produce maltrato en todo el cuerpo, descrito como “si se hubiera recibido una paliza”; dolor físico ocasionado por tos producida por haber tenido puesto un tubo orotraqueal para la asistencia con ventilación mecánica durante el posoperatorio inmediato y mediato; también dolor físico por la presencia de catéteres y sondas necesarias para el monitoreo invasivo, sobre todo durante las primeras 48 horas.

Y además en ocasiones se expresa dolor físico cuando hace falta delicadeza en la realización de las diferentes actividades de cuidado que este tipo de paciente requiere, las cuales la mayoría de veces deben realizarse con regularidad; entonces el descanso del paciente se ve interrumpido, y como consecuencia se torna molesto, irritable, descontento.

Estos aspectos contribuyen a que se afecte el proceso de recuperación que el POPT de una RVM debe seguir. Asimismo, se expresa que la presencia del dolor físico produce limitación en la realización de las actividades de la vida diaria, en la movilización de la cama a la silla, de la silla al baño, y en la marcha dentro de la habitación y por el pasillo del servicio; además, la presencia de fatiga y necesidad de utilizar el pato cuando ya ha sido retirada la sonda vesical, la cual se coloca durante el posoperatorio inmediato; estos aspectos generan sensación de dependencia de otros y pérdida de control de la propia vida, presentándose periodos de tristeza y depresión.

También se expresa desolación e incomodidad por la experiencia de estar en una UCI, como lo más desagradable del proceso de recuperación; se manifiesta angustia, miedo, temor, desagrado, se experimenta impedimento e inutilidad, así como disminución de la capacidad para aguantar la vida, no solo por los procedimientos que allí se realizan sino también por el manejo y actitud que tienen las personas que están a cargo del cuidado y por todo lo que implica el proceso que se está viviendo.

Se describen procedimientos como el manejo de las secreciones orotraqueales mientras se permanece intubado, tan desagradable e inapropiado respecto a la falta de apoyo y comprensión por la enfermera, así como la sensación de ahogo. Se experimenta negación, por parte de ella, de lo que mediante señas se quiere expresar, ya que la comunicación verbal está impedida por la presencia del tubo orotraqueal.

Asimismo se expresa que estos aspectos producen cansancio físico, sensación de apaleamiento, de pesadez no solo del cuerpo sino también por las cobijas, presencia de palpitations que generan desolación ya que hacen pensar que el procedimiento pudo haber solucionado el problema cardiaco, pero a la vez haber generado otros problemas como la presencia de movimientos involuntarios en todo el cuerpo. También ocurren impedimentos

para conciliar el sueño, con lo cual se aumenta el cansancio físico, irritabilidad, desasosiego, ya que es difícil conciliarlo y, cuando se logra, es interrumpido con frecuencia por la administración de medicamentos, control de constantes vitales y toma de laboratorios.

A lo anterior se suma lo agresivo del ambiente de servicios especializados como la UCI; se expresa que hay ruido excesivo ocasionado por los equipos que allí se utilizan, sus alarmas, los procedimientos que se realizan, las conversaciones de los miembros del equipo de salud que allí trabaja y el tono de voz que estos emplean, las complicaciones de otros pacientes, que ocasionan carreras y alborotos. Estos aspectos contribuyen a que aumenten el cansancio, desolación y agotamiento experimentados por el paciente, ya que interrumpen el sueño e impiden su descanso.

Y además el sufrimiento se expresa como pesadillas. Se describe el despertar de la anestesia como el momento más desagradable debido a que se siente la cama como una nave espacial que da vueltas; se tienen pesadillas en las que se ven monstruos, caras desconocidas y desagradables, lo cual genera sensaciones que impiden aún más el descanso, y en cambio aumentan la desolación y el agotamiento.

Agobio

Es otra de las características del POPT de una RVM, expresado como impotencia, descontento, quejas, insatisfacción, temor y miedo.

La impotencia se experimenta desde el momento en que se hace el diagnóstico de la EC, y por las circunstancias de salud que se deben afrontar, como limitaciones en la actividad física, en el trabajo y en los hábitos alimenticios, aspectos que no solo contribuyen a la impotencia que se experimenta, sino que llevan a tener la sensación de disminución de la capacidad física y correr el riesgo de muerte inminente. Además se experimenta impotencia ante el proceso de recuperación que implica recibir una RVM como tratamiento para la EC, por considerarlo lento y por tanto prolongado, para reincorporarse a la vida habitual. Y se expresa impotencia ante el hecho de tener que aceptar cambios en el estilo de vida relacionados con los hábitos alimenticios, ejercicio, manejo del estrés, además de la toma de medicamentos y la asistencia a control médico de manera regular.

El descontento se expresa como la falta de información sobre todo el proceso que implica una RVM, desde la etapa previa a la misma, no solo acerca de aspectos relacionados con la parte científico-técnica, sino también en cuanto a los relacionados con el ambiente hospitalario, el equipo médico que estará a cargo del cuidado, el proceso que seguirá la recuperación, los servicios en los cuales se estará hospitalizado y el tiempo que se permanecerá en ellos. Es usual que experiencias como la RVM generen temor, angustia y miedo, los cuales podrían disminuirse si se conocieran previamente los aspectos mencionados.

Por otra parte, se expresa descontento con el hecho de tener que hospitalizarse, la separación de la familia, amigos y allegados, y por la ruptura con la rutina diaria y con el ambiente habitual en el que se vive. Además, están las normas establecidas en la institución, sobre todo las relacionadas con la limitación en las visitas de la familia mientras se permanece dentro de la UCI, lo cual también genera descontento pues se considera que, de todo el proceso que se vive dentro del hospital, esta es tal vez la etapa en la que más apoyo, compañía y afecto se requiere, precisamente por ser la más crítica de la recuperación, en la que podría darse la presencia de complicaciones y mayor riesgo de morir; se considera que sería conveniente permitirle a la familia estar el mayor tiempo posible junto al paciente.

De la misma forma, se expresa descontento con la presencia de otros pacientes complicados, quienes gritan, lloran, contribuyendo a aumentar el ruido dentro de la UCI, lo cual también impide el descanso. Y además hay descontento con el hecho de tener que implementar cambios en el estilo de vida, de manera brusca, sobre todo los relacionados con los hábitos alimenticios, teniendo en cuenta que, en algunos casos, desde el preoperatorio se venía no solo cuidando la dieta, sino también realizando ejercicio de manera regular para evitar la vida sedentaria, y manejando de la mejor manera posible los problemas, dificultades y situaciones de estrés.

Al mismo tiempo se expresan quejas respecto al cuidado de enfermería recibido durante el proceso de recuperación; es considerado en algunas ocasiones como un cuidado en el que hay indiferencia, frialdad, sequedad, poca cordialidad en la relación enfermera-paciente; en otros casos es considerado irrespetuoso ya que se ingresa a la habitación y no se saluda; y en otros se considera que

ni siquiera se visita al paciente durante el turno. También se experimenta falta de apoyo de la enfermera, y no ser reconocido como una persona que requiere de ayuda porque sus condiciones de salud así lo exigen. Estos aspectos llevan a considerar el cuidado de enfermería recibido como poco profesional, ya que no contribuye en nada a disminuir el trauma que se vive por la separación no solo de la familia, sino también del ambiente habitual, cuando se requiere una hospitalización. También se expresan quejas respecto a la falta de delicadeza cuando se realizan actividades de rutina como el monitoreo electrocardiográfico, el manejo de equipos y sus alarmas, la administración de medicamentos, y en ocasiones el incumplimiento de órdenes médicas y la falta de lavado de manos cada que se ingresa a la habitación, antes de tocar al paciente.

La insatisfacción como expresión del agobio durante el posoperatorio de una RVM se expresa con respecto al cuidado de enfermería, en relación con los aspectos ya mencionados, y además con los cambios a implementar en el estilo de vida, el ambiente de servicios como la UCI, la dieta recibida dentro del hospital, y en algunos casos se expresa insatisfacción con la forma como se ha conducido la propia vida personal y profesional.

El agobio experimentado también se expresa como temor. Es característico sentirlo ante circunstancias nuevas y por lo tanto desconocidas, como el hecho de requerir una hospitalización al presentar alteraciones del sistema cardiovascular.

Una vez se ha aceptado la RVM como tratamiento quirúrgico para la EC y esta ha sido realizada, el temor se expresa acerca de aspectos como si se llegará a tener la capacidad de reincorporarse a la vida habitual, los resultados que se obtendrán con la cirugía, el poder responder con los compromisos adquiridos con la familia y amigos previamente a la cirugía, como el sustento económico, cariño, amor y afecto, el lograr reincorporarse a la vida laboral, ser capaz de superar todos los quebrantos ocasionados por el mismo procedimiento de RVM, e implementar cambios en el estilo de vida, entre los cuales el que con mayor temor se expresa es el relacionado con los hábitos alimenticios, ya que estos están directamente conectados con la vida social, lo cual hace pensar que podrían tenerse problemas en las relaciones sociales. Y también se manifiesta temor cuando se suma el hecho de

haber tenido que viajar de otra ciudad para la realización del procedimiento; ello implica mayor temor por la soledad y el desconocimiento del ambiente.

Además se expresa temor respecto al programa de rehabilitación miocárdica que se tendrá que iniciar en el futuro mediato, el desconocimiento de los cuidados que se deberán tener en cuenta en casa una vez sea dado de alta, y al mismo tiempo por no contar con el apoyo de alguien que le ayude. A la vez se expresa temor por la familia y el riesgo que tienen sus miembros de llegar a presentar una EC que los lleve a requerir tratamiento quirúrgico, lo cual implicaría que tuvieran que vivir una experiencia como la que el paciente enfrenta en la actualidad.

El miedo es otra de las expresiones de agobio. Se expresa como temor a morir durante o después de la RVM, teniendo en cuenta experiencias anteriores con familiares; presencia de signos y síntomas como fatiga y palpitaciones, y desconocer que estos son normales en el proceso de recuperación; pensar en que si se duerme no pueda respirar y entonces no se vuelva a despertar; y también como falta de seguridad y confianza en el equipo de salud que lo cuida, lo cual lleva a sentir miedo cada que se realiza un procedimiento o alguna actividad propia de la rutina de cuidado que se sigue con estos pacientes.

El miedo además se expresa como los cambios que se deben implementar en el estilo de vida, a raíz de la EC y del procedimiento quirúrgico de RVM. Respecto a los hábitos alimenticios se expresa miedo de que repercutan en la vida social no solo del paciente sino también de la familia, y que ocasionen un aislamiento del grupo. Además se considera que dichos cambios pueden requerir apoyo y compañía de la familia, lo cual puede ocasionar alteración de las relaciones intrafamiliares y crear dependencia del paciente. Por último se expresa miedo a que cambios como disminuir la fuerza física y moderar el ejercicio interfirieran en su desempeño laboral.

Pesadumbre

Es experimentada durante el POPT de una RVM; se expresa como incertidumbre, angustia, ansiedad, vivencias negativas, desconsuelo, tristeza, aflicción, soledad y desazón. La incertidumbre se manifiesta desde el inicio del proceso que vive el paciente que requiere una RVM como

tratamiento quirúrgico para la EC, cuando es informado de que debe tomar la decisión de someterse a este tipo de procedimiento, y el primer pensamiento que se presenta es que no tiene conocimiento del equipo médico que lo atenderá, ni de la institución en la que se llevará a cabo, ni cuenta con la información suficiente sobre el procedimiento en sí, ni todo lo que este implica respecto a la hospitalización, recuperación y cuidado.

También se expresa incertidumbre respecto a los resultados que se obtendrán con el procedimiento de RVM y cómo se desarrollará el futuro una vez este haya sido realizado, y la necesidad de contar con un programa de rehabilitación cardíaca y no tener los recursos necesarios para ello; en otros casos la incertidumbre se expresa con relación a la presencia de otra alteración de salud que aún está pendiente por solucionar.

La pesadumbre, expresada como angustia, se relaciona con el temor a morir durante la cirugía y no volver a ver a la familia. Una vez se ha realizado el procedimiento, la angustia se debe más a la presencia de signos y síntomas desconocidos, como la sensación de muerte, palpitaciones, sensación de ahogo, y tener que eliminar en el pato o a través de una sonda vesical. Al mismo tiempo se genera ansiedad por la inseguridad de recuperar la salud y la calidad de vida, ya que se tiene expectativa de continuar viviendo durante unos años más, y de si se

presentan o no complicaciones durante y después del procedimiento.

Respecto a la pesadumbre expresada como vivencias negativas durante todo el proceso de recuperación, se experimentan desde el momento del diagnóstico de la EC y de que se requiere una RVM. También se presentan cuando se han tenido experiencias previas con familiares cercanos o amigos a quienes se les ha practicado una RVM y desafortunadamente han fallecido. Hay ocasiones en que estas vivencias negativas se deben a que el cuidado recibido se percibe indiferente, frío, hostil, concluyéndose que se deja de tener en cuenta al paciente como la persona que es. Y en otros casos la experiencia negativa se manifiesta con relación a que se ha asistido a la consulta médica por un control o una alteración de salud ajena al sistema cardiovascular, y en dicha consulta se identifica la EC cuyo estadio requiere ya de RVM; estas circunstancias hacen que todo sea más traumático; así como existen casos en los que lo negativo de la vivencia ha estado en que la fecha de la cirugía ha sido cambiada por motivos ajenos al paciente y al equipo médico, lo cual no deja de generar malestar, incomodidad y, lo que es peor, alterar los planes que se habían hecho.

En cuanto a la pesadumbre como desconsuelo, está relacionada con la incertidumbre, angustia y ansiedad respecto a los cambios que se deben implementar en el

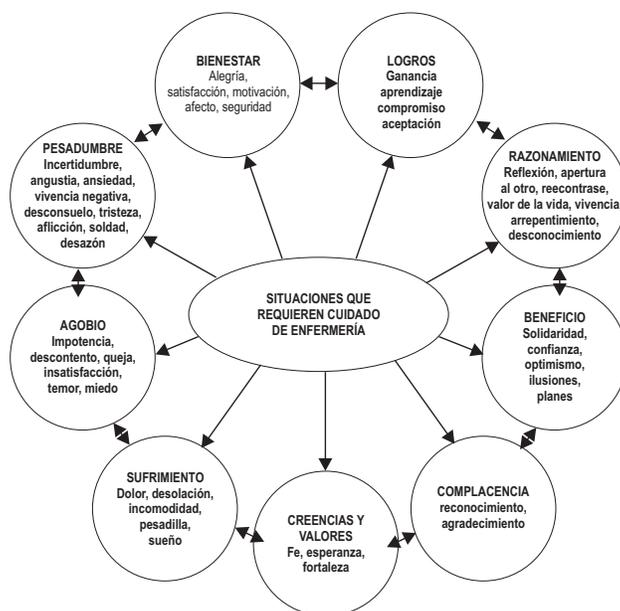


Figura 1. Situaciones que requieren cuidado de enfermería. **Fuente:** entrevistas semiestructuradas. Claudia Ariza.

estilo de vida a partir de la RVM: dieta, ejercicio, manejo del estrés y consumo de medicamentos; asimismo haberse enfermado a pesar que desde años atrás se venían tomando medidas preventivas; la situación económica que se vive en relación con la familia, y tener que aceptar que la realidad es que se presenta una EC que requiere tratamiento quirúrgico y que por lo tanto esto implica cambio en la rutina personal y laboral, ya que en algunas ocasiones se impone cambio de empleo.

La tristeza se expresa no solo por la hospitalización, sino también por las condiciones del posoperatorio, no obstante que en la mayoría de los casos se cuenta con el apoyo y la solidaridad de la familia y amigos, razón por la cual se considera que la recuperación sería más pronto si de pudiera estar en casa, en compañía de la familia. Esta tristeza se acompaña de nostalgia y soledad, sobre todo durante la etapa de estancia en la UCI. El dolor físico y el trauma psicológico también contribuyen a la tristeza; es probable que esto se deba a efectos de la anestesia reciente; en esos momentos se añora la casa, la compañía de un ser querido, y se acude a la ayuda de Dios, ya que se considera que es quien podrá brindarla. Y la tristeza también se genera a partir de la duda que se tiene de poder reintegrarse a la rutina de vida que se tenía antes del procedimiento.

Estos aspectos contribuyen además a que se experimente aflicción, soledad y desazón. Aflicción y desazón expresadas como autoestima baja, sentirse limitado en actividad física, verse con punciones en el cuerpo, y depender de otros para la realización de actividades diarias; y también por la implementación de cambios en el estilo de vida, por lo cual se puede dar un aislamiento social. En otros casos se expresa soledad por no contar con alguien que pueda brindar apoyo, cariño y amor.

DISCUSIÓN

Sintetizando, el paciente en POPT de una RVM (48 a 96 horas), cuya dignidad (ser, libertad y respeto y amor) ha sido afectada por el procedimiento en sí y por todo lo que este implica, requiere no solo cuidado en los cambios fisiológicos secundarios a la RVM, sino también respeto, el cual significa encargarse de los problemas físicos que presenta este paciente y también de todos los de su esfera psicosocial, expresados como bienestar, logros,

razonamiento, beneficio, complacencia, creencias y valores, sufrimiento, agobio y pesadumbre (5).

El beneficio, expresado a través de alegría, satisfacción, motivación, afecto y seguridad, es generado por los resultados positivos con el procedimiento y haber superado este, así como por tener la fortuna de ser atendido en una institución de alto nivel científico y profesional, y de contar con el afecto y apoyo de familiares, amigos y allegados. Los logros: ganancia, aprendizaje, compromiso y aceptación, se relacionan con el razonamiento expresado como reflexión, apertura al otro, reencontrarse, valor de la vida, vivencia, arrepentimiento y desconocimiento; beneficios expresados como solidaridad, confianza, optimismo, ilusión y planes; complacencia expresada como reconocimiento y agradecimiento; creencias y valores expresados como fe, esperanza y fortaleza; sufrimiento expresado como dolor físico, desolación, incomodidad y pesadilla; agobio expresado como impotencia, descontento, queja, insatisfacción, temor y miedo; y pesadumbre expresada como incertidumbre, angustia, ansiedad, vivencia negativa, desconsuelo, tristeza, soledad, aflicción y desazón.

Estas características constituyen las situaciones que requieren cuidado de enfermería durante el posoperatorio temprano de una RVM, con base en las cuales se identifican los problemas de los pacientes en esta etapa de su recuperación, para, a partir de dichos problemas, elaborar el plan de cuidado que se adapte a los mismos, con el objetivo de que el paciente logre su solución, y por lo tanto una recuperación óptima (5).

El bienestar, logros, razonamiento, beneficio, complacencia y creencias y valores expresan aspectos que hacen parte del proceso de recuperación, los cuales en la actualidad son atendidos por la enfermera, de una manera parcial; por esta razón, se debería enfocar la intervención de enfermería hacia la creación de espacios en los que el paciente tenga oportunidad de expresar y compartir dichos aspectos, con lo que se estarían manteniendo, y al mismo tiempo no solo se haría sentir importante al paciente, sino también que es tratado como persona y que tiene la oportunidad de ser escuchado (5).

Asimismo el sufrimiento, agobio y pesadumbre expresan aspectos que corresponden a problemas, es decir, SRCE, como: alteración de la actividad física, del patrón del sueño, de la percepción y manejo de la salud, de la

autoestima, presencia de ansiedad, sufrimiento, alteración de la comodidad y de la imagen corporal. Ante estos problemas se recomienda que la enfermera analice y evalúe el cuidado brindado, con el propósito de modificarlo o complementarlo, al incluir acciones que conduzcan a que el cuidado del paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica logre satisfacer la totalidad de problemas que presenta (5).

Pero además ella, para que el cuidado se humanice, debe tener presente que el objetivo del cuidado debe ser *el bienestar y el estar mejor* del paciente. Entonces, la enfermera del servicio de hospitalización debe ayudar al paciente en POPT de una RVM a ser y estar mejor en la experiencia que vive; de esta forma, será superior la relación no solo con la enfermera sino también con los familiares, y podrá encontrarle sentido a la vida y a la situación vivenciada, como afirman Pereira y Trentini (6).

La mejor manera para lograrlo es a través del diálogo. Este debe ser, más que una conversación entre dos personas, una relación en la que ocurre un verdadero compartir, una transacción intersubjetiva, es decir, una relación de un paciente único (*yo*) con otro ser también único (*tú*). El diálogo se caracteriza por facilitar el establecimiento de una relación creativa entre enfermera y paciente, es decir, comprende encontrarse, relacionarse y estar presente, siempre incluyendo un llamado y una respuesta (6, 7).

A través del diálogo, la enfermera encargada del cuidado del paciente en POPT de una RVM, que se encuentra en el servicio de hospitalización, puede responder al llamado que este le hace solicitando ayuda para solucionar sus SRCE, caracterizadas por ser subjetivas, temporales, transitorias, individuales e irrepetibles. De esta forma, la enfermera tiene en cuenta que, para que el cuidado sea humanizado, tiene que ir más allá del cuidado físico, más allá de ver al paciente como un organismo biológico, psicológico, social y espiritual. Estas SRCE están conformadas por bienestar, logros, razonamiento, beneficio, complacencia, creencias y valores, sufrimiento, agobio y pesadumbre, tal como lo analizamos e interpretamos anteriormente.

Dichas SRCE muestran aspectos a mantener y aspectos a atender. Entre los primeros están el bienestar manifestado por alegría, satisfacción, motivación, afecto y seguridad; logros expresados por ganancia, aprendizaje,

compromiso y aceptación; razonamiento expresado por reflexión, apertura al otro, reencontrarse, valor de la vida, vivencia, arrepentimiento y desconocimiento; beneficio manifestado por solidaridad, confianza, optimismo, ilusiones y planes; complacencia manifestada por reconocimiento y agradecimiento; y creencias y valores expresados como fe, esperanza y fortaleza (5).

Tales aspectos, expresados por el paciente, permiten afirmar que la enfermera entabla con este el diálogo vivido del que habla la Teoría de Enfermería Humanística, aspecto que debe ser conservado dentro del plan de cuidado al paciente en POPT de una RVM, teniendo en cuenta que este diálogo puede darse a través de un encuentro entre dos personas (paciente-enfermera, paciente-familiar o familiar-enfermera), de una relación, de una presencia, de una llamada y una respuesta. El encuentro entre las dos personas ocurre cuando ellas alcanzan una verdadera comunicación. Por medio de este encuentro, el otro no es un paciente impersonal, un él o ella, sino más bien un *tú* sensible y próximo del *yo* (7). Asimismo, hay que aludir a que en muchas ocasiones la intersubjetividad, un buen acercamiento de la enfermera al paciente, soluciona problemas objetivos.

En el servicio de hospitalización, el encuentro verdadero de la enfermera con el paciente en POPT de una RVM debe estar centrado no solamente en los problemas y sus soluciones, sino también en la comunicación y en el compartir. El encuentro *yo-tú* (Ser cuidador/Ser cuidado) es imprescindible para que la enfermera preste ayuda, para que se dé un acto de enfermería. Este encuentro ocurre si tanto el uno como el otro están disponibles y deseando que ocurra. Para que suceda de forma efectiva, es decir, con calidad, las personas involucradas muestran sus características personales e individuales. Es importante considerar la amplitud de los encuentros humanos, que van de lo trivial a lo extremadamente significativo (6).

El encuentro será simbólico en el servicio de hospitalización, garantizando una auténtica intersubjetividad, cuando la enfermera encargada del cuidado decida no esconderse detrás de su papel profesional y de ejercer el dominio imponiendo normas y rutinas, sino que, por el contrario, se esfuerce por hacer que su presencia sea percibida, por el paciente en POPT de una RVM y su familia, como alguien preocupado en comprender su experiencia vivida en este momento. El encuentro entre el paciente,

su familia y la enfermera exige que ella sea primero una persona disponible para otro ser humano y, segundo, una profesional con habilidades científico-técnicas (8).

Los aspectos a atender comprenden sufrimiento expresado como dolor, desolación, incomodidad y pesadilla; agobio manifestado por impotencia, descontento, queja, insatisfacción, temor y miedo; y pesadumbre expresada como incertidumbre, angustia, ansiedad, vivencia negativa, desconsuelo, tristeza, aflicción, soledad y desazón (5). Ante estos problemas del paciente en POPT de una RVM, la enfermera del servicio de hospitalización no solamente debe propiciar el diálogo vivido y el encuentro ya mencionados, sino que además, a través de ellos, debe establecer una relación auténtica, la cual significa estar con el otro. Existen dos formas en las que el ser humano puede relacionarse: como sujeto con un objeto, y como sujeto con un sujeto; ambas son elementos integrantes de la Teoría de Enfermería Humanística (7, 8).

En la relación enfermera-paciente en POPT de una RVM tanto el uno como el otro pueden ser vistos como sujeto (*tú*) o como objeto (*eso*). Cuando la enfermera transforma al paciente en objeto, también ella se transforma en objeto. Esto sucede al reducir al paciente a una vida biológica, cuando es considerado por el equipo de enfermería como un caso clínico, un receptor de procedimientos científico-técnicos. Al mismo tiempo, en este caso, el paciente ve a la enfermera como ejecutora de procedimientos. Esta situación cambia cuando existe el diálogo, de manera que se valoran las quejas, se da oportunidad de expresar sentimientos, emociones y preocupaciones, se dan explicaciones de los procedimientos que se realizan y se aclaran las dudas que van surgiendo, se crea un ambiente de confianza y confort, se respeta la privacidad y se demuestra atención y afecto.

Pero, independiente de si los fenómenos del paciente en POPT de una RVM expresan aspectos a mantener o a atender, estos deben interpretarse por la enfermera del servicio de hospitalización como un llamado que el paciente hace, ante el cual ella debe responder.

Los llamados pueden corresponder a la objetividad del ser y a su subjetividad. La enfermera debe estar atenta y disponible para responder de la manera más acertada, de tal forma que promueva el bienestar, comodidad y confort del paciente. Un caso usual en el paciente en

POPT de una RVM es el llamado frecuente; este puede denotar necesidad de presencia de otro ser, miedo, inseguridad, angustia, temor, tristeza, descontento, sufrimiento; por tanto la enfermera debe estar en capacidad de responder y esto se logra cuando ella es auténtica en su presencia, cuando tiene una actitud percibida por el paciente como de disposición, y cuando como resultado de esto se da el diálogo entre los dos (9).

Es importante que la enfermera, que es quien más trata a las personas que sufren, sepa transmitirles la dimensión positiva del sufrimiento, ayudarles a descubrir su metasentido, en el que el sentido se hace razonable, para saber incorporar en sus vidas los valores más preciados y positivos. Pero para esto es necesario que, previamente, la enfermera tenga la suficiente sensibilidad y el adecuado conocimiento de la naturaleza humana, para concebir el sufrimiento no como un factor disolvente de la persona, sino como una realidad plena de sentido y como una oportunidad para que el paciente golpeado por el dolor y el sufrimiento pueda recobrar la autoidentidad y estima personal (10). Ninguna enfermera puede decirle a un paciente lo que es el sentido, pero sí puede decirle que la vida tiene un sentido e incluso que conserva ese sentido en todas las condiciones y circunstancias, gracias a la posibilidad de encontrar un sentido incluso en el sufrimiento, de transformar el sufrimiento en el plano humano en algo positivo (11).

Esto hace parte de la respuesta que el paciente espera. La enfermera del servicio de hospitalización logra dar la respuesta de cuidado a un llamado de ayuda cuando, además de lo mencionado, comprende el significado de la experiencia vivida por el paciente y le ayuda a buscar potencias que contribuyan a dar el sentido que ya se ha mencionado, y que le hagan menos penosa la situación. Es así como, durante el encuentro que se genera de esta relación interhumana, se volcará totalmente hacia la búsqueda del bienestar y el estar mejor del paciente y de la misma enfermera.

Para terminar, es importante tener en cuenta que el diálogo, el encuentro y el llamado-respuesta tendrán efectos mucho mejores en el bienestar y estar mejor del paciente si se intenta cambiar el ambiente frío e impersonal del hospital por un ambiente de cuidado, fortaleciendo ciertas condiciones como la presencia de familiares, disponibilidad afectiva de las enfermeras,

proporcionando información y orientación sobre el proceso que el paciente vive, utilizando un lenguaje que fácilmente permita su entendimiento y que contribuya a disminuir la angustia y ansiedad que le genera el contexto que lo rodea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Departamento Administrativo de Estadística (DANE). Estadísticas vitales. Fecha de consulta 15 de agosto de 2007. En: www.dane.gov.co
- (2) Guerra P. Sociedad Colombiana de Cirugía Cardiovascular. Observación inédita; 2005.
- (3) Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
- (4) Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Acuerdo 7, acta 5 de 2004. Conformación y Reglamentación del Comité de Ética en Investigación.
- (5) Ariza C. Cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. [Tesis doctoral]. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2009.
- (6) Pereira ER, Trentini M. El cuidado de enfermería en la unidad de terapia intensiva (UTI): teoría humanística de Paterson y Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004; 12(2):423.
- (7) Teoría de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no dialogo vivido. *Rev. Enferm. UERI*. 2006; 14(3):470-475 [consultado el 15 de julio de 2008]. En: <http://www.humanisticnursing.com>.
- (8) Do Carmo Soares A, Moreira MV, Cardoso L. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. *Ciencia y Enfermería XII*. 2006; 12(1):73-81.
- (9) Schneider DG, Maia AM, Aparecida M, Martins JJ. Acolhimento ao paciente e familia na unidade Coronariana. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008; 17(1):81-89.
- (10) Frankl V. El hombre en busca de sentido. 18ª. ed. Barcelona: Herder; 1996.
- (11) Frankl V. La psicoterapia al alcance de todos. 7ª. ed. Herder; 2003.