

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO



EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS POSTOPERADAS
DE CIRUGÍA CARDÍACA HOSPITALIZADAS EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE:
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

AUTORA: LIC. MYRIAM ELIZABETH CALDERON RUIZ

CHICLAYO, PERU 2012

**EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS
POSTOPERADAS DE CIRUGIA CARDIACA
HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

POR:

Lic. Myriam Elizabeth Calderón Ruiz

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado de:

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Francisca Constantino Facundo
Presidente de Jurado

Mgtr. Mercedes López Díaz
Secretaria de Jurado

Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2012

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	08
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
13	
1.1. Antecedentes	13
1.2. Bases teórico- conceptuales	15
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO	
18	
2.1. Tipo de investigación	18
2.2. Abordaje metodológico	19
2.3. Sujetos de la Investigación	22
2.4. Escenario	23
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	25
2.6. Procedimiento	26
2.7. Análisis de los datos	27
2.8. Criterios éticos	28
2.9. Criterios de rigor científico	30
CAPITULO III: RESULTADOS FINALES	
32	
CONSIDERACIONES FINALES	
52	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
55	
ANEXOS	60

DEDICATORIA

El presente trabajo va dedicado a las personas que más quiero en este mundo: a mi esposo Elmer, y a mis hijos Rossy y Martin.

A mis padres Juan y Natalia, por su valioso ejemplo de trabajo, sacrificio y por sus valiosas bendiciones que me alentaron desde pequeña a ser constante y a no defraudar a las personas que me quieren y me rodean.

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento a Dios, por ser quien ilumina mi camino, por haberme ayudado a crecer como persona y a desarrollarme tanto en mi vida profesional como espiritual.

A mi asesora y amiga Mary Susan , por brindarme su experiencia profesional, apoyo y tiempo empleado en orientarme y guiarme para poder concluir con éxito este trabajo de investigacion.

RESUMEN

La presente investigación de tipo cualitativo, con abordaje de estudio de caso, titulado “Experiencias de las personas postoperadas de cirugía cardíaca hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos (UCI)”, tuvo como objetivos describir y analizar las experiencias de las personas postoperadas de cirugía cardíaca hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, el marco teórico se sustentó en los estudios realizados por: Beltrán Salazar, O. (2006 y 2007), Baena Zapata y colaboradores (2007). Para la recolección de la información, los sujetos de investigación estuvieron conformados por 8 personas adultas cuyas edades oscilaron entre 36 a 70 años, quienes previa firma del consentimiento informado se les aplicó la entrevista semiestructurada. Para el procesamiento de datos se utilizó el análisis temático de Lupiccino A. (2004); como criterios éticos se utilizó los propuestos por Sgreccia (2009) y como criterios de rigurosidad científica se utilizó los propuestos de Guba y Lincoln (1985). Se obtuvieron las siguientes categorías: Experimentando reacciones de angustia y desesperación y Temiendo a la muerte. Llegando a las siguientes consideraciones: El conocer con profundidad las experiencias vividas por las personas postoperadas de cirugía cardíaca hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos, va a permitir establecer acciones de enfermería dirigidas a minimizar sentimientos negativos y favorecer así una evolución más satisfactoria de su proceso de enfermedad contribuyendo al proceso de humanización de los cuidados.

Palabras claves: experiencia, cirugía cardíaca, cuidados de enfermería, unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

This qualitative research approach, with case study, entitled "Experiences of people operated post cardiac surgery hospitalized in intensive care unit (ICU)," aimed to describe and analyze the experiences of people post operated heart surgery hospitalized in the intensive care unit, the theoretical framework was based on studies conducted by: Beltran Salazar, O. (2006 and 2007), Baena Zapata et al (2007). For data collection, research subjects were composed of 8 adults whose ages ranged from 36 to 70 years, who after signing the informed consent were administered the semistructured interview. Data processing was used thematic analysis Lupiccino A. (2004), was used as ethical criteria proposed by Sgreccia (2009) and as scientifically rigorous criteria used and the proposed Lincoln Guba (1985). We obtained the following categories: Experiencing distress reactions and Fearing hopelessness and death. Getting to the following considerations: Knowing in depth the experiences of people post cardiac surgery hospitalized in the Intensive Care Unit, will allow to establish nursing actions aimed at minimizing negative feelings and thus to encourage their successful developments disease process contributing to the process of humanization of care.

Keywords: experience, cardiac surgery, nursing care, intensive care unit.

INTRODUCCION

En las unidades de cuidados intensivos (UCI) se realiza el cuidado a personas en estado crítico, con distintas patologías o eventos, que por su condición, requieren de un cuidado especializado, con el apoyo del personal y equipo técnico que ofrezca una monitorización, cuidado, terapéutica, oportuna y efectiva¹. Estas unidades están identificadas como centros aislados, los cuales están abastecidas de alta tecnología, y que debido a su estructura tanto física como organizacional se constituyen en lugares llenos de soledad y estrés, no solo para las personas hospitalizadas, sino también para la familia, los cuales lo relacionan con sensaciones de sufrimiento y muerte; también estas unidades son consideradas como lugares hostiles, en donde las personas que sufren una enfermedad grave tienen experiencias negativas durante la hospitalización.

Estas experiencias negativas se relacionan con la enfermedad y sus implicancias físicas y psicológicas, como la utilización de medios terapéuticos y de diagnóstico, los problemas cognitivos y de comunicación, la ansiedad, el temor, la soledad y el aislamiento, causan en las personas hospitalizadas, sentimientos de desasosiego, temor, dolor, pobre capacidad de adaptación, ansiedad, estrés y sensación de aproximación a la muerte². En este ámbito también, experimentan muchos temores relacionados con

su situación de salud, porque desconocen el curso de su enfermedad, experimentan dolor físico y sufrimiento, a estos sentimientos se suman la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en la UCI una experiencia poco placentera además que está cargada de incertidumbre afectando la condición del paciente³.

Por otro lado las experiencias de las personas durante la estancia hospitalaria y más en concreto, las sensaciones vividas en las unidades de cuidados intensivos, han provocado que hace más de dos décadas se hayan convertido en objeto de estudio. Es a partir de esta problemática, que muchos enfermeros en el mundo han venido planificando y desarrollando el cuidado de la persona en estado crítico a partir de estas demandas emocionales, teniendo en cuenta que las situaciones de salud que atraviesa una persona hospitalizada en la UCI difieren mucho de una y otra, dependiendo de su edad, tiempo de estancia y fundamentalmente de su estado clínico.

Con referencia a lo anterior y teniendo en cuenta que las personas en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca necesitan de los cuidados que brindan la unidad de cuidados intensivos, debido a la alta complejidad de la cirugía, y a quienes a pesar que se les brinda una orientación previa, siempre están influenciados por el temor, el miedo.

En las últimas décadas la cirugía cardíaca ha experimentado un desarrollo espectacular, así lo evidencian, las cifras estadísticas realizadas en los Estados Unidos, donde en el año 2007 se llevaron a cabo casi 408,000 procedimientos de bypass coronarios⁴.

En el Perú, en el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca. Lima-Perú (INCOR)⁵, han realizado 2000 cirugías de alta complejidad, de los cuales el 60% son causadas por diabetes, hipertensión y dislipidemia.

Así mismo en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo-Perú, donde se llevó a cabo esta investigación, se realizan operaciones de

cirugía cardiaca de alta complejidad, así tenemos que desde el mes de Enero a Noviembre del 2010 se han operado a 135 personas con diferente patologías. Estas personas son llevadas previa a su intervención quirúrgica a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde reciben orientación brindada por la enfermera la cual es responsable de hacerle conocer la unidad, de informarle que, una vez terminada la operación lo trasladarán a la UCI, donde recibirá todos los cuidados que necesita después de su intervención quirúrgica, los cuales van a ser brindados por la enfermera quien permanece a su lado las 24 horas del día, para luego proceder a explicarles que una vez que despiertan de la anestesia ellos van a tener un tubo en la boca, por el cual van a poder respirar y se les conectara a un ventilador mecánico, debido a que llegan en coma anestésico y no pueden respirar por sí solos, esto durará hasta que ellos despierten y como consecuencia de esto va hacer difícil que puedan comunicarse. Para el retiro de este tubo de ellos dependerá ya que tienen que colaborar en todo lo que se les diga, al mismo tiempo se les monitoriza sus signos vitales como presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno etc., también le informa que deberán permanecer con sujeción física, para evitar el retiro accidental y traumático de catéteres, drenes, sondas, etc.

Posteriormente una vez concluido el acto quirúrgico la persona es trasladada a la UCI, donde es recepcionado por la enfermera quien inmediatamente lo conecta al ventilador mecánico el cual se encuentra programado según datos de la persona post operada, para luego monitorizar signos vitales (FC, PA, PVC, SO₂), revisa: estado de catéter central, verifica soluciones inotrópicas, apósitos de herida operatoria, así como la permeabilidad de los drenes tanto pleurales o mediastínicos y de la sonda Foley.

La persona postoperada puede despertar mientras se le está brindando estos cuidado iniciales, este despertar es tórpido, a pesar que la enfermera le comunica que ya está operado y se encuentra en la UCI, hacen caso omiso y se tornan intranquilos, por lo tanto la enfermera en

coordinación con el médico procederá a administrar la sedación, para que la persona logre acoplarse al ventilador, lo cual permitirá el destete ventilatorio lo más pronto posible.

Por lo tanto, las experiencias vividas por estas personas durante este proceso se agudizan directamente por la presencia del tubo endotraqueal, que no les permite comunicarse con el personal, la ausencia de la familia, la incertidumbre de la evolución de la intervención quirúrgica, la sujeción física, el sonido de los monitores y ventiladores, son factores desencadenantes de estrés.

Frente a esta problemática la investigadora desde el momento que ingreso a trabajar en la Unidad de Cuidados Intensivos, siempre tuvo la inquietud de saber; ¿Que sentían y pensaban las personas postoperadas de cirugía cardíaca, cuando estaban con el tubo endotraqueal y conectados a la ventilación mecánica?, probablemente también eran muchas las preguntas que se hacían estas personas como: ¿Hasta cuándo estaré con este aparato?, ¿Cómo será mi vida después?, ¿Quedaré bien?, motivo por el cual se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de las personas post operadas de cirugía cardíaca hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, 2011?

Teniendo como objeto de investigación las experiencias de las personas postoperadas de cirugía cardíaca, cuyos objetivos son el describir y analizar las experiencias de las personas post operadas de cirugía cardíaca hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

La cirugía cardíaca ha experimentado un desarrollo espectacular en los últimos 10 años, ofreciendo mayores expectativas en la calidad de la atención post operatoria brindado por la enfermera, quien permanece al lado de la persona post operada de cirugía cardíaca las primeras 24 horas, donde necesita una vigilancia extrema.

Todos los pacientes post operados de cirugía cardíaca tienen sus propias experiencias, durante la evolución de la operación y el proceso de

hospitalización en la UCI, es por este motivo este estudio es relevante porque permitirá que la enfermera conozca el proceso individual que cada paciente experimenta acerca de la subjetividad de la enfermedad y la operación, el conocimiento de sus opiniones, sus vivencias así como el significado y la interpretación que tiene con respecto al proceso que está experimentando el cual debe ser contemplado por encima de los instrumentos de diagnósticos. Permitirá que las enfermeras, que laboran en la UCI del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo reflexionen sobre cómo pueden articular sus conocimientos con un cuidado humanizado basado en las experiencias de las personas postoperados de cirugía cardíaca.

CAPITULO I: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos la investigación cualitativa de tipo fenomenológico de Vásquez Vigil, titulada: Vivencias del paciente adulto sometido a ventilación mecánica, realizada en el Hospital José Cayetano Heredia Servicio UCI-ESSALUD- Perú 2007⁶, que tuvo como objetivos: Identificar las emociones y sentimientos experimentados por el paciente sometido a ventilación mecánica, obteniendo como resultados que se debe: Fortalecer el desarrollo de nuevos mecanismos de afrontamiento que ayuden al paciente a adaptarse armónicamente a esta experiencia, así como maximizar la calidad en el cuidado humano de enfermería integrando realmente los aspectos biopsicosociales en el quehacer profesional, para responder y actuar acertadamente en la satisfacción de las necesidades del ser humano.

A nivel internacional tenemos la investigación cualitativa, tipo fenomenológica, realizada en Medellín, Colombia, 2007, de Beltrán Salazar Oscar Alberto, titulada “El significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo”⁷, que tuvo como objetivos: Describir el significado que tiene la experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo, llegando a los siguientes resultados: los participantes describen la UCI como un lugar de soledad, tristeza, frío y olores propios, en donde se recibe un cuidado especial; un lugar en donde la palabra y el diálogo tienen fuerza sanadora, que motivan, emocionan y ubican en la realidad, pero también molestan y causan angustia, y en donde se debe ser buen paciente para recibir el cuidado de enfermería y merecer el elogio de los mismos.

Del investigador antes mencionado también ha realizado la investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, titulado: “La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo, realizado en Medellín, Colombia, Abril-Octubre 2009⁸, teniendo como

objetivo: describir el significado, para los pacientes gravemente enfermos, de estar hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo, teniendo como resultados: el de describir la “dureza” de la experiencia y las dificultades que se presentaron durante el episodio de la enfermedad, así como también el sufrimiento físico, psicológico y algunas condiciones que contribuyeron para que el sufrimiento estuviera presente.

Finalmente tenemos la investigación cualitativa, de tipo etnográfico de Baena Zapata y colaboradores, titulada: “El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo, realizada en Medellín, Colombia 2007⁹, tuvo como objetivos: Describir las experiencias personales que influyen en la aparición de temor durante la hospitalización en la UCI. Describir los aspectos inherentes al cuidado que pueden favorecer la aparición de temor en el paciente hospitalizado en UCI. Obteniendo como resultados: El temor es el estado en el que una persona o grupo de personas experimentan una sensación de trastorno fisiológico o emocional en relación con una fuente identificable que se percibe como peligrosa. Algunos aspectos de las unidades de cuidado intensivo puedan causar temor en el paciente crítico tales como: la cercanía de la muerte, las características del entorno, la falta de autonomía, entre otros.

1.2. BASES TEORICO-CONCEPTUALES

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó como sustento los conceptos de: experiencia, cirugía cardíaca, unidad de cuidados intensivos.

La experiencia es aquella forma de conocimiento o habilidad, la cual puede provenir de la observación, de la vivencia de un evento o bien de cualquier otra cosa que nos suceda en la vida y que es plausible de dejarnos una marca, por su importancia o por su trascendencia¹⁰.

De la misma manera tenemos que experiencia es el hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo. Práctica prolongada que

proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo. Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas¹⁰.

El ser humano tiene la capacidad de adquirir conocimientos a partir de la experiencia. Por lo tanto, las experiencias son una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la vivencia de un evento proveniente de las cosas que suceden en la vida. El concepto de experiencia generalmente se refiere al conocimiento procedimental (como hacer algo), normalmente el conocimiento está basado en la experiencia del conocimiento empírico.

Larrosa¹¹, nos dice que la experiencia es “lo que nos pasa”, lo que nos sucede, pero al tratar de definirla puede ser difícil, empero, consideramos que si vale la pena conceptualizarla: no es tarea vana, no ilícita. La experiencia es, pues, lo que le sucede, experimenta y viva el sujeto.

Para la investigadora, el concepto de experiencia vendría a ser el conjunto de situaciones o vivencias personales que permiten a las personas la capacidad de adquirir conocimientos y habilidades, las cuales van a contribuir a enriquecer e incrementar la sabiduría, permitiendo de esta manera sacar provecho de las vivencias.

La cirugía cardíaca es una intervención que consiste en detener temporalmente el corazón, siendo reemplazado por una bomba de perfusión y oxigenación (bomba de circulación extracorpórea). Dentro de las intervenciones quirúrgicas que desarrolla la cirugía cardíaca, las más usuales son: Valvulopatía mitral, valvulopatía aórtica, valvulopatía tricúspide, cirugía coronaria de revascularización, bypass con injerto de safena interna o de mamaria interna¹².

La cirugía cardíaca ha experimentado un desarrollo muy importante durante los últimos 25 años, elevando la calidad de vida de los pacientes con patología coronaria, adquirida o congénita; gracias a diversos factores como: mejoras y afianzamiento en las técnicas diagnósticas (cateterismos cardíacos), perfeccionamiento en la técnica quirúrgica, diseño y fabricación de prótesis valvulares, mejoras en las técnicas de la circulación

extracorpórea, y por último la calidad de la atención postoperatoria, no solo material, sino de la enfermera quien es la persona que más tiempo permanece tras la intervención quirúrgica. Ese avance se expresa en que la persona post operada de cirugía cardíaca, solamente permanece de 2 a 5 días en la unidad de cuidados intensivos.

Después de lo anteriormente expuesto, la investigadora define la cirugía cardíaca como aquella operación de alto riesgo para el paciente, que consiste en abrir el tórax, con la finalidad de reparar el miocardio, las válvulas, las arterias u otras estructuras del corazón; utilizando un sistema de circulación extracorpórea, la cual ayuda a suministrarle sangre oxigenada al cerebro y otros órganos vitales durante el acto operatorio. Significa entonces que las personas post operadas inmediatas de cirugía cardíaca, van a ser admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos, lugar donde se les brinda los cuidados de enfermería y además reciben la ayuda de la tecnología existente en dicha unidad.

Martinez¹³, nos define la UCI, como un sistema de asistencia clínica que atiende a personas en los que existe o pudiera existir un compromiso severo de las funciones vitales y el cual tiene que ser reversible.

Según Baena³, la unidad de cuidados intensivos es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados, bien sea por un trauma, en el post operatorio o en la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.

El concepto de cuidados intensivos, fue creado por la enfermera Florence Nightingale en 1854, durante la guerra de Crimea, quien considero que era necesario separa a los soldados en estado de gravedad, de aquellos que solo tenían heridas menores para cuidarlos de manera especial, logrando reducir la tasa de mortalidad de un 40% a un 2%. En 1950, el anestesiólogo Peter Safar desarrollo un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados. La primera Unidad de Cuidados Intensivos se creó en Copenhague en 1953,

como respuesta a una epidemia de poliomielitis, donde surgió la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los enfermos. Con el paso del tiempo, estas unidades se fueron creando en los hospitales de todo el mundo y con los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina, existen unidades de cuidados intensivos específicas para diferentes especialidades de la salud¹⁴.

En efecto para la investigadora, una unidad de cuidados es aquel servicio donde se brinda atención especializada en forma oportuna y continua a toda persona que padece de alguna enfermedad grave y cursan con alto riesgo de complicación, siempre y cuando sean recuperables. Tal como se ha visto en la UCI se encuentran las personas que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas. Debido al estado en que se encuentran estas personas, es un área donde laboran personal altamente especializado y entrenado.

CAPITULO II: MARCO METODOLOGICO

2.1. TIPO DE INVESTIGACION

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, entendido como un proceso de reflexión y análisis de la realidad a través de la utilización de métodos y técnicas para la comprensión detallada del objeto de estudio en su contexto y así mismo su estructuración, con la intención de explorar y comprender ampliamente la experiencia humana vivida por las personas cuando padecen una enfermedad grave o crítica y se encuentran hospitalizados en la unidad de Cuidados Intensivos.

Canales¹⁵, refiere que la investigación cualitativa, es entendida como una investigación social, que estudia fenómenos que no son explicados a través de números e índices, que son analizados como sistemas complejos interrelacionados desde el punto de vista humano, que utiliza la descripción de los hechos en la generación de conocimiento y que permite entender los fenómenos del mundo.

Para Siles, Solano, Cibanal¹⁶, la investigación cualitativa es una aproximación sistemática subjetiva, que se utiliza para describir las experiencias de la vida y darles un significado. La investigación cualitativa se centra en la comprensión de la globalidad, por lo que es coherente con la filosofía holística de la enfermería.

De los anteriores planteamientos, la investigadora deduce que una investigación cualitativa, es el método mediante el cual se estudia la realidad en su contexto, de lo cotidiano, busca comprender su fenómeno de estudio en su ambiente usual como vive, se comporta y actúan las personas.

Es por ello que se utilizó la investigación cualitativa, puesto que ayudara a describir las experiencias vividas dentro del contexto en donde se suceden los hechos, esto es en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo-Perú.

2.2 ABORDAJE METODOLOGICO

La investigación se realizó, teniendo como base el estudio de caso.

Según Prats¹⁷, estudio de caso es una metodología que permite trabajar temas geográficos, históricos o sociales reales, concretos, existentes y, partiendo de ellos poder construir visiones generales, conceptos sociales y dotarse de instrumentos metodológicos para acercarse con rigor a otros casos.

Para Yin¹⁸, los interrogantes de investigación, o preguntas de estudio, son el primer elemento del diseño de cualquier investigación. Estos interrogantes identifican el problema central de la investigación e indican que metodología de investigación será la más adecuada. También propone sofisticar el diseño de investigación aplicando diferentes unidades de análisis sobre el mismo caso.

Rojas¹⁹, manifiesta que el estudio de caso es un procedimiento que permite centrar la atención en alguna institución o persona que se considera típica o que se elige de manera intencional, para obtener información amplia, profunda y conocer con detalle los diversos aspectos, manifestaciones y situaciones que ha tenido o tiene el caso que se estudia. Para ello se utilizan la entrevista, la observación y el análisis de documentos. El estudio de caso permite, bajo determinadas circunstancias, generalizar para otros casos aquellas situaciones o elementos que se consideran comunes.

De la misma manera, Burns²⁰, refiere que un estudio de caso comprende el análisis profundo y una descripción exhaustiva de un paciente o de un grupo de pacientes con características similares con el fin de facilitar la comprensión de las intervenciones de enfermería.

En consecuencia para la investigadora a través del estudio de caso se afronta la realidad desde un análisis detallado de sus elementos y de la interacción que se produce entre ellos y su contexto, para llegar mediante un proceso de síntesis a la búsqueda del significado y a la toma de

decisiones sobre las experiencias vividas por las personas postoperadas de cirugía cardíaca de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, ESSALUD- Chiclayo-Perú.

Andrade²¹, nos dice que el estudio de caso consta de 5 etapas o fases:

Etapa exploratoria: definición clara y precisa del tema, enunciando las cuestiones orientadoras. Es el paso más importante de toda investigación científica. Se debe dedicar paciencia tiempo y perseverancia, pues una pregunta mal formulada puede comprometer todo el estudio. Esta fase se inició con la elección del tema a investigar, la búsqueda sistematizada de datos y la revisión de la literatura.

Planeamiento: A partir de lecciones derivadas del marco teórico y las características del caso. Incluye la construcción de un protocolo de aproximación con completar el estudio. El protocolo es un conjunto de códigos, términos y procedimientos suficientes para replicar el estudio, o aplicarlo en otro caso que mantiene características similares con el caso de estudio original. El punto central del protocolo, es que debe ser construido desde el comienzo del proyecto, junto a una serie de argumentos que, de hecho, reflejan la realidad de la investigación. Los puntos son hechos conforme a los propósitos del investigador y deben funcionar como una especie de Checklist, para que el investigador pueda recordar todas las acciones para la realización del trabajo, en particular las preguntas de la información que debe recogerse y las razones de su recogida. Esta fase es la correspondiente a la redacción y formulación del proyecto de investigación, donde se procedió a realizar una búsqueda minuciosa de la información necesaria como los antecedentes la construcción del marco teórico y marco metodológico.

Recolección de datos y evidencias: Existen dos tipos de datos: los primarios que son los recogidos directamente de la fuente y, los secundarios que son los datos ya recolectados que se encuentran organizados en archivos, banco de datos, anuarios estadísticos, etc. Las técnicas para la recolección de datos incluyen: observación, observación

participante, entrevista, focus group, análisis de contenidos, cuestionario y escalas sociales de actitudes.

Para la ejecución de la investigación se acudió al Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. ESSALUD. Chiclayo-Perú, donde se realizó las coordinaciones necesarias y se llevó a cabo la investigación, lográndose obtener la información necesaria, mediante el uso de la entrevista semiestructurada, en la que participaron los sujetos de investigación, previos a ello se realizó la validación del instrumento a utilizar.

Análisis de resultados: No hay una guía única para analizar los resultados de un estudio de esta naturaleza. La mayor parte de evaluaciones y análisis de datos es realizado paralelamente con el trabajo de recolección. Las triangulaciones de datos o el encadenamiento de evidencias, eventualmente realizadas junto con el trabajo de campo, darán fuerza, confiabilidad y validez a los hallazgos de la investigación y las conclusiones.

En esta etapa la información obtenida se transcribió manteniendo su integralidad, se realizó un análisis pormenorizado y profundo de todos los datos que se obtuvieron, luego se aplicó el análisis de contenido temático para categorizar la información, se consideró categorías y subcategorías. El diario de campo a lo largo de toda la investigación sirvió de utilidad para registrar hechos relevantes, así como las reflexiones y deducciones que el investigador realizó a lo largo de toda la investigación.

Presentación del informe: Como no se tiene una jerarquía e independencia entre las fases de construcción de una investigación de esta naturaleza, no es preciso escribir solo cuando se terminó la recopilación de datos. La composición del texto debe entenderse como una oportunidad única para exponer una importante contribución al conocimiento y la práctica de la investigación.

Los capítulos, secciones, sub secciones y las demás partes integrantes de una tesis deben ser organizados de alguna manera, esa organización constituye la estructura del informe. Diversas son las alternativas de las

estructuras: Estructura Analítica Lineal, Estructura Cronológica y Estructura de la Incertidumbre.

Se consideró la redacción en este caso usando el modelo de la Estructura Analítica Lineal, es decir, se realizó siguiendo el esquema de presentación de trabajos cualitativos requerido por la Escuela de Post Grado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, considerando que la estructura analítica lineal, como un enfoque estándar.

2.3. SUJETOS DE INVESTIGACION

Para la selección de los sujetos de investigación se tomó en cuenta los criterios de inclusión o exclusión. Los criterios de inclusión: son los que determinan las reglas de ingreso al estudio. Entre más rígidos sean, más pequeña será la población a la cual se extrapolen los resultados²².

Los sujetos de investigación estuvieron conformados por todos los personas postoperados mediatos de cirugía cardíaca con una estancia de 3 a 5 días en la Unidad de Cuidado Intensivo, tanto hombres como mujeres que oscilan las edades entre 35 a 65 años; teniendo como patologías operatorias: cambio valvular mitral, cambio valvular aórtico y bypass aorto coronario, a quienes previo consentimiento informado se les realizó la entrevista. Todos los sujetos de la investigación, fueron seleccionados por saturación y redundancia, los cuales se alcanzó cuando la investigadora obtuvo información similar o cuando los informantes no expresaron algo diferente a los resultados ya obtenidos. Dentro de los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta fueron: los personas que se encuentran hospitalizadas en la UCI, pero que no fueron operados de cirugía cardíaca y las personas que si fueron operadas de cirugía cardíaca pero que cursaron con complicaciones postoperatorias.

2.4. ESCENARIO

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Nacional

Almanzor Aguinaga Asenjo, lugar donde se realizó el presente estudio, viene funcionando en el segundo piso. Cuenta con 3 oficinas principales: Secretaria, Enfermera Jefe y Médico Jefe. Un ambiente que sirve como vestidores para el personal de enfermería, acondicionada también para el momento de refrigerio. Además cuenta con 2 ambientes que sirven de almacén para el material médico de uso diario, un tópicos donde se ubica el coche de medicamentos y donde se preparan los mismos antes de su administración; también guardan, preparan los set de monitoreo hemodinámico; almacenan los accesorios de ventilación mecánica, se mantiene el ventilador portátil y el monitor de transporte cargándose con la fuente eléctrica. En otro ambiente está el tópicos donde el personal técnico lava y esteriliza el material.

La capacidad que tiene es para 10 personas, cifra que queda insuficiente para la gran demanda que tiene el servicio. Se le considera como una UCI polivalente, se atienden personas de diferentes edades a partir de los 28 días de nacido, con diferentes diagnósticos médicos y quirúrgicos, las personas operadas son de gran complejidad como microquirúrgicos, cirugías cardíacas de niños y adultos, cirugías abdominales, gine-obstréticas complicadas.

Se encuentra iluminada por luz artificial las 24 horas del día, cuenta con sistemas de aire acondicionado; en el área donde se encuentran las personas hospitalizadas no posee ventanas, esto hace que la persona se desorienta y pierda rápidamente la noción de día y de noche, también es muy característico en la unidad los sonidos y alarmas que se derivan de los monitores EKG, bombas infusoras y ventiladores mecánicos,

La visita de la familia está restringida, solo se les permite 1 hora por la tarde y en casos excepcionales pasarán antes los familiares de las personas hospitalizadas, las cuales permanecen en una sala de espera en la parte externa de la UCI.

Los 10 cubículos tiene un área de 2x2 m², separados uno de otro por ventanas de vidrio, en cada una de ellos se observa un monitor

multifuncional, una cama con ruedas y barandas, soportes para sueros, bombas infusoras, un ventilador mecánico, oxígeno y sistema de aspiración empotrados. Además se aprecia un velador a lado de cada cama en donde se coloca material de atención como guantes estériles, gasas, electrodos, sondas de aspiración y útiles de aseo.

Entre cada 2 cubículos se ubica un escritorio donde se sitúa la historia clínica y la tablilla del control de las funciones vitales y el tratamiento médico. Desde aquí, la enfermera organiza su atención tanto asistencial como administrativa de ambos pacientes asignados. La distribución de las pacientes por enfermera no siempre obedece las reglas internacionales que rigen el desempeño en una unidad crítica, que es 2 pacientes para una enfermera, de tal manera que existen turnos en donde 3 pacientes están bajo el cuidado de una enfermera. Esta situación obviamente recarga el trabajo de la enfermera, puesto que los pacientes de UCI son de grado IV, esto sin contar los múltiples exámenes de diagnóstico a los que son sometidos como TAC, RX, Ecografías, ecocardiografías, interconsultas, procedimientos terapéuticos como colocación de Swang Ganz, mediciones de Gasto Cardíaco, entre otros donde la participación de la enfermera es activa.

Debido a la agresividad de la operación las personas postoperadas inmediatas de cirugía cardíaca necesitan los cuidados que brinda la Unidad de Cuidados Intensivos, y es la enfermera quien recibe a la persona post operada, se encarga de conectarlo al ventilador mecánico, verifica la permeabilidad de la vía aérea; luego realiza el monitoreo hemodinámico que consiste en valorar la frecuencia cardíaca, presión arterial, presión venosa central, la saturación de oxígeno, etc. verifica el estado neurológico utilizando la escala de Ramsey, estos valores son copiados en una hoja especial para observar la evolución de la persona postoperada; además observa el estado de las gasas o apósitos de la herida operatoria, verifica la permeabilidad de los drenes torácicos y sonda Foley.

2.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Un instrumento de recolección de datos es, en principio cualquier recurso del que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos la información. Es mediante una adecuada construcción de los instrumentos de recolección que la investigación puede manifestar entonces la necesaria correspondencia entre teoría y práctica: es más, podríamos decir que es gracias a ellos que ambos términos pueden efectivamente vincularse. Por eso los métodos de recogida de datos más comunes utilizados en los estudios cualitativos son la observación de los participantes, las entrevistas y el análisis de textos escritos entre otros²¹. En el presente estudio la investigadora utilizo la entrevista semiestructurada.

Hernandez²³, sostiene que la entrevista semiestructurada se basa en una guía de asuntos y preguntas, donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir las preguntas están predeterminadas).

Resulta oportuno mencionar que en la entrevista semiestructurada, el entrevistador ha utilizado un guión que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador. En el ámbito de un determinado tema, este puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlos en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir a las entrevistadas aclaraciones cuando no entiendan algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio de conversación.

Para la investigadora, una entrevista semiestructurada, vendría a ser un diálogo en que el investigador establece con una persona en particular sobre determinado tema en común. Este tipo de entrevistas es integral y el

entrevistador motiva al solicitante a ser él que más hable, dando como resultado la obtención de diferente información que obedezca al objeto de estudio.

Para esto la investigadora, realizó la validación del instrumento y delimitó los sujetos de estudio, a quienes previo consentimiento informado se les aplicó la entrevista semiestructurada, la validación del instrumento permitió realizar las modificaciones necesarias para recolectar información que obedezca al objeto de estudio.

2.6. PROCEDIMIENTO

Para la recolección de datos, en primer lugar se procedió a plantear las preguntas para la entrevista, se validó el instrumento con dos personas post operadas de cirugía cardíaca, por intermedio de los resultados que se obtuvieron se modificó las preguntas planteadas y se reestructuró el instrumento.

Las 8 entrevistas, se realizaron en el Servicio de Cirugía de Tórax, previo consentimiento informado, mediante el cual los sujetos de investigación accedieron a participar en la investigación en forma voluntaria, sin ser coaccionados por la investigadora. Así mismo se dio a conocer en forma detallada acerca de los fines y propósitos por el cual se realizó la investigación, especificando claramente la información.

Previa a las entrevistas, se hizo conocer a la enfermera jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, la realización de la investigación, debido que la investigadora labora en dicha unidad, para luego presentar la solicitud de autorización a la institución, lo que permitió a la investigadora tener el acceso a los integrantes de este estudio, al uso de la hoja del consentimiento informado y la hoja de instrumento a emplear. Además a cada sujeto de estudio se le hizo conocer el seudónimo por el cual iba a ser identificado, se solicitó la autorización del uso de una grabadora de mano; también, se consideró realizar las entrevista en el Servicio de Cirugía de Tórax, porque es un

ambiente tranquilo, lejos de los ruidos, interrupciones y factores de distracción, que pudieran interrumpir el desarrollo de la entrevista; realizándose las preguntas en forma clara, comprensible y con un lenguaje sencillo.

Luego de haber entrevistado a todos los sujetos de investigación se procedió a transcribir todas las entrevistas, tal como estaba grabado, sin alterar las palabras o discursos, se regresó a que los sujetos de investigación revisaran las entrevistas y nos dieran su aprobación, para luego dar inicio al análisis temático, para ello se empezó a revisar una y otra vez todos los discursos obtenidos, detectando lo más importante e identificando lo que se quería investigar.

Posteriormente con los resultados obtenidos se codifica y clasifica los datos, convirtiéndose en una forma de fácil acceso a la revisión y manipulación de los datos. Es así que, al haber seleccionado los fragmentos que tengan relación con el objeto de estudio, dieron lugar a las categorías y subcategorías.

2.7. ANALISIS DE LOS DATOS

Para el procesamiento de los datos se utilizó el análisis de contenido temático según Lupiccino²⁴, que es el más utilizado, parte de datos textuales, donde se descompone el corpus en unidades temáticas para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía. Es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existan entre estas en función de criterios preestablecidos. Así mismo, comprende tres etapas:

A. Pre análisis: En esta etapa de organización del material a analizar, en lo que se diseñó y definió los ejes del plan que permitió examinar los datos. En esta fase la investigadora, organizó las entrevistas de los participantes, procedió a la transcripción, a la lectura y relectura de dichas entrevistas, del diario de campo, tratando de comprender lo que las personas postoperadas de cirugía cardíaca que estuvieron hospitalizadas

en la UCI expresaban, lo cual brindó ideas claras y generales, para describir y analizar sus experiencias después de la operación cardíaca.

B. Codificación: Consiste en realizar una transformación de los “datos brutos” (el material original) a unidades temáticas. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro y la catalogación de elementos. Para esto luego de transcribir, leer y releer las entrevistas (datos brutos), se le dieron una numeración o se le asignó un seudónimo para luego realizar, la selección e identificación de fragmentos relacionados con las experiencias que puedan verter los sujetos de investigación.

C. Categorización: La organización y clasificación de las unidades temáticas obtenidas en base a criterios de discriminación. El criterio fundamental de categorización del análisis de contenido temático es semántico, es decir, la investigadora agrupo las unidades por similitudes en cuanto a su significado, para luego formar las categorías y subcategorías relacionadas con los objetivos y objeto de investigación.

2.8. CRITERIOS ETICOS

Los principios éticos de la persona se muestran por patrones constantes de conducta. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar, siendo necesario definirlos. Estos principios están basados en los principios de bioética de Elio Sgreccia²⁵.

Entre los principios éticos que la investigadora tuvo en cuenta tenemos:

- Principio del valor fundamental de la vida humana: Los sujetos participantes de la investigación serán personas normalmente capaces de tomar elecciones conscientes y libres, su dignidad de persona exige que sea él quien elija si acepta o rechaza la propuesta. No obstante la propuesta no debe ser arbitraria, ni caprichosa, ni emotiva, sino fruto de una valoración ponderada de la situación, valoración que solo es posible

después de un conocimiento suficiente de la intervención que se propone realizar, de las ventajas que se esperan obtener con fundamento y los riesgos y daños que comporta.

En el presente estudio, la investigadora pretendió enfatizar el respeto a la vida de las personas que participaron en el estudio; antes, de cualquier tipo de interés que pudiera afectar la integridad de la persona humana en sus diferentes dimensiones tanto físicas, psíquicas y espirituales.

- Principio de Totalidad: Se fundamenta en el hecho de que la corporeidad humana, es un todo unitario resultante de la conjunción de partes distintas que están unificadas orgánica y jerárquicamente en la existencia única y personal. La aplicabilidad del principio esta acondicionada por la naturaleza del todo, de las partes y de su relación mutua y la necesidad o conveniencia de procurar una mejor condición, existencia o actuación del todo.

En esta investigación se preguntó sobre las experiencias a las personas postoperadas de cirugía cardíaca, de tal manera que si en alguna oportunidad se detectaba alguna incomodidad o labilidad emocional fruto del recuerdo vivido cuando fue intervenido quirúrgicamente se tendría que suspender la entrevista hasta que mejore el estado emocional de la persona, tratando de no anteponer la investigación al bienestar del sujeto de investigación.

-Principio de Libertad y Responsabilidad: Toda persona tiene la libre determinación de ser libre para poder acceder o rechazar la intervención y todo acto de libertad viene a ser un horizonte de la responsabilidad ya que se respetará la autonomía, el valor de las opiniones y las elecciones. La investigadora se abstuvo de obstruir sus acciones y si en algún momento el sujeto de investigación decide no participar, se respetará la decisión. En la presente investigación se dio pleno uso de la libertad en la participación de las personas postoperadas de cirugía cardíaca. Por otro lado la investigadora mostro en el desarrollo de la investigación la responsabilidad de llevarla a cabo tal y conforme fue planteada en el

presente estudio sin modificar ninguno de sus momentos.

-Principio de Socialización y subsidiariedad: Los participantes del estudio viven en sociedad y sus aportes serán beneficiosos para las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos, así mismo los resultados van a servir para afianzar el cuidado humanizado que se brinda en estas unidades, igualmente servirán para la sociedad en general, porque serán difundidos a nivel local, regional, nacional e internacional.

2.9. CRITERIOS DE RIGOR CIENTIFICO

El rigor de la investigación, busca velar porque los datos estén completos, que sean de calidad y estén en un formato que faciliten su organización. Para ello se debe tener en cuenta los siguientes criterios: la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad²⁶.

La credibilidad se logró cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecto información que produjo hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. En el presente estudio, la credibilidad se dio en el momento en que se entrevistó a las personas postoperadas de cirugía cardíaca y luego que el investigador retorno con la transcripción de la entrevista a fin que los informantes reconocieran como verdaderas la información vertida y tengan la oportunidad de modificar o corregir lo que desearon informar.

El segundo elemento del rigor metodológico es la auditabilidad, se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logrará cuando otro(s) investigador(es) pueden seguir “la pista” al investigador original. Según lo antes mencionado la investigadora garantiza que los resultados pueden ser contrastados a través de otras investigaciones en situaciones similares, por ello se detallo de forma minuciosa, los pasos seguidos que documentaron todos los aspectos relevantes de la investigación.

La transferibilidad o aplicabilidad es el tercer criterio que se tuvo en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. En la investigación cualitativa la audiencia o el lector de la tesis son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por lo tanto, el grado de transferibilidad, es una función directa de la similitud entre los contextos²⁶. Mediante este criterio se garantiza que la investigación, puesta en práctica paso a paso en otro contexto, pueda obtener los mismos resultados similares, o pueda aplicarse en otras instituciones de salud donde quiera investigarse algún tópico relacionado al presente.

CAPITULO III: RESULTADOS FINALES

Luego de haber realizado el procedimiento metodológico surgen finalmente las siguientes categorías que a su vez están conformadas por subcategorías:

I.-Experimentando reacciones de angustia y desesperación por:

- 1.1- Falta de confort y comodidad.
- 1.2.- Desorientación en el tiempo.
- 1.3.- Sentimiento de soledad.
- 1.4.- Incertidumbre frente al mañana.
- 1.5.-Dificultad para la comunicación.

II.- Temiendo a la muerte.

I.- EXPERIMENTANDO REACCIONES DE ANGUSTIA Y DESESPERACIÓN

La angustia es un estado emocional doloroso y de sufrimiento psíquico donde el sujeto responde ante un miedo desconocido. Además del dolor psíquico, presenta cambios en el organismo como la sudoración, la taquicardia, temblores y sensación de falta de aire²⁷. De la misma manera, tenemos que la desesperación es un estado emocional intenso que se caracteriza por la pérdida total de la esperanza. La desesperación puede ser un síntoma de algunos trastornos psíquicos como la ansiedad o depresión²⁸.

Significa entonces que la angustia y desesperación son estados emocionales que, cuando son intensos y habituales, afectan negativamente a las personas, sin embargo estas tienen una función adaptativa, esto quiere decir que las personas pueden dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, las cuales están en relación en primer lugar con

la utilización de elementos y procedimientos que, aún cuando tienen propósitos terapéuticos, también conlleva a producir malestar, incomodidad e inseguridad, pues las UCIS son lugares cerrados, equipados con tecnología de punta donde muchas veces los pacientes pueden experimentar emociones negativas.

Con referencia a lo anterior se puede afirmar que a cada instante las personas experimentan algún tipo de emoción o sentimiento. El estado emocional varía a lo largo del día en función de lo que ocurre y de los estímulos que ellos perciban. Otra cosa es que tengan siempre conciencia de ello, es decir que sepan y puedan expresar con claridad que emoción experimentan en un momento dado. Es así como los sujetos de investigación nos hacen saber sus emociones de acuerdo a lo que sienten durante la hospitalización como lo manifiestan en la siguiente sub categoría:

1.1-FALTA CONFORT Y COMODIDAD

Las personas cuando presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizados, originándoles un alto grado de ansiedad y estrés, además del ya existente por causa de la enfermedad. Los cuidados de enfermería deben estar encaminados a disminuir estas emociones negativas las que influyen negativamente en su recuperación, Estos cuidados o intervenciones de enfermería son causa contribuyente o suficiente para proporcionar un estado de confort y comodidad.

Kolcaba²⁹ nos define confort o comodidad como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de

fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad como: alivio, tranquilidad y trascendencia.

Hablar de cuidados de comodidad y confort, se hace difícil si no se mantiene una mente abierta, libre, innovadora y se plantea todo un discurso que fluye, circula por caminos inciertos y difíciles, pues los requerimientos de esos cuidados están muy comprometidos con el respeto a los valores y creencias de las personas que los reciben³⁰.

El confort, es un elemento indispensable en la vida de todo ser humano, debido a que es sumamente importante para el buen desarrollo de las actividades diarias de las personas. El ser humano tiene una gran capacidad de adaptarse a condiciones ambientales debido a las necesidades de cada quien. Sin embargo el exponerse un tiempo prolongado a un ambiente incómodo, fuera de ese concepto de confort que cada quien tiene, provoca que el ser humano se estrese, comience a intranquilizarse, cambie su estado de ánimo y sus ganas de estar en tal espacio, así lo evidenciamos en los siguientes discursos:

“El estar acostado en una cama sin poder moverse realmente es una incomodidad, uno tiene tantas cosas adheridas al cuerpo como: el tubo orotraqueal, los drenes, los catéteres, las sondas y aunado a esto el dolor que siento en la herida...” (E6)

“Cuando desperté me dolía mucho el cuello y sentía una incomodidad para movilizarlo, ya que al inicio uno no se puede mover y si lo hacemos empezaba a sonar las maquinas...” (E7)

“Sentí que me faltaba el aire y en mi desesperación, quería retirarme el tubo de la boca, Pero no pude hacerlo, pues tenía las manos atadas...” (E8)

Es evidente entonces que las personas post operadas de cirugía cardíaca hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos, experimentan una serie de reacciones que los lleva a desesperarse y angustiarse; afectando las funciones de su organismo, debido a que ellos necesitan elementos terapéuticos y de diagnóstico que pueden ser invasivos y no invasivos los cuales producen efectos adversos o indeseados con alteraciones físicas y psicológicas, en ocasiones por déficit de conocimiento y comprensión del procedimiento realizado, o porque al ser invasivos pueden ser percibidos por el paciente como una alteración al bienestar⁸. Dentro de estos procedimientos que alteran el bienestar tenemos: intubación orotraqueal, ventilación mecánica, dispositivos intravenosos centrales, sondas nasogástricas y vesicales, drenes pleurales o mediastínicos y otros equipos de alta tecnología, que permiten conocer algunas variables fisiológicas, además contribuyen a la interpretación clínica de la persona post operada y de esta manera enfocar la terapéutica adecuada.

Donahue³¹ identifica la comodidad como una necesidad básica del paciente para lo cual se proporcionan los cuidados de enfermería. Resumió a través de la comodidad y las medidas de la comodidad, que la enfermera proporciona: fortaleza, esperanza, consuelo, apoyo, ánimo y ayuda.

En consecuencia, estos factores conllevan a la persona a vivir una experiencia diferente e incluso a darle un lugar especial debido a la gravedad de la enfermedad que está padeciendo y a cada uno de los componentes del cuidado que percibe por la enfermera. Cabe señalar que no solamente los instrumentos invasivos, son causantes de producir incomodidad y discomfort, sino también la sensación de frío, como así lo manifiesta el siguiente discurso:

“Cuando me acuerdo que estuve en la UCI, me viene a la mente que es un lugar donde hace mucho frío,

a parte que nos tienen sin ropa y creo que se aumenta aún más porque uno está solo.”(E3)

Como podemos apreciar el sujeto de investigación claramente nos dice que el ambiente de la UCI es un lugar muy frío y lo relaciona con la falta de ropa y la ausencia de sus familiares.

Beltrán⁸, nos manifiesta que el frío puede ser contribuido a varios factores; por un lado la temperatura es baja por la acción de los acondicionadores de aire y por la falta de abrigo. Por otro lado también se debería a la falla circulatoria, que se presenta con frecuencia: condiciones de bajo gasto cardíaco o hipovolemia, falla de bomba cardíaca o cambios en la resistencia vascular periférica con la consiguiente hipo perfusión de los tejidos y descenso de la temperatura corporal: la administración de soluciones frías por vía intravenosa, también puede contribuir a la sensación de frío. Lo mismo que la falta de calor humano que la familia brinda y que las personas operadas no encuentran en la enfermera.

A la experiencia de sentir frío, se suma el sonido constante provenientes de las alarmas de los equipos que cuenta una unidad de cuidado intensivo, que trae como consecuencia falta de comodidad y confort como lo manifiestan los sujetos de investigación en los siguientes discursos:

“Otro problema es el constante sonido que hacen los aparatos, cuando uno está conciliando el sueño, comienzan a sonar las alarmas verdaderamente que es muy incómodo.” (E3)

“Cuando quería descansar no podía por la bulla que hacían las máquinas, las alarmas de los monitores que se encuentran a nuestro alrededor y que están en funcionamiento las 24 horas del día.” (E4)

“Cuando ya me habían retirado el tubo de la boca, lo que quería era dormir, me sentía cansada, pero no me dejaba el sonido constante de las máquinas y la luz que todo el día permanecía encendida” (E6)

Como podemos apreciar en las manifestaciones, que la alta especialización de las unidades de cuidados intensivos, crea un ambiente estresante, generador de ansiedad y estrés para la persona post operada, debido a los ruidos inherentes que emiten los equipos de monitorización, haciendo que la permanencia en la UCI, sea una experiencia poca placentera, alterando de esta manera el bienestar de las personas enfermas al no poder tener un descanso y sueño adecuado.

Carrillo³² y colaboradores, opinan que el descanso y el sueño son aspectos fundamentales para mantener la salud. El gasto de energía que consumimos durante el día, se repone en parte durante el sueño y esto permite un funcionamiento óptimo del organismo.

Basco³³ y colaboradores nos manifiesta que los pacientes de cualquier tipo de hospital, por su propia patología, tienen desajustes en este tipo de necesidad. Mucho más si hablamos de las unidades de cuidados intensivos, donde el trabajo es constante, donde minuto a minuto se han de realizar técnicas, toma de constantes, administración de fármacos, sin olvidarnos de la gran tecnología que caracteriza a este tipo de unidades y todo el ruido que de ellas derivan, donde los pacientes y sus familiares lo conciben como una zona de peligro, un lugar inhóspito, de agresión, donde el peligro es inminente segundo a segundo.

Guevara³⁴ nos dice que estos aparatos generadores de sonidos irritantes producen en los pacientes ansiedad, todo esto de alguna manera afecta su estructura psicológica, llevándolos a experimentar sentimientos de temor, ansiedad, inseguridad e incapacidad para adaptarse a ese ambiente.

No solamente, el ruido que causan las alarmas de los equipos causan incomodidad en las personas postoperadas de cirugía cardíaca, sino

también el uso de la sujeción física, así lo manifiestan los siguientes discursos:

La primera noche que me operaron, quería cerrar mis ojos para no ver nada a mi alrededor, pero escuchaba a las enfermeras que caminaban de un lado a otro, parecía que otro paciente estaba muy delicado, quería taparme los oídos y no podía hacerlo porque tenía las manos amarradas.” (E5)

“Sentí que me faltaba el aire y en mi desesperación, quería retirarme el tubo de la boca, pero no pude hacerlo, pues tenía las manos atadas.” (E8)

Como podemos ver los sujetos de investigación experimentan toda una serie de situaciones de angustia y desesperación frente a estímulos externos, que los lleva a actuar en forma negativa sin importarles el daño que se realicen ellos mismos. El estar inmovilizado significa para los sujetos de investigación estar incómodo, con limitación de la libertad. A pesar de ser estos elementos necesarios en la terapéutica, se observa que las personas frecuentemente los rechazan y por este motivo se hace necesario recurrir a estas medidas terapéuticas con el fin de evitar el retiro accidental y traumático.

Beltran⁸, refiere que la inmovilización física mediante ligas, vendajes e inmovilizadores se utiliza en UCI para contener físicamente a los pacientes y evitar el retiro voluntario y traumático de los elementos.

Fernandez³⁵ y colaboradores, dice que es un procedimiento que permite limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente mediante un sistema de inmovilización física, que tendrá como objeto el garantizar la seguridad del paciente, evitándole autolesiones.

Estas experiencias de falta de comodidad y confort, también llevan a los sujetos de investigación a experimentar desorientación en el tiempo como así lo evidencia la siguiente subcategoría:

1.2.- DESORIENTACION EN EL TIEMPO

La intensidad de la experiencia que supone pasar por una Unidad de Cuidados Intensivos es innegable. En la vida del ser humano existen factores personales dependientes de aprendizajes previos o de influencia del medio ambiente que le conducen a rechazar situaciones o experiencias y lo llevan a tomar decisiones que dan como resultado conductas y acciones que pueden afectar el estado físico o emocional. Es así como las personas postoperadas de cirugía cardíaca sufren de alteración de la conciencia, de la personalidad, así como la perturbación de la relación con el mundo exterior en tiempo y espacio.

Las unidades de cuidados intensivos son lugares cerrados que permanecen con luz artificial las 24 horas del día creando confusión a las personas hospitalizadas en estas unidades, así lo podemos observar en las siguientes manifestaciones:

“Durante mi permanencia en la UCI, no sabía si estaba de día o de noche como siempre se encontraban las luces encendidas, esto a mí me desorientó.” (E1)

“En cuanto al tiempo no sabemos distinguir si es de día o de noche, como casi todo el tiempo las enfermeras van de un lado a otro...” (E3)

“Uno cuando despierta quiere ubicarse en el tiempo y como ese servicio permanece con luz todo el día uno se desorienta por completo.” (E7)

Mediante estas manifestaciones se puede percibir que los sujetos de investigación están expuestos continuamente a una sobre carga sensorial debido a estímulos externos como la luz, lo cual, produce desorientación

en el tiempo. Es así como la unidad de cuidado intensivo del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo donde se llevó a cabo esta investigación es un lugar cerrado, donde los pacientes son sometidos a una gran cantidad de procedimientos invasivos, lo cual requiere una adecuada iluminación, pero que a la vez genera la pérdida de sensación de día o de noche en la persona post operada.

Bennum³⁶, refiere que la UCI es un servicio donde no existe el día ni la noche, por falta de ventanas que den al exterior, lo que puede provocar en las personas que se encuentran hospitalizadas, trastornos del sueño, para ello recomiendan que se busquen formas de diferenciar día y noche en el interior de estas unidades.

No solo la desorientación en el tiempo lleva a los sujetos de investigación a situaciones de ansiedad y desesperación, sino también los sentimientos de soledad como se observa en la siguiente subcategoría:

1.3.-SENTIMIENTO DE SOLEDAD

Las personas postoperadas de cirugía cardíaca, tienen experiencias negativas durante la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI): y estas se relacionan con la enfermedad y sus implicancias tanto físicas y psicológicas, permitiendo que experimenten sentimiento de soledad, asociada con el aislamiento y la falta de comunicación con personas muy cercanas.

Montero³⁷, señala que la soledad se define como un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto.

Las personas enfermas presentan situaciones difíciles, que son causados no solo por la enfermedad sino también por circunstancias tales

como el aislamiento, la soledad y la falta de cariño, así lo manifiestan los sujetos de investigación en los siguientes discursos:

“...me sentía solo en ese ambiente a pesar que estaba la enfermera no era igual, me encontraba rodeado de aparatos y no tenía a nadie a quien decir lo que me pasaba en esos momentos.” (E4)

“Cuando me desperté me encontraba sola no ví a nadie a mi lado, seguramente que la enfermera estaba ocupada con el otro paciente...” (E8)

Es evidente que los sujetos de investigación manifiestan su soledad, al encontrarse en un lugar rodeado de aparatos y sonidos, los cuales crean un ambiente estresante, generador de ansiedad y soledad, ellos además se sienten solos, a pesar que se encuentran acompañados por la enfermera, quien permanece cerca las 24 horas del día, realizando procedimientos, terapias y controles frecuentes para la administración de líquidos y medicamentos, también para la detección y corrección de causas de complicación o de alarmas.

Travelbee³⁸, refiere que la sensación de soledad se debe al hecho de darse cuenta que se está enfermo, que se puede morir, a la vulnerabilidad, la intranquilidad humana, la incapacidad y la dependencia. La soledad se debe a la ausencia de aquellas personas cuya compañía se desea, de las palabras que los pacientes quieren oír, pero que no pueden escuchar, de las personas que son importantes y significativas para cada uno.

Los pacientes perciben el abandono porque las personas que los rodean la mayor parte del tiempo de su estancia en UCI no son las mismas a cuya compañía y afecto están acostumbrados, lo que ellos quieren tener es a la familia junto a ellos, como así lo expresan los sujetos de investigación en las siguientes manifestaciones:

“...yo quería ver a mi familia, será como he padecido con mi enfermedad me hecho muy dependiente, si los dejaran entrar solamente para que nos vean un momentito, yo creo que nos darían más ánimo.” (E5)

“...uno quiere tener a nuestra familia cerca y de esta manera nos sentimos más seguros, si Ud. se imaginará la soledad que uno siente estando en ese lugar.”(E4)

“Que dejen a nuestra familia que nos vea para así saber que la tenemos cerca y no sentirnos abandonados y solo a nuestra suerte...” (E8)

Como se puede observar, los sujetos de investigación nos manifiestan la necesidad de tener a la familia cerca de ellos, de esta manera perciben que no han sido abandonados ni dejados a su suerte. También expresan que el tenerlos cerca, se sienten más seguros, incluso es favorable para su recuperación.

En consecuencia la experiencia vivida por las personas postoperadas de cirugía cardíaca al estar hospitalizadas en la unidad cuidado intensivo es innegable, debido a que muchas veces son arrancados de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas sintiendo que la muerte puede estar cerca y los familiares se encuentran en un ambiente desconocido pensando que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. Es en esos momentos donde la enfermera de la unidad de cuidado intensivo, detecta y se enfrenta a situaciones de incertidumbre y ansiedad con los familiares, además de programar acciones de enfermería encaminadas a disminuir la ansiedad mediante una buena comunicación e información.

En efecto, las unidades de cuidados intensivos son escenarios donde las personas hospitalizadas, reciben a sus familiares en determinado horario. Las visitas son restringidas a fin de no poner en riesgo la salud de los pacientes, quienes se encuentran lo suficientemente delicados como

para haber sido ingresados a una UCI, generalmente tienen las defensas muy bajas, así, sólo una cantidad limitada de familiares directos podrá ingresar a verlos y durante períodos muy cortos.

En consecuencia, a pesar que las enfermeras son conscientes de que la familia proporciona apoyo emocional a la persona enferma y le incrementa el deseo de vivir, creen que la visita abierta aumento el gasto de energía y altera el estado del mismo, siendo por lo tanto difícil de cambiar la normativa de visitas existente.

Simpson³⁹, nos indica que la liberación de las visitas influye positivamente sobre los pacientes, produciéndose un efecto positivo tanto en su estado emocional como en su recuperación, al contrario de las creencias que suponían que la visita provocaba aumento en la transmisión de infecciones cruzadas y una elevación en los parámetros hemodinámicos.

Actualmente en la UCI, del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, donde se realizó la investigación, se rige por un política restrictiva de visitas, limitándolas a una sesión de una hora de duración, en las que entran los familiares más cercanos, no implicándose por lo general, en los cuidados de la persona post operada.

Cabe agregar que no solo la ausencia de los familiares produce soledad en los pacientes postoperadas de cirugía cardíaca, sino también el contacto con la tecnología hace que la enfermera olvide el trato directo con el sujeto de investigación, como lo manifiesta el siguiente discurso:

“Cuando abrí los ojos, inmediatamente observe que me encontraba solo...sin ninguna compañía conocida que me brindara protección, seguridad...a las enfermeras les rogaría que siempre permanezcan al lado de sus pacientes y no los dejen solos, principalmente las primeras horas, es cuando uno más compañía necesita.”

(E5)

“...me hubiera gustado que la Srta. Enfermera este a mi lado y que nos conversen porque de esta manera me sentía más segura, además quería hacerle señas con las manos y tampoco podía hacerlo porque las tenía sujetas.” (E8)

En esta manifestación el sujeto de investigación nos da entender como la enfermera durante las primeras horas de post operatorio, se dedica más al manejo de los elementos tecnológicos, el cual acapara su atención, debido a que la persona post operada de cirugía cardíaca viene hemodinámicamente inestable. En estas condiciones la persona postoperada se pierde entre la tecnología, cede su papel protagónico, donde la enfermera dedica sus cuidados de enfermería a los aparatos, conduciéndole sin querer a la deshumanización del cuidado.

Beltran², describe que la deshumanización es percibida por los pacientes y hace perder de vista otras situaciones que son importantes para ellos, entorpece la identificación de los problemas reales, favorece la presencia de malestar e incomodidad. La tecnología puede monitorear el funcionamiento del cuerpo, pero no el funcionamiento de la persona, ni sus respuestas, ni su espíritu.

La elevada instrumentalización de los cuidados, así como la incorporación de los importantes avances tecnológicos a las UCI, favorece una visión reduccionista de los pacientes por parte de la enfermera. Sgreccia²⁵, manifiesta que en las unidades de pacientes críticos se produce una gran despersonalización, entendiéndola como una falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia la persona que cuidan. El sujeto es visto por parte de los profesionales como objeto de conocimiento, la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido causando incertidumbre en la persona cuidada tal como se evidencia en la siguiente subcategoría:

1.4.- INCERTIDUMBRE FRENTE AL MAÑANA

La cirugía cardiovascular, constituye siempre un reto para las personas post operadas, convirtiéndose en una situación amenazante, que generalmente desborda los recursos con los que ellos cuentan para adaptarse. Con frecuencia provoca estrés, depresión y angustia en la persona enferma. Tal vez sea la cirugía que conduzca más preocupación e incertidumbre, debido a que todas las personas conocen la magnitud de la función del corazón. Es así, como estas personas también experimentan situaciones de inseguridad e inquietud las cuales se generan a partir de la duda que se tiene de poder reintegrarse a la rutina diaria, lo cual a la vez genera alteraciones en su esfera psicosocial manifestadas por sentimientos, emociones y preocupaciones con respecto al procedimiento mismo y sus resultados, al futuro y a su vida personal y laboral⁴⁰.

Con referencia a lo anterior podemos darnos cuenta en los siguientes discursos:

“Sinceramente es un milagro lo que he vivido pero ahora lo que me preocupa es si no tendré ninguna complicación, la cual no me vaya a permitir seguir con mis actividades” (E2)

“Me he recuperado muy rápido, pero aún así lo que me preocupa es el tiempo que voy demorar en ir a trabajar, de repente no voy a estar en el puesto que me encontraba antes de operarme.” (E3)

“Lo que me preocupa es que no voy a poder seguir trabajando por lo que estoy operada, ojalá los señores con los que trabajo me ayuden y me sigan apoyando porque yo soy el sustento de mi familia.” (E8)

En estos discursos podemos observar que los sujetos de investigación manifiestan su preocupación respecto a cómo quedarán después de la operación, a la incertidumbre de lo que les espera cuando sean dados de alta y la manera como deberán de afrontar una vez que se reintegren a sus labores de trabajo. La enfermera como persona conocedora de su paciente es la que debe brindar sus cuidados de enfermería dirigidos a ayudar a afrontar situaciones de crisis en el cuidado de la salud; mediante el desarrollo de habilidades comunicativas utilizando la educación terapéutica, mediante el cual procurará un ambiente de confianza y tranquilidad.

Gordillo⁴¹ y colaboradores, nos dice que la educación terapéutica consta de tres etapas: la primera corresponde a la información y toma de conciencia, la cual es desarrollada en la unidad de cuidado intensivo(UCI), puesto que se ha observado que los pacientes que se encuentran en la UCI pueden asumir alrededor de 90% las recomendaciones en el manejo de su enfermedad; la segunda es el empoderamiento, refuerzo y evaluación de la información proporcionada y la tercera el seguimiento; estas dos últimas se deben desarrollar en los servicios de hospitalización y consulta externa.

Cada una de estas etapas debe estar liderada por la enfermera quien es la persona que está más en contacto con el persona hospitalizada, convirtiéndose así en la persona que escucha, aconseja y acompaña activamente tanto al paciente como a su familia durante todo el período de la hospitalización, de esta forma ejerce su rol como consejera, el cual es esencial en el tratamiento integral del paciente cardiovascular que se encuentra en mayor susceptibilidad por su enfermedad y los cambios acaecidos a raíz de ella, la cual tendrá como fin una pronta recuperación y una rápida integración a la sociedad.

Significa entonces que la enfermera es la persona más importante en la pronta recuperación del sujeto de investigación, ya que ella brindará una educación terapéutica temprana la cual se logrará mediante una buena comunicación, así lo demuestra la siguiente subcategoría:

1.5.- DIFICULTAD PARA LA COMUNICACIÓN

La comunicación es básica en nuestra existencia, mediante ella logramos un intercambio de ideas e información. Forma parte de todas las facetas del ser humano, proporciona el marco en el que vive la gente, es el cimiento sobre el cual construimos el mutuo entendimiento y respeto⁴². Uno de los problemas que presenta la persona postoperada de cirugía cardíaca, es que cuando ingresa a la unidad de cuidados intensivos está inconsciente, y al despertar se encuentra intubado y al no poderse comunicar verbalmente le genera mayor estrés y repercute en su estado emocional debido a la imposibilidad de expresar oportuna y adecuadamente sus necesidades. Así nos dan a entender las siguientes manifestaciones:

“Era muy difícil comunicarse teniendo el tubo en la boca, los demás no nos entienden, a parte que tenemos las manos amarradas, como para que nos entiendan.” (E1)

“A que era muy difícil comunicarse teniendo el tubo en la boca, sentía que no podía respirar, quería decirle a la enfermera lo mal que me sentía pero no me entendía...” (E2)

“Estar con el tubo en la boca, no nos permite comunicarnos con los demás porque no me entendían y por momentos me sentía angustiada y desesperada.” (E7)

Es estas manifestaciones brindadas por los sujetos de investigación se evidencia entonces que, la enfermera no logra identificar las necesidades de la persona enferma, y éste a su vez por tener un tubo endotraqueal no puede manifestar sus molestias, las cuales pueden llevarlo a sentirse solo, deprimido, además mostrar ansiedad y desesperación.

En efecto, las personas postoperadas de cirugía cardíaca durante las primeras horas presentan barreras en la comunicación, como es el estar con un tubo orotraqueal, lo cual hace difícil la comunicación verbal, es en estos momentos donde prima la comunicación no verbal, a los cuales recurren las personas para comunicarse, y lo realizan mediante gestos, los movimientos, la posición corporal, el llanto y el silencio.

En este sentido, la enfermera precisa aplicar una comunicación intencionada poniendo en práctica habilidades y destrezas, con la finalidad de disminuir tensiones, tranquilizar a la persona enferma y hacerle sentir que se encuentra segura en un lugar donde se le proporciona atención humana y adecuada.

Bajo esta perspectiva, Phaneuf, M⁴³, afirma que una de las competencias fundamentales de la enfermera es, el de establecer una relación enfermera-cliente, y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, la cual define como: “la que permite establecer lazos significativos entre enfermera y cliente. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto cálido y la comprensión empática que ayudan al cliente cuando se enfrenta a una dificultad especial.”

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando es evidente entonces que las personas postoperadas de cirugía cardíaca, experimenta reacciones de angustia y soledad causadas por elementos estresores, además saben que están cerca de la muerte debido a la agresividad de la intervención quirúrgica a los que han sido sometidos, así se evidencia en la siguiente categoría:

II. TEMIENDO A LA MUERTE

La muerte es un proceso biológico y psicosocial, en el cual cesan las funciones vitales, que a simple vista no se puede observar y la mayoría de veces se van extinguiendo en una secuencia gradual y silenciosa. Está considerada como una consecuencia inevitable de la vida, inherente a la

condición humana, el cual está influenciado por una serie de creencias, emociones y actos que le dan un carácter especial, además se presenta en la vida como una constante amenaza especialmente cuando la persona se encuentra gravemente enferma y hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se ve rodeado de toda clase de sofisticados y extraños aparatos, y alejados de la familia, donde ellos llegan a percibir el fin de su existencia.

Pascual, ⁴⁴nos dice que la concepción de la muerte como el fin de la vida o como tránsito a una vida ulterior actúa como condicionante en los comportamientos y las actitudes de los individuos y sociedades, generando un impacto que se ve determinado por cada cultura. Es un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal, aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles.

Según Gomez⁴⁵, el miedo a la muerte es un asunto cultural y por lo tanto, aprendido socialmente. La intensidad del miedo varía con el sistema cultural, la creencia religiosa y el momento histórico. El miedo a la muerte es un sentimiento universal que debe revestir una multitud de formas, algunas de las cuales están con seguridad fuera del alcance del lenguaje humano.

Es por eso que durante la práctica de las enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos, viven diariamente este acontecimiento debido al grave estado en que ingresan las personas a esta unidad, así lo manifiesta los sujetos de investigación:

“...quería descansar y no podía cerrar los ojos, pensaba que me iba a pasar algo malo sentí miedo, tantas cosas que se ven y escuchan, aún más en un lugar donde están los pacientes casi moribundos.” (E2)

“...sinceramente no pensé salir de la operación, debido a que es de alto riesgo, pero cuando no nos toca morir es por demás, pero si estuve muy cerca de la muerte.” (E5)

“Es una fea experiencia sentí que me faltaba el aire, una sensación de ahogo, porque se me juntaba la saliva, tenía temor, parecía que iba a morir, la enfermera me decía que no me desespere, que colabore pero yo no entendía nada.” (E6)

“La operación que me han realizado es muy riesgosa uno se pone en manos de Dios y de los médicos, sinceramente no pensé en salir bien, uno se enfrenta con la muerte...” (E7)

Con referencia a lo anterior podemos observar que los sujetos de investigación nos transmiten la intensidad de la experiencia que supone el paso por una unidad de cuidados intensivos, debido a que el paciente es sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y a la riesgosa intervención quirúrgica. Es obvio entonces que el miedo a la muerte está basada en el desconocimiento de la enfermedad y de todo lo que ocurre a su alrededor, cabe decir que a pesar que reciben información adecuada acerca de la intervención quirúrgica, ellos por su misma ansiedad y miedo pierden el conocimiento de la información recibida, lo que le lleva a las diferentes reacciones, debido a los elementos terapéuticos como el estar conectado a diversos aparatos y tubos que entran y salen de sus cuerpos, los cuales permiten mantener la vida, mientras se ayudan a mejorar la causa de su trastorno y a la vez producen efectos indeseados.

CONSIDERACIONES FINALES

Las pacientes postoperados de cirugía cardíaca que por sus condiciones clínicas necesitan ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde experimentan emociones negativas, debido a la gravedad de la enfermedad o por los numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que están sometidos, son susceptibles de experimentar ansiedad y desesperación, causado por la incapacidad de entender la situación en la que se encuentran, la separación de familiares y el ambiente físico que puede ser hostil.

La experiencia de padecer una enfermedad crítica y el estar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos por una intervención quirúrgica de cirugía cardíaca, ya de por sí es muy dura, lo cual contribuye a que la persona exteriorice reacciones de ansiedad y desesperación, que se acrecienta debido a la falta de comodidad y confort, desorientación del tiempo, sentimiento de soledad, incertidumbre frente al mañana y la

dificultad para la comunicación. El estar internado en una UCI, significó para los sujetos de investigación, vivir situaciones de crisis que los llevaron a buscar mecanismos de afrontamiento para poder adaptarse y poder sobrellevar armónicamente la experiencia.

El conocer con profundidad la experiencia sentida por los pacientes post operados de cirugía cardíaca, permite establecer acciones de enfermería dirigidas a minimizar sentimientos negativos y favorecer así una evolución más satisfactoria de su proceso de enfermedad contribuyendo al proceso de humanización de los cuidados.

La cirugía cardíaca es una operación de alto riesgo, motivo por el cual los sujetos de investigación sintieron estar siempre cerca de la muerte y más aún que después de ser operados tenían que hacer su ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Es obvio, entonces que el miedo a la muerte está basada en el desconocimiento de la enfermedad y de todo lo que ocurre a su alrededor, cabe decir que a pesar de que reciben información adecuada acerca de la atención que se le brindará después de operado, ellos se olvidan de los conocimientos adquiridos debido a la ansiedad y desesperación por la que atraviesan al verse conectados a diversos aparatos.

La dificultad para establecer una comunicación adecuada con las enfermeras es otro aspecto que se evidencia durante el post operatorio, donde existen barreras que se interponen para que exista una adecuada comunicación como es la presencia del tubo endotraqueal, que impide poder comunicar sus necesidades, emociones y sentimientos, por lo que recurren a diferentes medios de expresión tales como gestos, movimientos, llanto y miradas.

Relacionarse con las personas postoperadas mediante el uso de un lenguaje adecuado tiene, por un lado, fuerza curativa que genera

tranquilidad y contribuye a fortalecer aspectos sanos de la personalidad del enfermo y a poner en marcha los mecanismos de afrontamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos, L. Apoyo emocional de enfermería para pacientes ingresados a Unidades de Cuidados Intensivos. [Tesis especialidad en enfermería en cuidado crítico]. Bogotá, D.C.2008. Disponible en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis46.pdf>
2. Beltrán, O. La Unidad de Cuidados Intensivos, un lugar para estar solo. Invest. educ. enferm. [en línea]. Enero / junio 2009, vol.27, no.1 [citado 11 de noviembre 2010], p.34-45. Disponible en la World Wide Web:
<http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-5307.
3. Baena V, León S. El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. [Trabajo para optar el título de especialista en enfermería en cuidado al adulto en estado crítico de salud]. 2007. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia Colombia. Disponible en:
<http://tesis.udea.edu.co/dspace/handle/10495/42>
4. Texas HeartInstitute: (Instituto del Corazón de Texas), es una organización sin fines de lucro dedicada al estudio y tratamiento de las enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos, fue fundado por el doctor Denton A. Cooley en el año 1962.
5. INCOR: Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca.Disponible en:<http://www.essalud.gob.pe/centros-especializados/instituto-nacional-cardiovascular-incor/>
6. Vásquez Vigil F. Vivencias del paciente sometido a ventilación mecánica. [Trabajo de investigación para obtener el título de especialista en Cuidados Críticos] 2007. Hospital Cayetano Heredia, Piura-Perú.
7. Beltrán O. El significado de la experiencia de estar críticamente enfermo y hospitalizado en UCI. [Trabajo de investigación para optar el título de Magister en Enfermería]. 2007. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería, Medellín
8. Beltrán O. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Rev. Aquichán 2009; 9(1):23-37.Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=7411146504>
9. Baena V, León S. El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado

- intensivo. [Trabajo para optar el título de especialista en enfermería en cuidado del adulto en estado crítico de salud] 2007. Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia Colombia. Disponible en:
- a. <http://tesis.udea.co/dspace/handle/10495/42>
 10. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. 22^a edc. Madrid, 2005.
 11. Larrosa J, Sobre Experiencias, relato y subjetividad. Buenos Aires. 2005.
 12. Carmona, José. Cirugía cardíaca: cuidados iniciales de enfermería en el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev. Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2002 Mar [citado 2001 Oct 27] ; 18(1): 7277. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192002000100013&lng=es.
 13. Martinez J. TCAE En la unidad de cuidados intensivos España. Publicaciones Vértice SL.2008.
 14. Disponible en: <http://www.misrespuestas.com/que-es-la-uci.html>.
 15. Canales F, Pineda E. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México. Editorial Limusa, S.A. 2004.
 16. Siles Gonzales J, Solano Ruiz C, Cibanal JL. Holismo e investigación cualitativa en el marco de la antropología de la complejidad. Una reflexión sobre la pertinencia metodológica en Ciencias Socio-sanitarias y humanas. RevCult de los cuidados. Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. 2005. Año IX-Nº18. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/997/1/culturacuidados_18_11.pdf
 17. Prats J. El estudio de caso único como método para el aprendizaje de los conceptos históricos y sociales. Novedades Educativas. Argentina. Año 21 num.223.2009.
 18. Yin, RK. Investigación de estudio de caso. Diseños y Métodos. Londres. Editorial Elsevier. 2004.
 19. Rojas Soriano R. Instrumentos de recolección de datos. Editorial Plaza y Valdés, S.A. de C.V. México. 2002.
 20. Burns N, K. Grove S. Investigación en enfermería. España. Editorial Elsevier. 2004.
 21. Andrade G. Estudio de caso: Una estrategia de pesquisa. 1ºEd. Atlas Brasil. 2006.

22. Gonzales JC. Recomendaciones metodológicas para la elaboración de propuestas de investigación clínica. Rev Ortopedia. Santa Fe de Bogota.1998. vol 7. N°13.
23. Hernández S, Fernández-collado C, Baptista P.- Metodología de la investigación. Edit. Interamericana Editores, S.A. 4ta Edic, Mexico. 2006.
24. Lupiccino A. Curso de investigación cualitativa: Fundamentos, técnicas y métodos. Madrid. 2004.
25. Sgreccia E. Manual de Bioética. Fundamentos y ética biomédica. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid. 4ta. Edic. 2009.
26. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. RevisColomb. Editora Médica del Valle. 2003. 34(3).
27. Disponible en :
<http://www.isabelsalama.com/Emociones%20y%20salud.htm>
28. Disponible en:
http://www.biopsychology.org/biopsicologia/.../que_es_la_emocion.htm
29. Kolcaba K. The art of confort care. New York. Image: Nursing Scholarship 1995; 27(4): 287-289
30. Kolcaba K. Confort Theory and Practice. New York: Springer Publishing Company; 2003.
31. Donahue, Patricia. Historia de la Enfermería. Doyma. España. 1993.
32. Carrillo M, Gonzales C, Granados G, Gutiérrez M, et al. Alteración del sueño. RevEnfermer Universidad de Albacete. 1996;6;30-37
33. Basco L, Fariñas S, Hidalgo M. Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Rev Cubana Enfermer[revista en la internet].2010; 26(2).
34. Guevara B, et al. Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista. Rev Portales Medicos.com 2007; II (3), 93. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>
35. Fernández de Piñar E, Romero A, Plaza del Pino M, García M. Seguridad del paciente: Protocolo de contención, mecánica e inmovilización de pacientes. Granada. Editorial Dirección de Enfermería, Hospital Universitario Santo Cecilio de Granada. 2007:9-11.
36. Bennum I. Síndrome de la unidad de cuidados intensivos. Rev medicinatv.com. 2001. Disponible en:
<http://www.medicinatv.com/profesional/reportajes/sindrome-de-la-unidad-de-cuidados-intensivos-2077>

37. Montero López Lena M, Sánchez JJ. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental* 2001; 24: 19-27.
38. Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia. Davis Company; 1966:5
39. Simpson T, Wilson D, Mucken N. Implementation and evaluation of liberalized visiting policy. *Am J CritCare* 1996; 5:420-6.
40. Ariza, C. Situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente posoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. *av. Enferm Bogotá*. 2010, XXVIII (1):130-143.
41. Gordillo, E. et al. Actividad física en Unidad de Cuidado Intensivo para pacientes pre y post operatorio de Cirugía Cardiovascular. *Rev. Iberoamericana*. 2008. 2(1). Disponible en: <http://www.iberoamericana.edu.co/app/Docs/MOVN108ART6.pdf>
42. Arias R, Castro L, Garcés M, Salazar M, et al. Comunicación mediante imágenes entre enfermera y paciente en estado crítico. *Rev Enferm Inst Mexicano del Seguro Social*. Vol.7, núm.1, 1999.
43. Panheuff, M. *Cuidados de Enfermería*. Mc. Graw Hill. México. 1993.
44. Pascual, M. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Rev. Enferm Intensiva*. 2011; 22(3): 96-103.
45. Gómez, M. *El hombre y el médico ante la muerte*. España: Aran ediciones; 2006. P. 79,87.

ANEXOS

ANEXO N°01



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**
Chiclayo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, de _____ años de edad, identificada(o) con DNI: _____, Declaro: haber sido informada(o) de forma clara, precisa y suficiente de los fines que busca la presente investigación titulada “EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS POST OPERADAS DE CIRUGIA CARDIACA HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO” DEL Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, ESSALUD. Chiclayo. 2011, que tiene como objetivo principal: Describir y analizar las experiencias de los personas post operadas de cirugía cardiaca hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

Los datos obtenidos mediante mi participación serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos desde los principios ético legales en investigación.

Estoy consciente que las informaciones obtenidas serán tratadas en absoluto anonimato y fielmente relatadas por la investigadora, así mismo me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podre ejercer mediante solicitud ante el investigador.

Por lo expuesto OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que se me realice la entrevista, la misma que será grabada fielmente en su totalidad.

Chiclayo _____ 2011

Firma de la Investigadora

Firma de la colaboradora

ANEXO N°02



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
Chiclayo

Guía de entrevista semiestructurada aplicada a los pacientes post operados:

“EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS POST OPERADAS DE CIRUGIA CARDIACA HOSPITALIZADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO”

I.-Datos informativos:

. Seudónimo:

.Fecha y hora:

.Sexo:

.Edad:

.Estado civil:

.Número de hijos:

.Profesión:

.Religión:

.Procedencia:

.Ocupación:

II.-Pregunta norteadora:

¿Me podría relatar sus experiencias cuando estuvo hospitalizado en la UCI después de su operación del corazón?

¿Qué ha sentido al estar hospitalizado en UCI?

¿Qué dificultades ha experimentado durante su hospitalización?

¿Qué cambios ha experimentado en su vida después de ser operado del corazón?