



Cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica

Nursing care of the patient in early postoperative myocardial revascularization

Claudia Ariza, Enf., PhD.^(1, 2)

Bogotá, Colombia.

La etapa temprana postoperatoria después de un injerto de *bypass* de arteria coronaria, sigue siendo una de las fases más críticas para los pacientes que recibieron intervención quirúrgica del corazón. Se pretendió diseñar una propuesta de cuidado de enfermería con base en los problemas que presentan los pacientes en esta fase del proceso de recuperación (48-96 horas), a partir de la descripción e interpretación de los eventos clínicos que requieren cuidados de enfermería (ECRCE) y situaciones que requieren cuidado de enfermería (SRCE). Los ECRCE incluyeron datos cuantitativos en los sistemas neurológico, cardiovascular y respiratorio, y en piel. Estos datos se recolectaron a través de la Hoja de Registro de Información (HRI), historia clínica e información general, diagnósticos y datos relacionados con la cirugía. Por otro lado, los datos cualitativos, que incluyen bienestar, logros, razonamiento, beneficio, complacencia, creencias y valores, sufrimiento, agobio y pesadumbre se investigaron a través de una entrevista semiestructurada a profundidad. Los datos cuantitativos (ECRCE) se analizaron mediante el modelo de Rasch, estadística descriptiva y análisis de correspondencias múltiple y el método de clasificación (cluster analysis). Los datos cualitativos (SRCE) fueron codificados y agrupados en categorías, y luego analizados e interpretados en consecuencia. El análisis mostró que los cambios que se presentan inmediatamente después de la cirugía, permanecen a lo largo de todo el proceso de recuperación. La identificación de éstos permitió la elaboración de una propuesta de cuidado de enfermería a los pacientes durante *by pass* aorto-coronario (CABG).

PALABRAS CLAVE: adultos, cuidado, cirugía de revascularización coronaria.

Postoperative early stage after grafting of coronary artery bypass, remains one of the most critical phases for the patients undergoing heart surgery. We intended to design a nursing proposal based on the problems presented by patients at this stage of the recovery process (48-96 hours), from the description and interpretation of clinical events requiring nursing care (CERNC) and situations that require nursing care (SRNC). The CERNC included quantitative data on the neurological, cardiovascular and respiratory systems and in the skin. These data were collected through Record Sheet Information (RSI), medical history and general information, diagnostics and surgery-related data. Secondly, qualitative data, which include welfare, achievements, reasoning, benefit, complacency, beliefs and values, suffering, anxiety and grief were investigated through in-depth semi-structured interviews. Quantitative data (CERNC) were analyzed using the Rasch model, descriptive statistics and multiple correspondence analysis and classification method (cluster analysis). Qualitative data (SRNC) were coded and grouped into categories, and then analyzed and interpreted accordingly. The analysis showed that the changes that occur immediately after surgery remain along the whole recovery process. The identification of these led to the drafting of a proposed nursing care to patients during CABG.

KEYWORDS: adults, care, coronary bypass surgery.

Rev Colomb Cardiol 2013; 20(6): 372-380.

(1) Departamento de Enfermería Clínica, Facultad de Enfermería. Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

(2) Fundación Cardio-Infantil. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Claudia Ariza Olarte. Correo electrónico: pompa70@yahoo.es - claraiza@javeriana.edu.co

Recibido: 17/07/2012. Aceptado: 11/04/2013.

Introducción

Debido a la elevada prevalencia de enfermedad coronaria en el mundo (1), la revascularización miocárdica se ha convertido en un procedimiento frecuente, y ha mostrado un desarrollo tecnológico progresivo en las últimas tres décadas, siendo uno de los avances importantes de la Medicina durante el siglo XX. De acuerdo con la experiencia del autor, en Bogotá, en algunas instituciones en las que se realiza cirugía cardiovascular, más del 50% del total de ellas corresponde a revascularización miocárdica (Fundación Cardio-Infantil, Clínica Shaio, Clínica San Rafael, Hospital Universitario de San Ignacio).

El paciente sometido a revascularización miocárdica ha sido estudiado por enfermería en diferentes momentos, desde un mes hasta cinco años después de habersele realizado; sin embargo, existe un vacío en la indagación del paciente durante el tiempo en que permanece en el servicio de hospitalización, una vez ha sido dado de alta de la unidad de cuidado intensivo. Esto llevó a pensar que indagarlo antes del alta hospitalaria permitiría obtener información objetiva en cuanto a cambios fisiológicos, sentimientos, emociones y preocupaciones, con lo cual se haría un aporte importante al conocimiento del cuidado de enfermería que se brinda a esta población, teniendo en cuenta que la participación de la enfermera durante esta fase del proceso de recuperación, al igual que en las anteriores, es activa y dinámica y por tanto el cuidado que se brinda, debe contemplar no sólo la esfera biológica sino también la psicosocial y espiritual.

El problema planteado para el estudio fue la propuesta de cuidado de enfermería para el paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica, con base en los problemas identificados a partir de la descripción e interpretación de los ECRCE y las SRCE.

El objetivo del estudio fue diseñar una propuesta de cuidado de Enfermería para el paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica, partiendo de la descripción de los ECRCE y las SRCE, la interpretación de los mismos y la determinación de los problemas de esta clase de paciente.

Los conceptos mayores del estudio fueron: evento clínico que requiere cuidado de enfermería y situación que requiere cuidado de enfermería, descritos a través de la estrategia de síntesis de conceptos planteada por Walker y Avant.

El respaldo teórico para la propuesta de cuidado estuvo dado por la teoría de enfermería humanística de Paterson y Zderad (2).

Esta es una teoría multidimensional que enuncia las esencias de la enfermería e incluye la dinámica del ser, llegar a ser y cambiar. Es una teoría interactiva que provee una metodología de articulación reflexiva de las esencias de enfermería, y un puente metodológico entre la teoría y la práctica al dar una amplia guía para el diálogo de enfermería en múltiples escenarios (2). Se considera que fue a través de la reflexión que se llegó a considerar, describir y distinguir esos diálogos como luchas con, y no en contra de los otros (3).

La enfermería es vista como la habilidad de luchar con otros a través de "tomar experiencias relacionadas con la salud y el sufrimiento, en las que los participantes en la situación de enfermería son y se vuelven de acuerdo con su potencial humano". La lucha es compartida a través del diálogo entre los participantes. El propósito de este diálogo o relación intersubjetiva es "alimentar el bienestar y el estar mejor de las personas con necesidad" (4, 5).

Existe un llamado de una persona, una familia, una comunidad, o de la humanidad pidiendo ayuda sobre un problema relacionado con la salud; en este caso es el paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica quien, por presentar alteraciones en su estado de salud (ECRCE y SRCE), hace un llamado a la enfermera responsable de su cuidado, con la intención de encontrar ayuda y solución a las mismas. Por consiguiente, se espera una respuesta, en este caso dada por la enfermera encargada del cuidado de este paciente, en el servicio de hospitalización, con la que se intenta ayudar al que llama con su necesidad. El diálogo resulta de una llamada y una respuesta a esta llamada. El enlace que se genera entre llamada y respuesta, es Enfermería (3).

Para dar respuesta al problema planteado en este estudio, y a sus objetivos, se utilizó un diseño de tipo descriptivo exploratorio interpretativo, que tiene como propósito "iniciar el conocimiento de un contexto, un evento, una situación, una variable o un conjunto de variables" (6).

Materiales y métodos

La naturaleza de los fenómenos estudiados fue compleja; se contemplaron datos objetivos (ECRCE) y subjetivos (SRCE), por lo cual se desarrolló mediante la utilización de multimétodos, es decir, tanto cuantitativo como cualitativo (7).

La parte cuantitativa (datos objetivos) estuvo conformada por datos generales del paciente como: edad, sexo, ocupación, estado civil, estrato, escolaridad,

seguridad social y antecedentes (personales, familiares, quirúrgicos y farmacológicos), y también por los ECRCE, que estuvieron conformados por los cambios fisiológicos que presenta el paciente ocasionados por el procedimiento de revascularización miocárdica, la bomba de circulación extracorpórea y la monitoría invasiva que el paciente requiere, relacionados con los sistemas neurológico, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, de eliminación, y piel; además estuvieron dentro de este grupo de datos cuantitativos los reportes de medios de diagnóstico como laboratorios clínicos, gases arteriales, radiografía de tórax, electrocardiograma (ECG) y otros datos sobre la cirugía.

Estos elementos se recolectaron mediante observación y revisión de la historia clínica del paciente y se recogieron en una Hoja de Registro de Información, previamente elaborada y probada; permitieron determinar la frecuencia de los cambios fisiológicos que el paciente presenta, y en quienes se requiere que la enfermera intervenga, razón por la cual es un estudio exploratorio. La observación y la revisión de la historia clínica se realizaron entre las 48 y 96 horas de postoperatorio. Teniendo en cuenta que el paciente con revascularización miocárdica presenta cambios significativos de un día para otro, se registraron además las condiciones en que estuvo a las 24 y a las 48 horas de postoperatorio.

Para la indagación de estos datos se utilizaron Métodos Estadísticos Univariados tales como Estadística Descriptiva y Modelo de Rasch en conjunto con el Programa de Winsteps, con el fin de categorizar cada una de las variables contempladas para el estudio, y Métodos de Análisis Exploratorio Multidimensional: Análisis factorial de correspondencias múltiples (ACM) combinado con el Método Cluster de Clasificación.

Respecto a la estadística descriptiva, se aplicaron medidas para cada tipo de dato generado, como proporciones y razones. Se hizo un análisis descriptivo de ellos haciendo énfasis en aquellos datos extremos (sobresalientes y menos sobresalientes). Para complementar esta información se utilizó además la calibración de las variables con el Modelo de Rasch utilizando el Programa Winsteps (8), el cual permitió determinar la evolución de cada una de las variables estudiadas durante el periodo de recuperación temprana (48 a 96 horas), y la identificación de aquellas variables críticas, en las que con alta probabilidad, es definitiva la intervención de Enfermería para que el paciente logre alcanzar una recuperación óptima (9).

Por último, se hizo una descripción y caracterización multivariada del comportamiento conjunto de cuatro de los sistemas mencionados (neurológico, cardiovascular, respiratorio y piel); es decir, de aquellos cuya alteración resulta significativa para la recuperación del paciente. Mediante esta caracterización multidimensional se identificaron perfiles o grupos de pacientes que en conjunto reflejaron similitud en el total de las variables estudiadas (10-12). Esta identificación, descripción y caracterización de grupos se realizó a través de un método de Análisis Exploratorio Multidimensional: Análisis factorial de correspondencias múltiples (ACM) combinado con el Método Cluster de Clasificación (10, 11).

La parte cualitativa del estudio (SRCE - datos subjetivos), son los sentimientos, emociones y preocupaciones expresados por los pacientes respecto al procedimiento mismo, al futuro y a su vida personal y laboral. La información sobre estos datos se obtuvo mediante entrevista semiestructurada aplicada al paciente. El abordaje cualitativo fue guiado por pasos concretos que permitieron analizar la información de manera secuencial, ordenada, lógica y sencilla. Los datos se organizaron y presentaron a través de cuadros, mediante los cuales se fueron generando datos al establecer categorías extraídas de las entrevistas semiestructuradas realizadas por el investigador, grabadas en una cinta de audio y transcritas durante las siguientes 36 horas, previa confirmación con el propio paciente, de haber registrado lo que éste quiso expresar; además se utilizaron notas de campo, memos, observaciones y revisión de la literatura. Las categorías establecidas constituyeron las SRCE.

Una vez terminada la descripción, el análisis y la interpretación, tanto de los datos cuantitativos (ECRCE) como de los datos cualitativos (SRCE), se pudieron determinar los problemas del paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica, los cuales constituyeron la base para diseñar la propuesta de cuidado de enfermería en la que se contempla al paciente como un ser integral.

Muestra

Para el logro de los objetivos y de acuerdo con el tipo de diseño, la muestra fue de tipo intencional. La población susceptible de ser intervenida con una revascularización miocárdica es en general, de tamaño infinito, si se considera que los pacientes continúan llegando a lo largo del tiempo, pero en un momento dado dicha población es claramente finita y poco numerosa. Esto llevó a concluir que éste sería un estudio que requeriría de mucho tiempo y por lo tanto sería muy costoso, para poder contar con una muestra lo suficientemente grande.

Con este argumento, se procedió a hacer una revisión bibliográfica que mostró la existencia de estudios caso-control en el área clínica y muestreos en tiempo, así como muestreos dirigidos.

Se tomó como tamaño de muestra un período de seis meses del año, el cual resultó al aplicar la fórmula para cálculo de muestra aleatoria simple sobre población finita, considerando la población de un año (365 pacientes), tal como se presenta a continuación:

$$n = \frac{NZ_c^2\sigma^2}{\epsilon^2N + Z_c^2\sigma^2}$$

Se deseó tener una muestra sobre los 365 pacientes, con un 5% de significancia ($Z_c = 1,96$), error del orden del 5% o del 10%, calculando una varianza para la variable que se mide en el mes de 0,25 ($\sigma^2 = 0,25$). Con estos parámetros se tuvieron posibilidades de tamaño de la muestra (el cálculo de la muestra en tiempo y no por número de pacientes fue un aporte hecho por el Dr. Agustín Tristán, asesor externo de este estudio) (Tabla 1).

Tabla 1
 CÁLCULO DE LA MUESTRA

ϵ	Tamaño de la muestra	Meses de levantamiento
5%	184,8	66
10%	75,6	2,7

Durante el período de seis meses, del total de pacientes intervenidos, 151 llenaron los criterios de inclusión. Todos aceptaron la invitación a participar en el estudio.

La muestra teórica cualitativa estuvo conformada por los datos obtenidos por parte de los participantes a través de la entrevista semiestructurada. Esta información cualitativa se logró con los datos obtenidos con 40 participantes.

Criterios de inclusión

Pacientes en postoperatorio de revascularización miocárdica sometidos a este procedimiento por primera vez, que no hubieran presentado complicaciones tales como sangrado, arritmias cardíacas, shock cardiogénico y síndrome de postperfusión y que no recibieran medicamentos que limitaran su capacidad para establecer una comunicación clara ya que debían estar en condiciones óptimas para participar en la entrevista semiestructurada.

Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta la normatividad propuesta en Colombia mediante la resolución 008430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, hoy de Protección Social, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se aplicó con especial atención lo dispuesto en el Artículo No. 6 que establece: "la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a ciertos criterios como: ajustarse a los principios científicos y éticos que la justifiquen y prevalecer la seguridad de los sujetos de investigación" (13).

Se contó con el consentimiento informado por escrito, sin "la intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o sumisión u otra forma distinta de coacción o coerción" (13). Se preparó un documento con la información previa que se dio al paciente y a sus familiares si fuera el caso. El paciente firmó el consentimiento, con plena libertad y sin presencia de testigos, establecido con previa autorización de los Comités de Ética de la Universidad Nacional de Colombia y la Fundación Cardio-Infantil.

Resultados y conclusiones

Una vez concluido el análisis de los datos cuantitativos y el análisis interpretativo de los datos cualitativos, se dio cumplimiento a los objetivos específicos, al describir e interpretar los ECRCE y las SRCE, y con base en ellos determinar los problemas del paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica (48 a 96 horas). A partir de ellos se diseñó una propuesta de Cuidado de Enfermería para este tipo de paciente, cuyo soporte teórico fue la Teoría de Enfermería Humanística planteada por Paterson y Zderad (5) dando cumplimiento al objetivo general.

La propuesta comprendió las respuestas de enfermería para los ECRCE y las SRCE del paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica, teniendo en cuenta que es una persona cuya dignidad está ubicada en las esferas de ser, libertad y respeto hacia sí mismo y hacia los demás. De esta forma el paciente es considerado como un ser único e integral, contemplando todas sus características personales e individuales, experiencias pasadas, situación actual y esperanzas, sueños y miedos del futuro, vividas en su propia dimensión espacio-temporal. Esto incluye sus recursos ambientales disponibles, factores que tienen una importancia creciente en tiempos de limitaciones, planteamientos a su vez contemplados en la Teoría de Enfermería Humanística.

El paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica debe ser visto como un ser abierto, que se integra consigo mismo, con los otros seres humanos y con el ambiente que lo rodea, es decir, con el mundo que encierra el servicio de hospitalización en el que se halla.

En el ambiente de dicho servicio, las relaciones YO-TU y YO-ESO, precisan estar presentes, una vez que permiten que el paciente sea visto de manera integral (6, 15, 16); que no sea solamente la objetividad, en la relación YO-ESO, sino que además sea la subjetividad, en la relación YO-TU. Este ser humano que es el paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica, encierra vivencias en este ambiente, y en la experiencia de haber estado en riesgo de perder su vida durante las 48 horas anteriores, momento desde el que presenta cambios fisiológicos (ECRCE) y sentimientos, emociones y preocupaciones, relacionados con el procedimiento, el futuro y su vida personal y laboral (SRCE), motivo por el que demanda cuidado de Enfermería (Figura 1).

La enfermera encargada de brindar dicho cuidado, también es un ser humano con características personales y experiencias previas con otros pacientes que han estado en la misma condición, y debe contar con la capacitación y preparación profesional suficientes para responder de manera óptima e integral al cuidado (llamado) que este paciente requiere. Sus características están expresadas por conciencia, apertura, empatía, cuidado, sensibilidad, entendimiento, responsabilidad, confianza, aceptación, autoconocimiento y diálogo, las cuales no sólo conforman

los fenómenos de enfermería, sino que coinciden con los atributos del cuidado de enfermería contemplados en la definición de dicho concepto.

Los fenómenos del paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica, también están expresados por los ECRCE y las SRCE. Según la figura 1 estos ECRCE y SRCE se encuentran dentro de la esfera biológica y psicosocial del paciente, lo cual coincide con el planteamiento hecho por Paterson y Zderad al afirmar que el paciente es ante todo un ser humano, con características personales e individuales, con quien la enfermera establece una relación de YO-TU, posibilitando conocer al otro en sus particularidades, y de esta forma ofrecer un cuidado individualizado y humano, al tomarlo como el ser humano único que es, ayudándolo a ser más y mejor, es decir, a vivir de la mejor manera posible la experiencia en la que se encuentra. Sin embargo, vale la pena enfatizar que para apreciar la enfermería desde la perspectiva humana, es necesario ver más allá del cuidado físico, más allá de la categorización del hombre como un organismo biológico, psicológico, social y espiritual (14) tal como se presenta a continuación.

Los ECRCE hacen parte de la esfera biológica del paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica. Están conformados por alteraciones a nivel de los sistemas: neurológico, cardiovascular, respiratorio y piel.

Sistema neurológico

El paciente presenta síntomas como dolor y alteraciones de la actividad física, el sueño y el descanso. El dolor es clasificado por el paciente entre severo y moderado; es importante resaltar que la presencia de éste se da desde el postoperatorio inmediato hasta el temprano, llegando a ocasionar otras alteraciones en la frecuencia cardíaca (FC), la presión arterial (PA), el trabajo respiratorio (TR) y la expansión torácica (ET), así como en la comodidad y el confort. La enfermera debe velar por tomar medidas científico-técnicas que contribuyan a la disminución del dolor, tales como la administración oportuna del analgésico ordenado, la evaluación de la respuesta al mismo, el apoyo para realizar cambios de posición, incorporarse y caminar dentro y fuera de la habitación. Ella debe interpretar esta manifestación de dolor, como un llamado en el que el paciente espera ser escuchado y atendido a través de dichas medidas (15, 16).

La actividad física del paciente se ve alterada por su incapacidad para realizar algunas de las actividades rutinarias (baño, arreglo personal y desplazamiento de



Figura 1. Eventos clínicos y situaciones que requieren cuidado de enfermería.

un sitio a otro) debido a lo reciente del procedimiento, considerado como una agresión general hacia el organismo, y a la presencia del dolor ya mencionada. La enfermera debe no sólo brindar el apoyo necesario para su movilización, sino incentivar al paciente a que poco a poco se reincorpore en su actividad física sobre todo en rutinas como desplazamiento hasta el baño, baño general, arreglo personal, paso de la cama a la silla o de la silla al baño, y deambulación dentro y fuera de la habitación o por el pasillo del servicio.



Figura 2. Propuesta de cuidado de enfermería para el paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica.

Como se anotó, también están alterados el sueño y el descanso debido al ambiente hospitalario, en ocasiones cargado de tecnología, lo que contribuye a que sea frío e impersonal, y en donde muchas veces sólo se tienen en cuenta los problemas del paciente en su aspecto objetivo. Es además un ambiente en el que se concentran fuentes de estrés para el paciente que ocasionan incomodidad, dependencia de otras personas y de la tecnología, aislamiento social, falta de privacidad y despersonalización, así como características comunes a otros servicios tales como la unidad de cuidado intensivo y cuidado intermedio. De igual forma, contribuye a la alteración del sueño y el descanso el haber recibido anestesia recientemente, requerir controles durante la noche, tener preocupaciones respecto a los resultados del procedimiento o al tiempo que requerirá para recuperarse y reincorporarse a su vida habitual, al futuro, y a su vida personal y laboral.

Es necesario que la enfermera observe al paciente como un todo, representado por algo más que la suma de sus partes, y debe, junto con sus conocimientos y habilidades sumados al interés por el bienestar de la persona que cuida, establecer estrategias en común acuerdo con el paciente mismo, según sus necesidades y su situación individual, que contribuyan a que logre recuperar su sueño y descanso, para que alcance niveles crecientes de comodidad y confort (16-18).

Sistema cardiovascular

La frecuencia cardíaca y la presión arterial se ven alteradas, por ello la enfermera debe obtener datos objetivos de éstas y correlacionarlos con las características personales de cada paciente, de las circunstancias que rodean al mismo, y de alteraciones ya mencionadas tales como dolor y alteración del sueño y descanso, y antecedentes patológicos de cada uno, pues en ocasiones, según la literatura cardiológica, la enfermedad coronaria está acompañada de hipertensión arterial (19). Se presentan casos en los que por el procedimiento de revascularización miocárdica, se interrumpe la administración de antihipertensivos desde el preoperatorio; si a esto se suma la administración de anestesia, el sometimiento a ambientes cargados de estímulos estresores como el paso por la UCI y la agresión que representa el acto quirúrgico para el organismo, el paciente presenta alteración de sus cifras tensionales, en ocasiones difíciles de controlar (20, 21). Es allí donde la enfermera debe velar por el control de dichas cifras, por la administración de los medicamentos ordenados, por la evaluación de la respuesta a los mismos, y por el estado psico-social del paciente, creando espacios en los que éste tenga oportunidad de expresar sentimientos, emociones y preocupaciones, dudas, inquietudes y ansiedades, tal como afirman Neves y Marcelino (citados por Mainenti y colaboradores) (22), al sugerir que alcanzar el confort y la comodidad implica sentirse cuidado y estimado, seguro y protegido, lo que contribuye a que se experimente un sentimiento de armonía tanto consigo mismo como con el ambiente, logrando vivir la experiencia a la que se está enfrentando de la mejor manera posible. Esto repercutirá no solo en su esfera biológica, dentro de la cual está la presión arterial, sino también en la esfera psicosocial.

Adicionalmente, se altera la frecuencia cardíaca debido a la manipulación del músculo miocárdico durante el procedimiento de revascularización miocárdica, a la administración de medicamentos vasoactivos mientras permanece en la UCI y a la presencia del dolor. Para esto

es necesario que la enfermera valore con regularidad este parámetro cardiovascular para detectar de manera oportuna aquellas alteraciones que puedan comprometer de forma importante el bienestar del paciente y establecer comunicación con éste, de tal forma que sienta que su problema ha sido solucionado y que está siendo tratado como un ser humano con un trastorno de salud que merece ser atendido (20, 21).

Sistema respiratorio

Hay alteraciones leves de la frecuencia respiratoria (FR), el trabajo respiratorio, la hemoglobina (Hb) y el hematocrito (Hto), lo cual está directamente relacionado con el dolor, la herida quirúrgica de esternotomía y la pérdida de volumen sanguíneo durante el procedimiento y en el postoperatorio inmediato. La enfermera debe evaluar la FR y el TR mediante el control regular de los mismos de acuerdo con la situación individual de cada paciente. Así mismo, debe valorar la recuperación del Hto y la Hb mediante la coloración de la piel y la presencia o no de sangrado en las heridas quirúrgicas y/o por los orificios de entrada de tubos y catéteres.

Piel

El paciente presenta heridas quirúrgicas de esternotomía y safenectomía así como venopunciones en miembros superiores y tórax, en ocasiones, en cuello, orificios de entrada de tubos de mediastino y de tórax, o ambos. Esto contribuye de manera importante a la presencia de dolor e incomodidad. Ya han sido mencionadas algunas medidas científico-técnicas que la enfermera debe tomar respecto a estas alteraciones, otras son: valorar la presencia o no de sangrado, la evolución normal del proceso de cicatrización y la ausencia de signos de infección tales como enrojecimiento, calor, rubor, secreción.

Sistemas gastrointestinal y de eliminación

Se presentan alteraciones que son resueltas durante las primeras 48 horas del postoperatorio.

Todos los fenómenos mencionados hasta ahora constituyen los ECRCE. La enfermera debe tomar medidas basadas en sus conocimientos científico-técnicos y en su formación y experiencia profesionales. Dentro de éstas está el control de signos vitales con el que se evalúan las alteraciones de algunos de los sistemas mencionados (cardiovasculares y respiratorios); por lo tanto debería realizarse a juicio de la enfermera, y no por rutina cada seis horas, o en cada cambio de turno.

Un atributo del cuidado que se debe resaltar, es que éste sea humanizado; se debe tener presente que el objetivo del cuidado debe ser el bienestar y el estar mejor del paciente, de ahí que la enfermera del servicio de hospitalización debe ayudar al paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica a ser y estar mejor, en la experiencia que vive; así será superior la relación no solo con la ella sino con sus familiares, y podrá encontrarle sentido a la vida y a la situación vivenciada, tal como lo afirman Pereira y Trentini (20).

La mejor manera para lograrlo es a través del diálogo. Éste debe ser, más que una conversación entre dos personas, una relación en la que ocurre un verdadero compartir, una transacción intersubjetiva, una relación de un paciente único (YO) con otro también único (TU). El diálogo facilita el establecimiento de una relación creativa entre enfermera-paciente que comprende: encontrarse, relacionarse y estar presente, siempre incluyendo un llamado y una respuesta (22).

Es a través del diálogo como la enfermera encargada del cuidado del paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica, que se encuentra en el servicio de hospitalización, puede responder al llamado que éste le hace solicitando ayuda para solucionar sus SRCE, caracterizadas por ser subjetivas, temporales, transitorias, individuales e irrepetibles. De esta forma, la enfermera tiene en cuenta que para que el cuidado sea humanizado, éste debe ir más allá del cuidado físico, más allá de ver al paciente como un organismo biológico, psicológico, social y espiritual, como ya se ha mencionado. Estas SRCE están conformadas por bienestar, logros, razonamiento, beneficio, complacencia, creencias y valores, sufrimiento, agobio y pesadumbre.

Estos aspectos, expresados por el paciente, permiten afirmar que la enfermera entabla con el paciente ese diálogo vivido del que habla la Teoría de Enfermería Humanística, aspecto que debe ser conservado dentro del plan de cuidado al paciente en postoperatorio de revascularización miocárdica, teniendo en cuenta que este diálogo puede darse a través de un encuentro entre dos personas (paciente-enfermera, paciente-familiar y/o familiar-enfermera), de una relación, de una presencia, de una llamada y una respuesta (Figura 2). El encuentro entre las dos personas ocurre cuando ellas alcanzan una verdadera comunicación. Es por medio de este encuentro que el otro no es un paciente impersonal, un él o ella; se torna más bien en un TU sensible y próximo del YO (5). Asimismo, hay que precisar que en muchas ocasiones una buena intersubjetividad, un buen acercamiento de la enfermera al paciente, soluciona problemas objetivos.

En el servicio de hospitalización, el encuentro verdadero de la enfermera con el paciente en el postoperatorio de revascularización miocárdica debe centrarse en los problemas y sus soluciones, en la comunicación y en el compartir. El encuentro YO-TU (ser cuidador/ser cuidado) es imprescindible para que la enfermera preste ayuda, para que se dé un acto de enfermería. Este encuentro ocurre si el uno y el otro están disponibles y deseosos de que ocurra. Para que ocurra de forma efectiva y con calidad, las personas involucradas muestran sus características personales e individuales. Es importante considerar la amplitud de los encuentros humanos, que van de lo trivial a lo extremadamente significativo (22).

El encuentro será significativo en el servicio de hospitalización, garantizando una auténtica intersubjetividad, cuando la enfermera encargada del cuidado, decida no esconderse detrás de su papel profesional y de ejercer el dominio imponiendo normas y rutinas, sino que se esfuerce por hacer que su presencia sea percibida por el paciente en el postoperatorio de revascularización miocárdica y su familia, como alguien que está preocupado por comprender su experiencia vivida en este momento. Este encuentro entre el paciente, su familia y la enfermera, exige que ella, primero, sea una persona disponible para otro ser humano, y, segundo, una profesional con habilidades científico-técnicas (22).

En la relación enfermera-paciente en el postoperatorio de revascularización miocárdica tanto el uno como el otro pueden ser vistos como sujeto (TU) o como objeto (ESO). Cuando la enfermera transforma al paciente en objeto, también ella se transforma en objeto. Esto sucede cuando se reduce al paciente a una esfera biológica, cuando es considerado por el equipo de enfermería como un caso clínico, un receptor de procedimientos científico-técnicos. Al mismo tiempo en este caso, el paciente ve a la enfermera como ejecutora de procedimientos (5). Esta situación cambia cuando existe diálogo, de tal manera que se valoran las quejas, se da oportunidad de expresar sentimientos, emociones y preocupaciones, se dan explicaciones de los procedimientos que se realizan y se aclaran las dudas que van surgiendo, se crea un ambiente de confianza y confort, se respeta la privacidad y se demuestra atención y afecto.

Los llamados del paciente pueden corresponder a la objetividad del ser y a su subjetividad (5). La enfermera debe estar atenta y disponible para responder de la manera más acertada, de tal forma que promueva el bienestar, la comodidad y confort del paciente. Ya han sido nombrados de manera extensa aquellos aspectos

objetivos, razón por la cual ahora se hará énfasis en los subjetivos. Un caso corriente en el paciente en postoperatorio de una revascularización miocárdica es el llamado frecuente; éste puede denotar necesidad de presencia de otro ser, miedo, inseguridad, angustia, temor, tristeza, descontento; por tanto, la enfermera debe estar en capacidad de responder y esto se logra cuando ella es auténtica en su presencia, cuando tiene una actitud percibida por el paciente como dispuesta, y cuando como resultado de esto se da el diálogo entre los dos.

La enfermera del servicio de hospitalización logra una respuesta de cuidado a un llamado de ayuda cuando comprende el significado de la experiencia vivida por el paciente y le ayuda a buscar potencias que le den sentido y que le hagan menos penosa la situación. Es así como durante este encuentro que se genera de esta relación interhumana, se volcará totalmente hacia la búsqueda del bienestar y el estar mejor del paciente y de la misma enfermera.

Finalmente es importante tener en cuenta que el diálogo, el encuentro y el llamado-respuesta tendrán mejores efectos en el bienestar y estar mejor del paciente, si se intenta cambiar el ambiente frío e impersonal del hospital por uno de cuidado (23). Esto se logra al permitir la presencia de familiares, al contar con la disponibilidad afectiva de las enfermeras y al proporcionar información y orientación sobre el proceso que el paciente vive utilizando un lenguaje claro que contribuya a disminuir la angustia y ansiedad que le genera todo el contexto que lo rodea.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas, una inversión vital. 2005.
2. Paterson JD, Zderad LT. Humanistic Nursing Theory. [libro electrónico]. Massachusetts: Project Gutenberg eBook; 2008. Fecha de acceso: 07/15/2013. Disponible en: <http://www.humanistic-nursing.com>.
3. Kleiman S, Paterson J, Zderad L. Humanistic nursing theory with clinical applications. In: Parker ME. Nursing theories and nursing practice. Philadelphia F.A.: Davis Company, 2005. p. 152-168.
4. Do Carmo Soares A, Moreira M, Cardoso L. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. Ciencia y Enfermería XII. 2006; 12 (1): 73-81.
5. Paterson JD, Zderad LT. Humanistic Nursing Theory. [libro electrónico]. Massachusetts: Project Gutenberg eBook; 2008. Fecha de acceso: 10/20/2008. Disponible en: <http://www.humanistic-nursing.com>.
6. Hernández Sampieri R, Fernández C. Metodología de la investigación. 3a ed. México: McGraw-Hill; 2003. p. 113-130.
7. Sandelowski M. Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. Res Nurs Health. 2000; 23 (3): 246-55.
8. Tristán A. Análisis de Rasch para todos. Una guía simplificada para evaluadores educativos. México: Centro Nacional de Evaluación para Educación Superior; 2001.

9. Tristán A, Ariza C, Villalobos M. Nursing treatment matches the Rasch model. *Rasch Measurement Transactions* 2008; 21 (4).
10. Escofier B, Pages J. *Analyses factorielles simples et multiples*. París: Dunot; 1990.
11. Lebart L, Piron M, Morineau A. *Statistique Exploratoire Multidimensionnelle*. París: Dunot; 1995.
13. Pardo CE, Cabarcas G. *Métodos Estadísticos Multivariados en investigación social. Algunos Métodos de Clasificación*. En: Simposio de Estadística. Santa Martha: 2001.
14. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Acuerdo 7. Acta 5 de 2004. Conformación y Reglamentación del Comité de Ética en Investigación.
15. Deaton C, Namasivayam S. Nursing outcomes in coronary heart disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004; 19: 308-316.
16. Gambogi R, Debenedetti A, González M. *Cirugía de revascularización coronaria*. Uruguay: Fondo Nacional de Recursos; 2002.
17. Vitello-Ciccio J, Fitzgerald C, Whalen D. En el horizonte: cirugía cardíaca como mínimo invasora. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 1998;12 (3): 1-16.
18. Mennen A, Kirsten G. Recent advances in the management of cardiothoracic patients. *Australian Nursing Journal*. North Fitzroy. 2003; 11(3): 19-22.
19. Screeche-Powell C, Owen S. Early experiences of patients waiting to be accepted for CABG. *British Journal of Nursing*. 2003; 12 (10): 612.
20. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2008; 17 (1): 81-89.
21. Nascimento, Eliane Regina Pereira do, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Lat Am*. 2004; 12 (2): 250-257.
22. Gómez M. Parámetros de calidad en el paciente sometido a revascularización miocárdica. La Habana: Hospital Hermanos Ameijeiras. *Cardiocentro*; 2003.
23. Mainente C. Teoría de Paterson e Zderad: Um Cuidado de Enfermagem Ao Cliente Crítico sustentado no dialogo vivido. *Revista Enfermagem UERJ* 2006; 14 (3): 470-475.