



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**EXPERIENCIA INMEDIATA AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍA DE CAMBIO VALVULAR O
REVASCULARIZACIÓN CORONARIA SOBRE LOS CUIDADOS
INTEGRALES RECIBIDOS EN EL HOGAR**

T E S I S:

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A:

IVON ITZEL RENTERÍA BECERRIL

No. Cta. 413026783



**TUTORA DE TESIS:
MSP. MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ GARCÍA
CDMX, 2018**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Maestra Sandra Sonalí Olvera Arreola, al Maestro Julio Cesar Cadena Estrada, a las autoridades, comité de investigación y compañeras de enfermería del área de consulta externa del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, por facilitar el acceso y uso de sus instalaciones, por ayudarme a buscar a los participantes, para realizar las entrevistas y recabar la información necesaria para realizar esta investigación, también por brindarme una temporada de enorme aprendizaje y crecimiento personal y profesional durante y después de mi servicio social.

DEDICATORIAS

A Rosalinda, mi mamita, por darme la vida, porque siempre me apoyas, y me impulsas a seguir adelante sin cortarme las alas, por brindarme de tu tiempo y espacio, por ser mi primer y último oyente en cada proyecto, por ser mi conciencia, por ser mi consejera, por ser mi guía, por aguantar mis enojos y algunas veces mi mal carácter, por comprender el estrés que sufrí durante el camino y del que también tanto necesite, por ser mi compañera de aventuras y locuras.

A Alejandro, mi papá por enseñarme a no rendirme ante las adversidades que te pone enfrente la vida, a tomar los compromisos con respeto y seriedad, por recordarme siempre que lo más importante somos nosotros, la familia.

A mi hermano Ricardo, a mis sobrinos Richi y Emmanuel, que aunque ha sido difícil para su edad, me han sabido entender.

A todo ustedes por hacer todos los esfuerzos y sacrificios del mundo, para que yo continúe con mis proyectos, gracias infinitas a ustedes familia, mis grandes motores de vida.

A ti Panchito, que siempre te tendré presente en mi corazón, en mis pensamientos, en mis logros y en cada cosa bella que me pase en la vida, que pasamos tantos baños divertidos en la casa, tantos peinados de pepito, tantas terapias y como premio *“un chocolatito”* a

escondidas de la abue, tantas noches diferentes en el hospital... me enseñaste que también es de valientes decir “*ya no*” que te adelantaste en el camino al cielo y dejaste tremendo vacío... te extraño y me haces mucha falta.

A mis abuelitos Mari, Julio y Concepción ahora si ya les cumplí, ya tienen a su enfermera.

A mis amigos Toño, Karen y Marisela, de quienes siempre he recibido apoyo, motivación y que también han tenido que aguantar mis berrinches y mal genio, quienes en los momentos donde he querido tirar la toalla me recuerdan que yo nací para ser enfermera.

A usted Maestra Victoria Fernández García, por todo lo que he aprendido a su lado, porque a pesar de sus múltiples actividades, compromisos y responsabilidades, siempre estuvo disponible y comprometida conmigo y con el trabajo, por las interminables observaciones, y correcciones, por guiarme, por la enorme paciencia, y saber entenderme en uno de los momentos más difíciles en mi vida, por darme palabras de aliento y un abrazo de apoyo. Por siempre recordarme la parte humana que como profesionales de enfermería nunca debemos de olvidar, que la vida no depende de títulos y reconocimientos, sino de tus acciones y calidad humana con los demás, por recordarme que enfermería no es solo el hospital y las áreas críticas, sino que vamos más allá, que tengo más opciones para crecer como profesional y como persona, por sus enseñanzas y más, tiene mi respeto, admiración y lealtad, gracias infinitas.

A todos mis profesores de la carrera, de quienes tengo gratos recuerdos y excelentes enseñanzas, de quienes aprendí tanto.

A todas y cada una de las personas que creyeron en mí.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCCIÓN | 4 |
| II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 6 |
| III. MARCO CONCEPTUAL | 10 |
| 3.1 Proceso educativo | 10 |
| 3.2 Plan y proceso de alta | 10 |
| 3.3 Valvulopatías | 11 |
| 3.3.1 Estenosis e insuficiencia Mitral | 12 |
| 3.3.2 Estenosis e insuficiencia Aórtica | 12 |
| 3.4 Cirugía valvular | 13 |
| 3.5 Cirugía de revascularización coronaria | 13 |
| 3.6 Rehabilitación cardíaca | 15 |
| 3.7 El cuidado del otro | 16 |
| 3.8 Cuidado de enfermería | 17 |
| 3.9 Conceptos centrales | 19 |
| 3.10 Revisión de la literatura | 19 |
| 3.10.1 Alteraciones experimentadas durante la hospitalización | 20 |
| 3.10.2 Comunicación y Educación Enfermera-Paciente-Familia | 22 |
| 3.10.3 Cambios en el estilo de vida | 23 |
| 3.10.4 Facilitadores, barreras y necesidades de los pacientes en el proceso de alta | 24 |
| IV. ESCENARIO DEL ESTUDIO | 26 |
| V. METODOLOGÍA | 30 |
| 5.1 Fundamentación metodológica | 30 |
| 5.2 Características de los participantes | 30 |
| 5.3 Recolección de la información | 30 |

| | |
|---|----|
| 5.4 Aspectos éticos | 31 |
| 5.5 Desarrollo operativo | 32 |
| 5.6 Análisis de datos | 32 |
| | |
| VI. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN | 34 |
| 6.1 RECIBIENDO INFORMACIÓN | 34 |
| A) Información estandarizada | 34 |
| B) Dudas y actitudes del paciente | 34 |
| | |
| 6.2 COTIDIANIDAD Y CUIDADOS | 38 |
| A) Contexto | 38 |
| a.1 Económico | 38 |
| a.2 Familiar | 39 |
| a.3 Social | 39 |
| a.4 Físico | 40 |
| B) Dudas prácticas | 40 |
| b.1 Alimentación: | 40 |
| b.2 Medicación: | 42 |
| b.3 Actividad física: | 43 |
| b.4 Actividad sexual: | 44 |
| b.5 Cuidado de herida(s): | 44 |
| | |
| 6.3 VIVENCIA DE RECUPERACIÓN | 49 |
| A) Acompañado: | 49 |
| B) Parcialmente acompañado: | 50 |
| C) Soledad | 51 |
| | |
| 6.4 Diferencias de género en el cuidado | 52 |

| | |
|--|----|
| 6.5 Rigor metodológico | 55 |
| 6.6 Reflexividad | 56 |
| VII. PUNTOS IMPORTANTES A TRATAR EN EL ALTA HOSPITALARIA | 58 |
| A) Medicamentos (Anticoagulante) | 58 |
| B) Alimentación | 59 |
| C) Herida quirúrgica | 60 |
| D) Actividad sexual | 60 |
| E) Actividad física | 61 |
| VIII. PROPUESTA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA | 62 |
| IX. CONCLUSIONES | 64 |
| X. ANEXOS | 66 |
| 10.1 Anexo 1 | 66 |
| 10.2 Anexo 2 | 68 |
| 10.3 Anexo 3 | 69 |
| 10.4 Anexo 4 | 70 |

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos y corresponden a la principal causa de muerte a nivel mundial. Las estimaciones refieren que para el 2020 aumentarán entre el 15 y 20% y, en el 2030 morirán cerca de 23.6 millones de personas y se espera que siga como la principal causa de muerte a nivel global.

En México el 19% de mujeres y hombres de 30 a 69 años mueren de ECV, entre las personas con factores de riesgo cardiovascular destacan más de 17 millones de personas con hipertensión, 14 millones con dislipidemia, 6 millones con diabetes, 35 millones con sobrepeso u obesidad, y 15 millones con grados variables de tabaquismo.^{1,2}

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, a través de diversas estrategias que pueden estar dirigidas a la población, a la familia y a las personas, sin embargo en las personas con ECV o alto riesgo cardiovascular, es fundamental la detección precoz y tratamiento temprano, por medio de servicios de salud enfocados a la administración de fármacos.² Algunos cambios en la dieta, en los hábitos de fumar, aumento en la actividad física y reducción de estrés para disminuir el riesgo de eventos coronarios y por lo tanto la hospitalización.³ En este sentido, pese a las estrategias desarrolladas para disminuir la incidencia de las ECV, las personas llegan a presentar eventos cardiovasculares en las cuales la cirugía es su única opción de tratamiento y la prioridad se vuelve una efectiva prevención secundaria, en la cual el personal de enfermería es clave debido a la interacción que mantuvo con el paciente y a su participación en el plan de alta hospitalaria.

La aparición de complicaciones después de la cirugía cardíaca es muy común y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el postoperatorio, es por eso que enfermería al ser el vínculo entre los demás profesionales, debe de tener una participación activa en el plan de alta, debe organizar y planificar la asistencia con el fin de evitar la rehospitalización e intervenir de acuerdo a las necesidades individuales del paciente, de manera que después del alta, los pacientes no teman, o se sientan inseguros sobre su nuevo estilo de vida, las limitaciones resultantes de su procedimiento y cambios en la dieta. La orientación de enfermería debe estar bien establecida en el plan de alta, de manera que sea clara y fácil de entender, considerando que comúnmente es breve, mecánica y no toma en cuenta las condiciones y necesidades de cada paciente ⁴

A la luz de lo anterior, se presenta esta investigación, se plantea, desde una perspectiva cualitativa, explora la experiencia inmediata al alta hospitalaria de pacientes sometidos a un acto quirúrgico, con la finalidad de aportar para un modelo de cuidados integrales que consideren su vivencia y especialmente sus necesidades de información y capacitación (en su caso) para los cuidados en el hogar, debido a que actualmente no existen estudios en México que aborden este tema.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las ECV incluyen: cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares, arteropatías periféricas, cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas, trombosis venosas profundas, embolias pulmonares, enfermedad vascular coronaria y valvulopatías.¹ De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS) las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo, cada año mueren más personas debido a éstas, que por cualquier otra causa, siendo responsables del 37% de los 16 millones de defunciones en personas menores de 70 años en el mundo.²

Los ataques al corazón suelen ser fenómenos agudos que se deben principalmente a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia este y con mayor frecuencia es debido a la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro y son consecuencia de la combinación de factores de riesgo, tales como el tabaquismo, dietas altas en grasas, obesidad, inactividad física, consumo nocivo de alcohol, hipertensión arterial, diabetes e hiperlipidemia.¹

Desde que se diagnostica al paciente con una enfermedad cuyo tratamiento requiere un ingreso hospitalario para la realización de una intervención quirúrgica, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales.

En cuanto a los pacientes, es ampliamente reconocido que el ingreso en un hospital para la realización de una intervención quirúrgica puede producirles cierto grado de estrés o ansiedad, pueden presentar diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a su nueva situación: un ambiente extraño o desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños. Además, tienen que abandonar, al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo, etc.) y adoptar un rol pasivo y dependiente hacia el equipo de salud del hospital, las máquinas y equipamiento que les rodean.⁵

Cabe señalar que el personal de enfermería, así como el equipo multidisciplinario que labora en un hospital tienen como objetivo principal otorgar cuidados a los pacientes que mejoren su salud y bienestar integral, lo que implica reducir en gran medida el miedo,

estrés e incertidumbre provocado al enfrentar una situación desconocida, tratamiento y adaptación a una nueva forma de vida, durante y al término del internamiento hospitalario.

Algunos estudios demuestran que los pacientes tienen un conocimiento pobre sobre la enfermedad y hay evidencia sobre las necesidades de información no satisfechas después del alta, por lo que no logran mantener cambios en el estilo de vida por diversas situaciones que se dan al llegar a casa.⁶

Las necesidades de información insatisfechas de los pacientes, puede reflejarse en no seguir el tratamiento de manera adecuada, reducción de la capacidad de afrontamiento, aumento de la ansiedad y reducción de bienestar psicológico y físico, provocando principalmente una disminución en su calidad de vida. En este sentido, para muchos pacientes seguir las recomendaciones sobre el estilo de vida y medicación prescrita es un reto.³ Es por esto que los profesionales de salud desempeñan un papel importante en la educación de los pacientes para que sigan las recomendaciones de manera exitosa, por lo que es fundamental conocer la experiencia de las personas sobre la comprensión y utilidad de la información que recibieron en su alta hospitalaria, con la finalidad de identificar necesidades insatisfechas debido al tipo de información y a la forma de proporcionarla, en consideración a que el paciente y su familiar experimentan diversos grados de incertidumbre y confusión en el momento del alta, por la cantidad de información, sobre diversos aspectos de su cuidado en el hogar.

En este contexto la educación de los pacientes sometidos a cirugía y sus familias es un componente integral de la prevención secundaria, que implica evitar reingresos y nuevos gastos económicos, acompañado de desgaste emocional y físico, no sólo para los pacientes, sino también de las personas que los acompañan durante este proceso. Sin embargo, en México, no existen estudios que documenten la experiencia inmediata al alta hospitalaria, en cuanto a la suficiencia y adecuación de la información que se proporciona al paciente y su familia, lo cual se pone a prueba al llegar a su hogar y transitar a los cuidados otorgados por personal no profesional y continuar con el tratamiento. En este punto, radica la importancia de explorar la experiencia de los pacientes y sus familias para una mejor comprensión de cómo viven esta transición, sus necesidades de información, emocionales, familiares y circunstancias que median la experiencia, con la finalidad de contribuir al diseño de una intervención desde la perspectiva disciplinar que brinde

seguridad y confianza para que el paciente y su familia puedan tener un adecuado proceso de transición e integración a su vida cotidiana. Es en este sentido es que se deriva la siguiente pregunta de investigación.

Pregunta

- » ¿Cuál es la experiencia inmediata al alta hospitalaria de los pacientes sometidos a cirugía valvular o revascularización coronaria sobre los cuidados recibidos en el hogar?

Objetivo General

- » Comprender la experiencia inmediata al alta hospitalaria de los pacientes sometidos a cirugía con respecto a los cuidados recibidos en el hogar.

Objetivos Específicos

- » Describir los cuidados que recibe el paciente en su hogar en el periodo inmediato a su alta.
- » Identificar necesidades específicas de los pacientes sobre la información para su cuidado en el hogar.
- » Describir sus sentimientos y emociones con respecto a su experiencia inmediata en el alta hospitalaria.
- » Identificar diferencias de género con respecto a los cuidados recibidos en el hogar.

Justificación

- » En el Instituto Nacional de Cardiología (INC) dos de los procedimientos quirúrgicos más usados para tratar las ECV son la cirugía de cambio valvular y revascularización coronaria, con el fin de reparar el daño previamente causado, y así poder garantizar una mejor calidad de vida a los pacientes que son sometidos a estos procedimientos, mediante una rehabilitación integral, en donde tienen participación activa los diversos profesionales de la salud que ahí laboran. Este es un tema de interés ya que aproximadamente 590 de los pacientes ingresados en

el año 2017 fueron pacientes que ameritaron alguno de estos procedimientos,⁷ y los cuáles frecuentemente desde su ingreso presentan alteraciones emocionales como ansiedad, estrés y depresión, causando problemas fisiológicos, que llevan a una curación más lenta en las heridas, disminución de la respuesta inmune y un incremento del riesgo de infecciones, dañando significativamente la cooperación con sus actividades de autocuidado, ya que carecen de información sobre su plan terapéutico en casa y cuidados posteriores a su alta hospitalaria, favoreciendo una recuperación más lenta y difícil.

III. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Proceso educativo

La educación para la salud es una herramienta fundamental en la corresponsabilidad de los pacientes en su autocuidado, debido a que les proporciona información para tomar decisiones basadas en información de calidad e idealmente, respetando sus concepciones personales, culturales y religiosas.⁸

La educación de los pacientes es una forma directa para transmitirles conocimientos, a través de diferentes materiales de enseñanza como audiovisuales, medios impresos, sitios en la web, seguimiento asistencial telefónico, e inclusión a grupos.⁸ Teniendo en cuenta la complejidad de la intervención educativa y que ésta debe ser individualizada, ajustada a las necesidades tanto del paciente como de la familia, los profesionales de la salud deben de conocer algunos factores que influyen en este proceso como son: escasos recursos, menor educación, con menor grado de alfabetismo en salud, y el grupo etario, por ejemplo; ancianos.^{8,6}

El proceso educativo recae sobre el profesional de la salud, y debe de ser continuo y personalizado e iniciar desde el momento de la hospitalización y persistir durante el cuidado ambulatorio, de modo que se refuercen los puntos relevantes en los que se detecten dificultades para seguir el tratamiento. La educación al paciente, y su cuidador, debe ser variada, diversa, y adaptarse a sus recursos y disponibilidad, siempre utilizando lenguaje simple, para lograr que el paciente reconozca por sí solo aquellos signos y síntomas de alarma y así evitar un nuevo ingreso hospitalario.⁹

3.2 Plan y proceso de alta

Todos los pacientes dados de alta reciben instrucciones escritas o material educativo en el momento del egreso o durante la estancia en el hospital, reiterando la educación en el conocimiento de la enfermedad, además de los aspectos del tratamiento farmacológico y el autocuidado.

En el alta hospitalaria se trasfiere la responsabilidad, de los profesionales de salud al paciente, sin embargo, una inadecuada planificación de los cuidados a seguir en casa, puede derivar en mayores reingresos, eventos adversos, y en insatisfacción del paciente y familiares¹⁰. *En este sentido, el plan de alta de enfermería es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para*

la salud y asistencia social antes y después del alta del paciente, el cual debe consistir en recomendaciones acerca de los cuidados que tienen que ver con la información que requiere la persona enferma y/o su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad, para evitar recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, y para adoptar prácticas de autocuidado, que deriven de una vida más sana y plena, éstas incluyen: alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridos, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento de prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios del contexto,¹¹ la correcta ejecución de este proceso es considerado de vital importancia ya que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo.

El profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación dentro del plan de alta con el fin de reincorporar al paciente a sus actividades cotidianas, por lo que el plan de alta siempre debe brindar información de acuerdo a las necesidades del paciente y donde se debe de incluir las limitaciones del paciente, de la familia o de las persona de apoyo o del ambiente; también los recursos existentes deben de ser investigados, ya que todos estos datos complementan la implementación y coordinación del plan de cuidados.¹²

3.3 Valvulopatías

Las enfermedades que afectan a las válvulas cardíacas constituyen una parte importante ya que su frecuencia es alta, especialmente en países afectados por las fiebre reumática; sin embargo, aquellos otros países en los que este padecimiento ha dejado de ser un problema de salud, se encuentran las valvulopatías de origen congénito, aquellas producidas por enfermedades hereditarias, infecciosas o las enfermedades degenerativas que en los países industrializados han alcanzado un lugar preponderante, por lo que la presencia de una enfermedad valvular siempre será un motivo de consulta.¹³

(Estas se describirán brevemente, de acuerdo con un texto escrito por el doctor Guadalajara.)

3.3.1 Estenosis e insuficiencia Mitral

El área valvular mitral mide 4 a 6 cm², cuando el área disminuye por procesos cicatriciales que afectan sus comisuras o por defectos embriológicos en la formación de dicha válvula, se habla de estenosis mitral. Esta comienza a tener repercusión hemodinámica cuando el área valvular disminuye más de 2cm², se habla de estenosis mitral:

- » Ligera: Cuando el área valvular mide entre 2 y 1.5 cm²
- » Moderada: Cuando el área valvular mide entre 1.5 y 1.1 cm²
- » Apretada: Cuando el área valvular es de 1 cm² o menor.

Se considera insuficiencia mitral cuando por cualquier causa las valvas de la mitral no coaptan al cerrarse y dejan un orificio a través del cual la sangre se regresa durante la sístole del ventrículo a la aurícula izquierda.¹³

3.3.2 Estenosis e insuficiencia Aórtica

El área valvular aórtica normalmente es de 3 a 4 cm² y comienza a producir gradiente cuando reduce entre 1.5 a 1 cm². La obstrucción de la cámara de salida del ventrículo izquierdo dificulta el vaciamiento de sangre hacia la aorta de tal forma que dicho ventrículo izquierdo prolonga su tiempo de expulsión según lo acentuada que sea la obstrucción, hasta lograr pasar una cantidad determinada de sangre a través de un orificio más estrecho. La consecuencia hemodinámica de la obstrucción de la cámara de salida del ventrículo izquierdo es la elevación de la presión sistólica de dicha cavidad, la que aumentará más cuanto más importante sea la obstrucción, mientras que la presión sistólica aórtica mantendrá sus cifras cercanas a lo normal.

Se habla de insuficiencia aórtica cuando las valvas sigmoideas aórticas no coaptan en el momento del cierre, la sangre regresa de la aorta al ventrículo izquierdo debido al gradiente de presión entre el vaso y la cavidad ventricular en la diástole.¹³

En ocasiones, los pacientes con cierres inadecuados de las válvulas pueden presentar insuficiencia cardíaca (IC), definida como el estado fisiopatológico y clínico en el cual el corazón es incapaz de aportar sangre de acuerdo a los requerimientos metabólicos periféricos, su característica distintiva es el progresivo remodelado desadaptativo del miocardio; se inicia a partir de un episodio que produce una disminución en la capacidad de bomba del corazón y en consecuencia, compromete la capacidad de los ventrículos de llenarse y bombear sangre de manera satisfactoria; de igual forma, es considerada el

extremo final común de muchas enfermedades más prevalentes, como son: la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes mellitus, entre otras.¹⁴

3.4 Cirugía valvular

La cirugía de válvulas cardíacas tiene por objetivo reemplazar o reparar las válvulas del corazón que no están funcionando correctamente. La mayoría de las cirugías de reemplazo valvular se hacen para cambiar las válvulas aórtica y mitral. La válvula aórtica separa el ventrículo izquierdo y la aorta, y la válvula mitral separa la aurícula izquierda del ventrículo izquierdo. Si una válvula se daña o deteriora por una enfermedad, puede que sea necesario reemplazarla por una válvula artificial como la mecánica o biológica. Las cuatro válvulas del corazón se encargan de que la sangre circule por él en la dirección correcta. Las válvulas están compuestas por delgadas y resistentes valvas de tejido que se abren y cierran cada vez que el corazón bombea. Con cada latido, estas válvulas se estiran y contraen, lo cual implica un arduo trabajo. Cuando las válvulas cardíacas tienen problemas, obligan al corazón a esforzarse demasiado. Esto puede provocar insuficiencia cardíaca. En algunos casos, las válvulas:

- No se abren lo suficiente (estenosis), no permiten que la sangre fluya a través de ellas en cantidades suficientes.
- No se cierran adecuadamente (insuficiencia) y dejan que la sangre fluya en una dirección incorrecta.
- Prolapso, se produce cuando las valvas de la válvula mitral no se cierran adecuadamente, a medida que la presión aumenta dentro del ventrículo izquierdo, dicha presión empuja la valva de la válvula mitral hacia la aurícula izquierda, lo cual puede provocar una pequeña filtración de sangre.¹⁵

3.5 Cirugía de revascularización coronaria

La cardiopatía isquémica, enfermedad que se suele manifestar clínicamente como infarto agudo de miocardio o como angina de pecho, existen tres opciones terapéuticas para esta patología.

En primer lugar, el tratamiento médico mediante la administración de fármacos antianginosos. En segundo lugar, la angioplastia transluminal percutánea, que trata de abrir la arteria mediante un catéter y suele ir acompañada de la implantación de un dispositivo, conocido como stent, que mantiene abierta la arteria; y tercero y último, el tratamiento quirúrgico mediante la cirugía coronaria o cirugía de baipás coronario.¹⁶

La indicación de una intervención terapéutica en cualquier patología debe tener como objetivo mejorar el pronóstico, en términos de mortalidad, o la sintomatología o calidad de vida. La revascularización coronaria, se debe aplicar solo en los pacientes en los que en función de la evidencia disponible se espera conseguir alguno de los beneficios antes mencionados.¹⁷

Los pacientes con obstrucción del tronco de la arteria coronaria izquierda, obstrucción proximal de dos o tres arterias coronarias principales, sobre todo, si afecta la arteria descendente anterior, obstrucción proximal de la arteria descendente anterior en la que es imposible realizar una angioplastia coronaria, suelen ser candidatos a esta cirugía.¹⁶

La cirugía de revascularización miocárdica está indicada en el tratamiento de pacientes con enfermedad coronaria, especialmente en aquellos con enfermedad de tronco coronario izquierdo; enfermedad de tres vasos; y enfermedad de uno o dos vasos con compromiso proximal de la arteria descendente anterior.¹⁸

Esta cirugía consiste en realizar injertos del propio paciente sobre las arterias coronarias con obstrucciones para llevar sangre a las zonas del corazón donde se produce déficit de flujo, lo que provoca un sufrimiento denominado isquemia. Los injertos son arterias del propio paciente, que son extraídas y preparadas para posteriormente unir las a las arterias coronarias, este baipás deriva la sangre para salvar la obstrucción y así garantizar la irrigación sanguínea a la arteria coronaria.

Ahora bien, centrándonos en los pacientes, actualmente es reconocido el hecho de que el ingreso a un hospital para la realización de una intervención quirúrgica puede producir cierto grado de estrés o ansiedad, y no depende sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, acontecimientos y sus consecuencias, siendo estos responsables de las elevaciones de la ansiedad; por lo cual el paciente debe ser visto de manera global a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual, que pudieran estar operando como mediadores o protectores de la ansiedad.

La intensidad de la ansiedad frente a una intervención quirúrgica se debe a diversos factores, como la gravedad de la enfermedad, la duración del periodo preoperatorio: cuanto mayor sea la urgencia de la operación, menor será el tiempo del paciente para

adaptarse emocionalmente, lo que puede originar una crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas (dolor, fatiga, cefaleas, estreñimiento o diarrea, trastornos del sueño, sudoración, hipotensión)

Existen otras fuentes de ansiedad como experiencias anteriores en la familia de problemas con la anestesia o de pérdidas de algún ser querido, suelen ser una de las principales fuentes de ansiedad. Finalmente, es crucial la capacidad del paciente para hacer frente a la ansiedad.¹⁹

Estas reacciones adversas experimentadas por los pacientes pueden continuar por tiempo variable después del alta hospitalaria, y causar problemas fisiológicos que lleven a una curación más lenta de las heridas, una disminución de la respuesta inmune y un incremento del riesgo de infecciones, puede exacerbar el dolor experimentado en el postoperatorio, dañar el bienestar psicológico y la cooperación con las actividades del autocuidado y propiciar una recuperación más lenta y difícil, por lo tanto el apoyo a largo plazo y seguimiento tienden a caer en la familia inmediata²⁰

3.6 Rehabilitación cardiaca

Según la OMS la rehabilitación cardiaca es “el proceso por el cual los pacientes, con enfermedad cardiaca en conjunto con un equipo multidisciplinario, son estimulados para adquirir y mantener un estado de salud físico y psicosocial óptimo”

Un programa de rehabilitación cardiaca (RC) debe incluir aspectos educativos sobre el conocimiento de la enfermedad y los cambios en los hábitos de vida: cese de tabaquismo, entrenamiento físico, dieta saludable, manejo de colesterol, componentes psicosociales (manejo de estrés, ansiedad y depresión) y valoración ocupacional. La RC ha sido ampliamente abordada, uno de los estudios más recientes informa una reducción del 20% y del 26% en la mortalidad total y cardiaca, respectivamente en pacientes bajo este tipo de programas.

A pesar del beneficio evidente de la RC, la participación es subóptima. La principal razón que dan los pacientes para no participar en dicha actividad, es el transporte hasta el centro de rehabilitación, horarios y compromisos laborales.

La cirugía de revascularización coronaria se asocia a una importante ansiedad y depresión en la convalecencia. Los pacientes con mayor ansiedad y depresión en los índices de evaluación tienen mayor riesgo de rehospitalización a los 6 meses.²¹

La indicación de RC es clara; sin embargo, los programas institucionales no siempre promueven y ofrecen esta herramienta terapéutica a sus pacientes, no obstante, es recomendable promover más este tipo de programas para los pacientes intervenidos.²¹

3.7 El cuidado del otro

Todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmersos en su cultura. Cuidar de la vida es quizá la acción mínima fundamental de un conglomerado humano. Es algo que no sólo se relaciona con la reacción instintiva de protegerse en forma individual o de grupo ante un agente externo, sino que se trata de una acción consciente, concentrada y permitida. Sin embargo, para acercarse a descubrir como las personas se cuidan, es preciso situarse en el esquema comprensivo, en donde se considera a las personas como expertas que conocen sus formas de cuidarse y por lo tanto la interpretación de sus experiencias puede ayudar a los profesionales de enfermería, a descubrir su mundo social.²²

Desde el comienzo de la vida, el concepto de cuidado se fue construyendo progresivamente sobre la observación de las prácticas cotidianas y los diversos arreglos que permiten cubrir las necesidades de cuidado y bienestar. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido la necesidad de ser cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, así que durante miles de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los cuidados de cualquier persona que ayudara a otra.²³

Es por eso que a través del tiempo se necesitaron hombres y mujeres que de forma natural y espontánea desarrollaron estos cuidados, incorporando conocimientos y sabiduría transmitidos de generación tras generación.

Los cuidadores “informales” que no disponen de una capacitación y no son remunerados por su tarea, tienen un grado elevado de compromiso hacia ésta tarea, caracterizado principalmente por el afecto y una atención sin límites de horarios. La familia siempre ha brindado cuidados a sus miembros y son las mujeres por excelencia quienes han asumido esta tarea.^{24,25} Aquí el cuidado aparece entonces como responsabilidad de otros y se posiciona como vínculo social. Se cuida para vivir y para que el otro viva; para mantenerse y mantener activo; para tener calidad de vida y de muerte; para disfrutar y compartir; para evitar la soledad propia y ajena; para poner límite al dolor; para ser con el

otro, para tener un lugar y para que el otro lo tenga, en suma para hacer vínculo social. El cuidado familiar se da inmenso en un proceso social que va más allá de la relación plana horizontal entre los individuos, oscila entre el reconocimiento de necesidades, el asumir, otorgar y recibir cuidado.²⁶

3.8 Cuidado de enfermería

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina, e implica un encuentro humanizado, que incluye las creencias y los valores que impregnan a la persona, se caracteriza por ser una acción holísticamente humana, que hace del diálogo un proceso interno que sobrepasa la interpretación de la persona convirtiéndolo en un proceso dialéctico de comprensión, y no de aprensión, de los conocimientos y las emociones generados por la acción de un cuidado no profesional.²⁷

Cuidar entonces se hace una tarea en la cual los expertos en la materia aplican sus conocimientos durante todo el ciclo de vida del hombre, percibiendo las respuestas humanas que éste tiene, por lo tanto los cuidados deben ser proporcionados individualmente, tomando en cuenta los factores de condicionamiento básico de cada persona los cuales incluyen su historia, cultura, creencias, espiritualidad, y el medio socioeconómico en el que viven, por lo tanto practicar el cuidado es entrar al mundo vivencial de cada individuo.²⁸

En el caso de los pacientes que han sido sometidos a cirugía y que serán dados de alta un punto esencial en el cuidado de enfermería, es su función como educador y el uso de sus habilidades de comunicación para proveer información, asesoramiento y métodos para obtener conocimiento basado en evidencia para paciente y familiares, que garantice un cuidado adecuado en el hogar y lograr una modificación en la conducta, cuando sea el caso.

Al respecto, la participación del personal de enfermería se da en colaboración con los familiares y a partir de conocer sus necesidades y experiencia.

Algunos estudios refieren que los problemas que se presentan con más frecuencia por parte de los pacientes y familiares, están encaminados principalmente a mal entendidos de conceptos erróneos acerca de su estado de salud, dificultades en el aprendizaje de nuevos patrones de comportamiento, actitudes sobreprotectoras de los cuidadores, bajas

expectativas de los pacientes, sus familias y de los profesionales. Por lo tanto, la intervención efectiva de los profesionales de salud debe proporcionar apoyo e información que pueda ser entendida de manera precisa, coherente e individualizada.^{29,30}

3.9 Conceptos centrales

» **Entorno:** Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte. Aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas.³¹

» **Cirugía:** Todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor.³²

» **Experiencia:** La experiencia es el mundo de la vida, es decir, la base de toda acción, así como de toda operación de conocimiento y elaboración científica. Es la comprensión del ser humano “es” comprendiéndose a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida.³³

» **Familia:** Considerada como una célula social cuya membrana protege en el interior a sus individuos y lo relaciona al exterior con otros organismos semejantes. La familia puede ser en sí, un elemento de salud o de origen y causa del problema.³⁴

» **Cuidado:** Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilización y compromiso afectivo con el otro.³⁵

3.10 Revisión de la literatura

Para el profesional de Enfermería resulta esencial comprender las formas por las que los seres humanos interactúan con su entorno para mantener la salud⁹ al ser el cuidador formal durante la estancia hospitalaria de los pacientes, es el encargado de valorar los factores de riesgo y vulnerabilidad de cada uno de ellos, así como de educar a los pacientes y familiares (cuidadores), mostrando siempre actitudes profesionales, habilidades y empatía, y de este modo lograr mantener a largo plazo los cambios necesarios para evitar una complicación o empeoramiento en el estado de salud, y así evitar nuevas hospitalizaciones, ocasionadas por la falta de una comunicación efectiva, o mal entendido de información proporcionada.

Es necesario que tanto los familiares como los pacientes que son dados de alta puedan ser capaces de expresar sus necesidades e inquietudes durante este proceso y así poder

cuidar y recuperar la salud. Con base en la literatura, a continuación, se presentan los aspectos fundamentales que han sido abordados en diversos estudios sobre los pacientes que son sometidos a cirugía cardiovascular.

3.10.1 Alteraciones experimentadas durante la hospitalización

Gordillo y cols¹⁹ definen la ansiedad como un estado en el que se experimenta un sentimiento de incomodidad que con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo, y para su manejo en el ámbito hospitalario es necesario que el individuo sea visto de manera global como un organismo de gran complejidad cognitiva a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual que pudieran estar operando como mediadores o protectores de la ansiedad.

El factor físico comprende la amenaza experimentada por el individuo en acciones de rutina hospitalaria, como la integridad cutánea, la inmovilidad, la privación del sueño y la agresión fisiológica. El factor psíquico es el más directamente relacionado con la ansiedad que experimenta el enfermo, ya que esta ansiedad surge de la pérdida de intimidad, de la necesidad de afrontar una situación desconocida, de la incertidumbre presente y futura. Los factores sociales pueden resultar atenuadores si están adecuadamente consolidados en el individuo, mediante redes familiares y de amistad con una relación de cariño y comprensión adecuada. Por otro lado, la espiritualidad parece ser beneficiosa a todo tipo de pacientes. La intensidad de la ansiedad frente a una intervención quirúrgica viene determinada por factores como:

- Magnitud del agente traumático externo o real, es decir la gravedad de la enfermedad
- Duración del periodo preoperatorio, cuanto mayor sea la urgencia de operación, menor tiempo de adaptación emocional.
- Capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad.
- Comunicación entre paciente y médico.

Como señala Gomez⁵, las reacciones psicológicas adversas experimentadas por los pacientes en las unidades de cuidados intensivos, pueden continuar causando distrés muchos meses después del alta hospitalaria. Concretamente, pueden aparecer cambios en la personalidad, pérdida de habilidades sociales, disfunciones sexuales, alteraciones en la imagen corporal, pesadillas y privación de sueño, flashbacks, etc. Todo ello podría llegar a constituir un trastorno de estrés postraumático (PTSD), por lo que resulta

relevante la detección, evaluación y tratamiento de este tipo de problemas manifestados por los pacientes, ya que se considera necesario un abordaje integral de los mismos que incluyen tanto las necesidades físicas, como de las psicológicas.

Eriksson y cols.³⁶ Revelan que los supervivientes al infarto experimentan diversos problemas después del alta hospitalaria, en relación con las emociones y cambios en su estado físico. La vuelta a casa es problemática, ya que no hay nadie a quien pedir consejo.

Los miembros de la familia y el paciente pueden presentar estrés severo ya que los infartos suelen ser repentinos y de síntomas dramáticos y por lo tanto el periodo inicial de recuperación es estresante e impredecible para ambos. Algunos de los pacientes describen su alta del hospital y regreso a casa como: bonito, hermoso, excelente, una experiencia fantástica, mencionaron que dormir en su propia cama era la curación, y experimentando menos dolor en el ambiente familiar, ya que su estadía en el hospital había sido nostálgica. Sin embargo, creyeron que podían sufrir una complicación que los obligaría a entrar de nuevo al hospital. Por otro lado, algunos refirieron sentirse más seguros en el hospital, debido a la gran cantidad de personal y el hecho de que siempre estuvieran supervisados y nunca abandonados.

De acuerdo con la literatura, los pacientes y sus parejas necesitan tiempos diferentes de recuperación del impacto del evento y no comparten las experiencias de la situación. En cuanto al tema de la pareja, se menciona que pasan por un periodo de prueba después del alta del paciente, algunos estudios muestran que ellos experimentan miedos personales relacionados principalmente con la enfermedad, pues tratan de limitar el impacto de ésta y adaptar su relación con la nueva situación, se puede presentar un comportamiento sobreprotector y conducir a una relación tensa.

Las principales acciones que las parejas desarrollan es que actúan como tutor(a) del paciente, pues siempre en disposición, en estado de alerta, atentos y preparados, para cualquier alteración que se presente, principalmente vigilando detalles como son la conciliación del sueño y escuchar su respiración, referido así por un participante "Guardo un ojo en ella y no la dejo fuera de mi vista"³⁵

3.10.2 Comunicación y Educación Enfermera-Paciente-Familia

Currie K y cols.³⁷ Se centran en las facetas de relaciones con los profesionales de la salud percibidos por los pacientes, entre sus hallazgos encuentran que la relación entre los pacientes y profesionales de salud es parte importante de la atención sanitaria debido a que frecuentemente los pacientes enfrentan diversos desafíos para poder involucrarse en el autocuidado, debido al compromiso continuo por parte de los pacientes, en la vida diaria. Algunas de las principales barreras que se encontraron para poder mantener el autocuidado, fueron:

- » La falta de comunicación efectiva, principalmente en información farmacológica, como lo cita un testimonio: *“Nadie me explicó lo importante que era para mí. Sólo me cansé de tomarlos. Si me hubiera dado cuenta de lo importante que era, no lo habría detenido. Simplemente no me molesté porque nadie más se molestó”*³⁴
- » Cambios frecuentes en los proveedores de atención, contraindicaciones médicas o consejos familiares.
- » Tiempo prolongado y dificultad para obtener consultas.

Aminda T. y cols.⁶ Afirma que los pacientes tienen necesidades de información no satisfechas después del alta, debido a falta de información y educación, o que éstas se dan en un momento en el cual los pacientes no son capaces o tienen dificultad para la comprensión de esta e identifica como principales consecuencias un tratamiento pobre, capacidad de afrontamiento reducida, mayor ansiedad y menor bienestar psicológico y físico, dando como resultado la reducción de su calidad de vida, en virtud de que la mayoría de los programas de rehabilitación cardíaca comienzan entre 6 y 8 semanas después del alta.

El mismo autor refiere como hallazgos principales los siguientes:

- » Se recomienda que los pacientes reciban apoyo y seguimiento durante las primeras semanas después del alta.
- » La mayoría de los participantes declararon espontáneamente que se sentían seguros y muy bien cuidados cuando estaban hospitalizados, y encontraron al personal del hospital empático y altamente calificado.
- » La mayoría se contentó con la información que recibieron, algunos señalaron que la información era general, todos ellos consideraron que la información general que recibían era importante.

» Les resultaba difícil identificar la información qué sería pertinente y útil.

» El llegar a casa fue un periodo en donde experimentaron:

-Bienestar

-Soledad y un revés físico y mental, incomodidad y necesidad de tomar medicamentos

-Al pasar el tiempo experimentaron molestias, cansancio, agotamiento, náuseas inducidas por la medicación, un retroceso físico significativo al intentar volver a la actividad normal

-Por su parte los que vivían solos, se sentían solos e inseguros, sin nadie con quien hablar

-Ansiedad y depresión

-Otros mencionaron que a medida que su función física mejoraba, sus sentimientos de depresión disminuyeron

-Experimentaron escasez de información sobre temas como: consecuencias físicas y psicológicas de la enfermedad, actividad física, cambios preventivos en el estilo de vida para reducir riesgos, implicaciones para la actividad y trabajo futuro, medicación.

» Los jóvenes principalmente, expresaron dudas sobre no poder volver a su ocupación anterior

» Por otra parte, algunos afirmaron que era un reto, ya que su familia los trato como enfermos y actuó de manera sobreprotectora porque carecían de información.

3.10.3 Cambios en el estilo de vida

Condon³⁸ documento que los cambios en el estilo de vida como: dieta, hábitos de fumar, aumento en actividad física y reducción de estrés, hacen menor el riesgo de sufrir nuevos eventos coronarios y por lo tanto la hospitalización, sin embargo esto es un reto muy difícil y complicado de enfrentar para los pacientes de manera autónoma, ya que cada uno tiene diferentes experiencias, necesidades y expectativas, por lo cual el éxito de esto depende de una relación de asociación entre pacientes y enfermeras. Para lograr estos cambios en el estilo de vida sostenibles a largo plazo es necesario crear un empoderamiento de los pacientes.

Sin embargo, las limitantes principales que se encuentran son:

- » No sentirse capacitado o motivado para poder lograr el cambio
- » El estrés, que incluye exceso de trabajo, pobreza, adicciones e intento de administrar demasiados roles (sostén de familia, ama de casa, padre, pareja) y su vago manejo de este
- » El cambio de vida entendido desde un contexto social, y por tal motivo sentirse incapaces de socializar, expresado en depresión y soledad, que en última instancia puede resultar en la recaída de los viejos hábitos.
- » Las respuestas familiares negativas de fomentarles dependencia.³

3.10.4 Facilitadores, barreras y necesidades de los pacientes en el proceso de alta

Lapum y cols.³⁹ Realizaron un estudio sobre las barreras y facilitadores en el proceso e alta desde la perspectiva de las enfermeras y pacientes, dando como resultado los siguientes:

- Según las enfermeras:

En base a su narrativa, la principal preparación es la física, es decir; debe ser estable antes del alta. Sin embargo, la educación es un papel muy importante sobre el cual se debe de trabajar en múltiples modalidades, abarcando a los pacientes e implicando a la familia de manera indiscutible. También se consideró importante el desarrollo de la capacidad de adaptación por parte de las enfermeras a diversas situaciones, desde los pacientes que no quieren irse a casa y de las personas que se muestran más aprensivas, ya que ambas tienen preguntas y necesitan una explicación más exhaustiva.

Algunas de las barreras mayormente mencionadas fueron:

- » Cargas intensas en la enseñanza
- » Recepción de transferencia de UCI
- » Alta hospitalaria, admisión y atención al paciente
- » Lenguaje
- » Falta de tiempo
- » Carga de trabajo
- » Pérdida de vida de otro paciente

- Según los pacientes:

Las barreras más mencionadas son:

- » Necesidades diferentes de cada individuo
- » Disminución de la capacidad para absorber información y para participar en el proceso
- » Falta de atención personalizada
- » No darse cuenta del impacto que la cirugía tuvo en su vida
- » No saber cómo aplicar la información en sí mismos
- » Temor
- » Citas de seguimiento inoportunas

Gregory y cols²⁰, por su parte consideran que existen variables que influyen a la hora de brindar la información durante el proceso de alta: cantidad, lugar, persona que da la información o con quien se encontraban. Muchos de los participantes dijeron que no podían recordar cosas, o no podían “tomar todo”, o que hubo un exceso de información o que la información parecía contradictoria. Algunos más hablaron de la conmoción de haber tenido un ataque al corazón, y mencionaron que eso era un motivador principal para prestar atención a los consejos que les habían dado, sin embargo, también mencionaron que esta motivación disminuye con el tiempo, por la influencia de diversas situaciones.

Los hallazgos más relevantes a los que llegaron, fueron la descripción de las necesidades para lograr una adherencia a un estilo de vida saludable, considerando las siguientes como las principales:

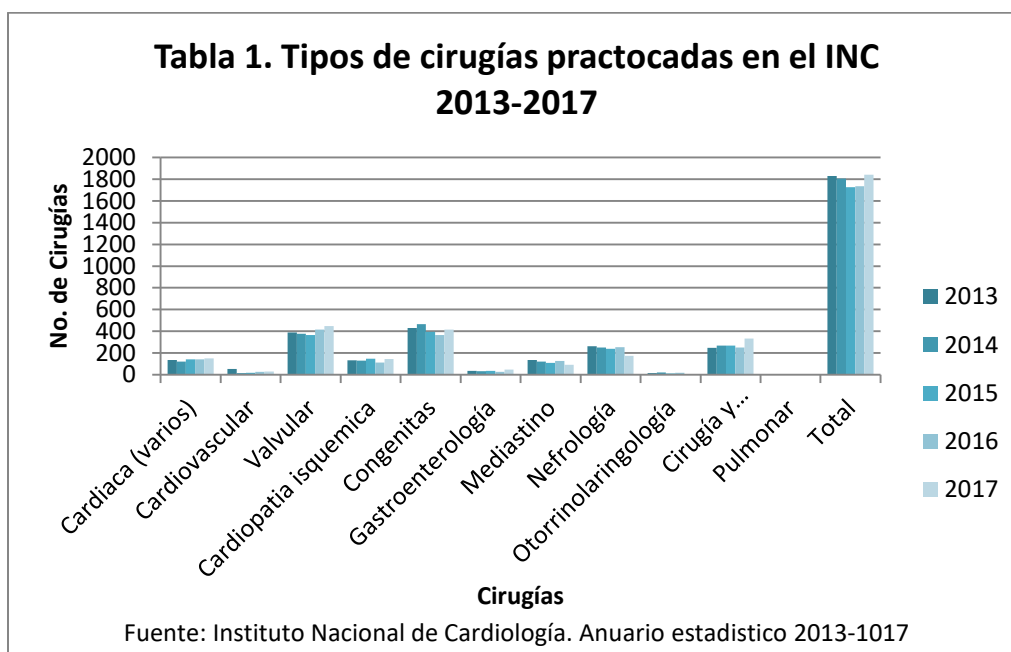
- » Alguna forma de apoyo o supervisión continúa.
- » Hablar con personas que habían tenido experiencias similares.
- » Algún tipo de acceso informal a alguien por razones médicas o de la salud calificados para tranquilizar a sí mismo y/o sus familias.
- » Sentirse menos aislados y más conectados a una infraestructura informal.

IV. ESCENARIO DEL ESTUDIO

La investigación se realizó en el Instituto Nacional de Cardiología ubicado al sur de la Ciudad de México. “Nace en 1944 ubicándose en la Av. Cuauhtémoc, donde funciona por 32 años y es hasta el 17 de octubre de 1976, cuando se muda a sus actuales instalaciones, logrando ampliarse y modernizarse de acuerdo a las necesidades médicas de hoy.”

Pese a que existen otras instituciones que también atienden a pacientes con enfermedades cardiovasculares, “este es el primero en su género en el mundo; por su carácter polifacético, con una visión integral del problema cardiológico, característica por la cual ha sido un Centro Hospitalario para atención de enfermos de escasos recursos; un gran laboratorio de investigación, y ofrece atención en cardiología y especialidades afines con alto nivel de calidad, cuidando siempre la dignidad, el bienestar y calidez del enfermo durante su proceso de atención, esta está enfocada a la población abierta económicamente débil, cuya necesidad de atención requiere recursos humanos y materiales altamente especializados. Cuenta con un servicio de consulta externa, que es la encargada de dar seguimiento a pacientes ambulatorios que requieren de revisiones periódicas, que están en lista de espera para cirugía, trasplantados, o en postquirúrgico de otro tipo de tratamiento, este servicio se encuentra en el ala oriente del edificio principal del Instituto y proporciona alrededor de 1, 700 consultas por semana en diversas áreas, en ésta se ubican 16 especialidades no cardiológicas para los pacientes internados que requieren de ellas, ya que el institutito no es un hospital general. Además cuenta con clínicas como anticoagulantes, atención precoz e insuficiencia cardiaca, arritmias, marcapasos, intervencionismo, geriatría, cardiopatías congénitas del adulto y cardiología pediátrica, así como áreas de electrocardiología y ecocardiografía.”⁷

La Tabla 1 muestra los procedimientos quirúrgicos de mayor recurrencia y destacan cirugía valvular, cardiopatías congénitas y cirugías nefrológicas.⁴⁰



Una vez que se ha diagnosticado el problema de la(s) válvula(s) o la necesidad de una revascularización miocárdica, en el Instituto se realizan una serie de valoraciones prequirúrgicas importantes para conocer el estado de salud de los pacientes, es necesario realizar electrocardiogramas, cateterismos cardiacos diagnósticos, tomografía, resonancia magnética, radiografías de tórax, análisis de sangre y orina para detectar problemas renales o infecciones, valoraciones por parte de servicios como dental, otorrinolaringología y ginecología propiamente, entre otros.¹⁷ Para que la cirugía pueda realizarse sin problemas y con los menores riesgos posibles, una vez cumplidos con estos requisitos, se lleva a cabo la sesión médicoquirúrgica, en donde se presenta el caso de cada uno de los pacientes y junto con el equipo de cirugía, se discuten los riesgos y beneficios a los que se verá sometido el paciente, como cualquier cirugía en ésta, se acarrearán ciertos riesgos, entre los cuales se puede mencionar; sangrado, infección, problemas o alteración del ritmo cardiaco, accidentes cerebrovasculares, ataques al corazón, problemas pulmonares o renales, la falla de la nueva válvula, necesidad de transfusión, y un riesgo mayor es la muerte misma, posterior a esto, se programa el acto quirúrgico.

Por parte de los profesionales de enfermería la preparación en piso de los pacientes que van a ser sometidos a procedimiento quirúrgico, consiste en recabar el expediente clínico inactivo, toma de muestras de sangre que serán enviadas a banco de sangre para poder tener disponibles el grupo y Rh, y concentrados eritrocitarios en caso de necesitarse, una noche antes se realiza un baño con jabón especial (gluconato de clorhexidina 4%) y se les orienta para que eviten el uso de desodorante, lociones, perfume o cremas, también se les pide que 8 horas antes no se consuma alimentos, ni beba líquidos, para evitar la cancelación de la cirugía.

Después de la cirugía, la recuperación inmediata se llevará en la terapia posquirúrgica (TPQ) en donde si su evolución es favorable, permite su extubación y progresar a terapia intermedia o en su defecto, regresar al piso de procedencia y cuando su condición sea la óptima, se realice el proceso de alta hospitalaria, en donde enfermería al igual que la mayoría del equipo de salud tiene un trabajo muy importante, que consiste en aclarar todas las dudas existentes por parte del paciente y sus familiares más próximos, con el objetivo de mantener el estado de salud y evitar alguna complicación por falta de información oportuna y comunicación efectiva.

En el Instituto se realiza un procedimiento estandarizado para el egreso de un paciente hospitalizado, sea cual sea la patología por la que hubiese ingresado, este está conformado por lo siguiente:

A) Plan de alta de Enfermería:

Consiste en otorgar información de fácil entendimiento a los pacientes, si su condición es la óptima para poder garantizar una buena educación o en su defecto a el familiar responsable, apoyado por trípticos informativos de patologías como: factores de riesgo cardiovascular, infarto agudo al miocardio, cardiopatías cianógenas y acianógenas, obesidad, diabetes mellitus, colesterol elevado, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, cuidados postquirúrgicos, anticoagulantes, entre otros.

- a. En caso de haber sido sometido a una cirugía se da una educación específica a los pacientes y familiares sobre la importancia de los cuidados de la(s) herida(s) en el hogar, esto con el objetivo de prevenir infecciones y la necesidad de un nuevo internamiento hospitalario.

- b. También se brinda orientación sobre los horarios, dosis y formas de ministración de medicamentos en base a la receta médica otorgada.

B) Plan de alta Médico:

Consiste en otorgar una carta informativa, en la cual se encuentran datos del paciente como son: nombre completo, fecha de nacimiento, registro, fecha, diagnóstico de ingreso y egreso, en este documento se realiza una descripción breve de la estancia hospitalaria, el tratamiento que se dio, los procedimientos y cirugías realizadas, complicaciones y los medicamentos con los que continuarán su tratamiento en casa.

- a. Entrega de interconsultas (anticoagulantes, rehabilitación cardíaca, etc.)
- b. Entrega de solicitudes para laboratorios de control
- c. Entrega de solicitudes de revisión.
- d. Entrega de receta médica, en donde se especifican las dosis de cada medicamento y la forma en como lo tienen que continuar.

C) Plan de alta de Nutrición:

Consiste en otorgar una orientación sobre la alimentación que se debe de seguir una vez que han sido dados de alta, esta es realizada por la nutrióloga del piso en base a las características y requerimientos nutrimentales de cada paciente, apoyado por material impreso (libro).

V. METODOLOGÍA

Este es un estudio cualitativo exploratorio, enfocado a comprender la experiencia de las personas sometidas a cirugía cardiovascular, a partir de su llegada al hogar.

5.1 Fundamentación metodológica

El presente estudio cualitativo exploratorio se define como destinado a "...a proporcionar una visión general, de aproximación, a un determinado hecho o contexto..."⁴¹ Si bien, la experiencia de los pacientes en el hogar después de su alta hospitalaria, ha sido estudiada en otros países, en el contexto nacional no existe información sobre la experiencia de estos pacientes, por lo que se requiere un estudio exploratorio que permita identificar cómo es la experiencia y en qué tipo de contextos se presenta.

Al ser este un diseño flexible se busca obtener desde una perspectiva integral la experiencia de los participantes y sus entornos que provean conocimiento nuevo para abordar de una manera más amplia, completa y adecuada las necesidades expresadas por familiares y pacientes, de ahí que esta problemática será abordada desde la perspectiva cualitativa.

5.2 Características de los participantes

Los participantes del estudio reunieron las siguientes características:

- Pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cardiología que hayan sido sometidos por primera vez a un acto quirúrgico (cambio valvular y/o revascularización coronaria), independientemente del género.
- Adultos entre 20 y 70 años de edad y que hayan sido dados de alta del servicio de cardiología adultos y acudieran a su primera consulta de revisión (aproximadamente un mes posterior al alta) y finalmente, aquellos que aceptaran participar en el estudio.

El tamaño del grupo de participantes fue por conveniencia a partir del tiempo y recursos con los que se contaron para realizar el estudio.

5.3 Recolección de la información

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, conducidas por una guía de entrevistas (ver anexo 2), las cuáles fueron grabadas y transcritas para su análisis.

Estas se realizaron en el periodo comprendido del 30 de Octubre al 08 de Diciembre del año 2017.

5.4 Aspectos éticos

En la sociedad actual, basada en el conocimiento, la ciencia adquiere un valor estratégico y es considerada como un bien público, producto de la discusión de ideas, creado y difundido con veracidad y orientado al beneficio común, por lo tanto esta investigación se encuentra guiada dentro de los Principios Éticos formulados dentro de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM) con el fin de proteger, junto con la dignidad humana, el bienestar físico, psicológico, social y espiritual de toda persona que participe en dicho proceso.

Los principios o guías éticas de generales de acción son:

- » El principio de autonomía establece que en el ámbito de la investigación la prioridad es la toma de decisiones de los valores, criterios y preferencias de los sujetos de estudio. Su aplicación es el consentimiento informado, donde se le ofrece información suficiente para tomar una decisión razonada acerca de los posibles beneficios y costos de su participación sin ningún tipo de abuso.
- » El principio de no maleficencia obliga a no dañar a los otros anteponiendo el beneficio, aun considerando las respuestas terapéuticas que implica el cuidado a la salud.
- » El principio de beneficencia se refiere al bien obtenido derivado de su participación y a los riesgos a los que se somete en relación con el beneficio social, potencial de la investigación. La mediación de los valores contenidos en los principios de autonomía y de justicia es necesaria para tomar decisiones menos discutibles.
- » El principio de justicia exige el derecho a un trato de equidad, a la privacidad, anonimato y confidencialidad. Igual se refiere a la distribución de los bienes sociales, que la investigación genere.

Antes de iniciar la investigación se revisan las áreas para reducir los riesgos en las personas, teniendo en cuenta que la relación profesional de enfermería con la persona debe fundamentarse en el respeto y dignidad humana, siempre dentro de un ambiente holístico, su máxima defensa es el bienestar social, implícito en el fomento y preservación de la salud a través de acciones tendientes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la comunidad que nos ocupe, por lo tanto atendemos a lo siguiente:⁴²

- » Consentimiento informado » Confidencialidad » Protección de datos
- » Derecho a retirarse » Beneficios potenciales » Riesgos potenciales

Las personas convocadas para esta investigación fueron informadas sobre los objetivos de la investigación, sus beneficios y potenciales riesgos, dando su conocimiento voluntariamente. Se cuidó que en ningún momento los individuos se sintieran coaccionados a participar en un estudio, o fueran indebidamente persuadidos por la promesa de una recompensa (ver anexo 1).

5.5 Desarrollo operativo

1. Los pacientes post operados fueron identificados por medio de los registros digitales e impresos disponibles en el servicio de consulta externa.
2. Se les invitó a participar en el proyecto de investigación, proporcionando una explicación general sobre el proyecto y sus objetivos.
3. Se informó a los participantes que la entrevista tendría una duración entre 30 y 45 minutos, y que podía ser realizada de manera previa o posterior a su consulta.
4. Se explicó, leyó y solicitó la firma del consentimiento informado.

5.6 Análisis de datos

La organización y procesamiento de los datos resulta una tarea esencial para extraer aquellos datos que realmente tienen una significación relevante en relación con los objetivos de estudio.⁴³ Las entrevistas fueron transcritas, leídas de manera integral, y posteriormente se realizó un análisis de contenido siguiendo las etapas propuestas por Graneheim y Lundman:⁴⁴

- » Transcripción de entrevistas
- » Cuadros de condensación
- » Se buscaron unidades de significado
- » Unidades de significado condensada
- » Se generaron códigos
- » Después de realizar las primeras 4 entrevistas, de manera manual, se realizó la codificación y análisis en el software Atlas Ti.
- » Exposición de datos: organización y comprensión de datos codificados

» Redacción de reflexiones analíticas: recogida de reflexiones críticas sobre el proceso de investigación

VI. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

El grupo quedó constituido por 10 participantes que cubrieron las características requeridas. La Tabla 2 muestra las características generales, 6 fueron hombres y 4 mujeres con una edad promedio de 57.7 años, la mayoría provenía de algún estado de la Republica y 2 de la Ciudad de México.

Para mayor información sobre la descripción de los participantes, ver Tabla 3.

Las categorías que emergieron de las entrevistas se presentan en la Figura 1.

6.1 RECIBIENDO INFORMACIÓN

En esta categoría se describe la experiencia de los pacientes al recibir información sobre su prescripción de medicamentos, recomendaciones y cuidados en el hogar, al momento del alta hospitalaria. La información que reciben en este momento es en gran parte la base para el cuidado en casa.

En esta categoría se identificaron dos aspectos que interactúan para definir el proceso de recibir información y corresponden a las subcategorías siguientes:

A) Información estandarizada

Se definió a partir de la descripción de los pacientes como toda información otorgada por parte del profesional de salud durante el momento del alta hospitalaria sin otras consideraciones como las diferentes situaciones de cada paciente, tal como lo ilustran los siguientes testimonios:

» ESfem20 “Bueno, antes de que me los dieran [los trípticos] me dijeron este, tenía que llevar cuidados, sobre eso y otras enfermedades y que me iban a explicar bien cada uno, pero nada más lo que los leí y lo que le entendí”

B) Dudas y actitudes del paciente

Esta subcategoría se refiere a la actitud de los pacientes sobre preguntar y aclarar diversas dudas en su situación al momento del alta o en otra posible, en lo relativo a su padecimiento y recuperación.

Como ya se ha mencionado, el proceso de alta hospitalaria puede ser experimentado por las personas como un momento de confusión en la entrega de tanta información nueva,

de los cuidados a seguir en casa, uso y manejo de medicamentos, nueva alimentación, entre otras cosas, a partir de lo cual pueden surgir muchas dudas, pero no siempre son aclaradas y el paciente no pregunta o profundiza en la información que necesita y sus necesidades no son satisfechas.

» OSmasc27 *“Ehh.... Tengo problemas con los horarios del anticoagulante, más que nada porque la recomendación es tomarlo a las 5 de la tarde por lo regular y con 2 horas de ayuno de antes y después, pero esas son las horas de comida y todo eso, entonces como que es complicado mantener esas 4 horas de ayuno para tomar el anticoagulante, pero de ahí en fuera no he tenido problemas”*

» ESfem20 *“Que me explicaran todo, o sea de los trípticos y todos los que me dieron, que me explicaran más bien, porque no me explicaron”*

Estas dudas también pueden presentarse debido a que en el proceso del alta hospitalaria, los pacientes no pueden distinguir cual es la información que les será útil en el regreso a casa y no tienen un tiempo en el cual pueden expresar las dudas que les genera esta información, así lo menciona el siguiente testimonio:

» OSmas27 *“Pues un poco, no sé algo confundido porque era, es algo nuevo pero pues traté de procesar todo lo que me estaban comentando y si un poco confundido por ser cosas nuevas que no conocía”.*

Por otro lado, encontramos que existen los pacientes que tiene una apertura y disponibilidad para expresar y satisfacer sus dudas con el profesional de salud, no solo en el momento del alta, sino en el transcurso de su hospitalización, lo que favorece la educación, seguridad y confianza del paciente cuando éste se reintegre a su medio.

» LImasc59 *“Ajá, todos están bien coordinados y pasan, primero el doctor y ya después subió la nutrióloga y ya después subió la otra chica [enfermera], así, pero todo dentro de un orden, un buen orden... Si, y las veces que yo voy de preguntarle a las muchachas, pues no, le digo, si aquí pregunta uno cien veces, cien veces le contestan a uno, así!”*

Con forme al análisis de las entrevistas realizadas, se pueden mencionar que las dudas más frecuentes que presentan los pacientes son:

- » **Alimentación:** relacionado principalmente con combinación de los diferentes alimentos disponibles en la nueva dieta, permisos y libertades alimenticias, modificación en el tamaño de las porciones, consumo de café.
- » **Medicación:** más que cualquier otro, el medicamento que mayor conflicto causa es el anticoagulante, su relación, interacción y consecuencias de consumirlo con alimentos verdes, modificación de horario en la toma, diferencias entre genéricos y patentes, efectos y causas de la alteración en los niveles de coagulación.
- » **Actividad física:** tipo de actividad recomendada y posibles consecuencias de los esfuerzos físicos.
- » **Cuidado de heridas:** y las posibles complicaciones que se pueden presentar en casa, tiempo de cicatrización, tiempo ideal para retiro de puntos y grapas, apertura o supuración de la herida, cuidados cuando regresan con grapas.
- » Y considerando como un caso extraordinario la actividad sexual; siendo la duda principal, el inicio de esta.

Es reconocido que la continuidad del tratamiento y el cuidado en casa, que siguen los pacientes sometidos a CRV o CV, está en estrecha relación con la información que reciben a partir del plan de alta. En el alta hospitalaria se trasfiere la responsabilidad de los profesionales de salud, al paciente, sin embargo, una inadecuada planificación de los cuidados a seguir en casa, puede derivar en mayores reingresos hospitalarios, eventos adversos, y en insatisfacción por parte del paciente y sus familiares.¹⁰

Si bien todos los pacientes que participaron en este estudio, en el momento del alta hospitalaria, reciben instrucciones verbales, escritas y material educativo, los profesionales de la salud involucrados, frecuentemente proporcionan información estandarizada que no parte de las necesidades, situaciones y características de los pacientes por lo que resulta insuficiente en el momento de enfrentar situaciones en el hogar. En ese sentido Aminda⁶ refiere que esta situación puede deberse también al momento en que se entrega la información, como es el caso de los pacientes en cuestión, que preocupados por cómo darán continuidad a su cuidado y tratamiento en casa, así como la cantidad de información que reciben, no pueden asimilarla, o su comprensión se

les dificulta, reduce su capacidad de afrontamiento, aumenta la ansiedad y se reduce su bienestar físico y psicológico que puede resultar en la disminución de su calidad de vida.

Un aspecto fundamental a considerar es que la vida cotidiana de estos pacientes es interrumpida en el más amplio sentido. El regreso a casa implica, además de dar continuidad al tratamiento y a su cuidado, retomar las relaciones familiares, enfrentar situaciones económicas y adaptarse las limitaciones físicas, todo esto deriva en alteraciones emocionales.

Por lo anterior, la información que reciben los pacientes puede facilitar o hacer más compleja su cotidianidad al regresar a casa. Al respecto Condon³⁸ menciona que hacer cambios en el estilo de vida es un reto muy complicado y complejo para ellos ya que cada uno tiene experiencias, necesidades y expectativas diferentes, de ahí la importancia de tenerlas en consideración ya que esto favorece en gran medida un apego más responsable por parte de los pacientes y familiares.

Aminda⁶ y Mosleh⁴⁵, han documentado que las enfermeras no parten de las necesidades de los pacientes, sin embargo el plan de alta abarca también a médicos y nutriólogos, quienes de igual manera pasan por alto estas necesidades para brindarles información, y difícilmente alguno de ellos toma en cuenta las actividades que cada uno realiza o realizaba, las cosas que les agradan y desagradan, por lo tanto, hará aún más difícil que ellos puedan adaptarse a los nuevos cambios.

De la misma manera, es importante considerar que la mayoría de los participantes aunque tenían diversas dudas, no siempre sintieron confianza o se atrevieron a preguntar, aunque estas dudas sobre su padecimiento estuvieran presentes durante su hospitalización. Al respecto Aminda⁶ encontró que los pacientes pueden presentar confusión debido a que muchas cosas estaban sucediendo al mismo tiempo que estaban enfermos durante la hospitalización y se sentían incapaces de pensar las cosas y hacer preguntas al personal. Incluso si se les hubiera animado a hacer preguntas, varios dijeron que era difícil saber qué preguntar o sobre qué tema preguntar, algunos más refirieron miedo para hacerlo.^{10, 11}

Por otra parte, en este estudio, se encontró que cuando los pacientes tomaron la

iniciativa de preguntar, no solo durante el proceso de alta, sino durante todo el proceso de hospitalización, se sienten seguros de poder ir a casa, e inclusive están agradecidos con el equipo de salud, y más que satisfechos con los cuidados, atenciones y enseñanzas de las y los enfermeros que estuvieron a su cargo y quienes en su mayoría fueron los que les brindaron esta información. Svavarsdottir²⁹ concuerda con que los pacientes desean más información y apoyo después del alta hospitalaria y hace énfasis en que para minimizar los eventos adversos, se debe de aumentar el conocimiento de los pacientes y sus familias. Y nos brinda algunas de las características que deberían de tener los profesionales de salud, por ejemplo; poseer conocimientos, ser confiable, conectar con el individuo y ser capaz de individualizar la educación a las necesidades, pues así ellos se sienten más relajados y perceptivos a la información, agradeciendo el respeto y la igualdad.

6.2 COTIDIANIDAD Y CUIDADOS

Esta categoría describe la experiencia de los pacientes cuando están de regreso en su hogar o bien en alguna vivienda de manera temporal ya que no todos regresan a su casa habitual. Se describe su cotidianidad en el proceso de adaptación en el cual enfrentan la complejidad, para poder seguir las indicaciones que recibieron durante el alta hospitalaria, las modificaciones y dificultades que se generan cuando se reintegran a su entorno habitual o a otro diferente al hospitalario.

Las diversas experiencias de los pacientes muestran las estrategias, recursos y los apoyos con los que cuentan o no, en la categoría de cotidianidad y cuidados se identificaron los aspectos relevantes que caracterizaron la experiencia de los pacientes y en lo específico como fue mediada por el contexto de las personas y se describe a continuación:

A) Contexto

En esta subcategoría se describen aspectos específicos del entorno de las personas que muestran una amplia diversidad de situaciones que dificultan directamente seguir su cuidado y tratamiento.

a.1 Económico, Un aspecto es no contar con los recursos económicos para seguir las recomendaciones y tratamiento:

» *Llmas59 “Pero allá en mi rancho para poder comer verduras, tengo que venir a Alamo y comprarlas bien caras”*

» *MAfem53 “Si este, tratamos de tenerlos y de conseguirlos para llevar yo pues mi alimentación pues como, como según dijeron, aunque no sea pues correctamente, pero si de repente no tenemos alguna cosa vea, porque yo no vivo en el mero pueblo, vivo pues en comunidad, pero pues tratamos de tener, de tener lo indispensable para mi alimentación”*

a.2 Familiar, los entornos familiares pueden ser favorables a la recuperación del paciente, pero no siempre, puede abonar en sentido contrario a la recuperación en el regreso al hogar. Hubo un caso que vive solo y no contó con nadie a su regreso.

» *VAmasc65 “[La convivencia] es fría de cierta manera, no hay un calor de... humano o no sé cómo se pueda decir – ah! Si, ya llegaste, si está bien, si, si, si... ya vine... ya me voy- si llego o no llego quien sabe, no sabría”*

» *ORmas73 “Darle las gracias a toda mi familia, de darles las gracias que me tenían ya ahí y gracias sobre todo por haber hecho tanto por mí, se comparten a no dejarme solo”*

» *Llmasc59 “mire, yo vivo solo...una visita de mi familia no la tengo, así de que lleguen y como estas, tienes ropa sucia o ya comiste, o vamos a trapear o tu cama, no, no, no, para todo me basto, o sea para todo me cuido...”*

a.3 Social, Las relaciones sociales se ven afectadas no solo porque la mayoría de los pacientes pierden su empleo, sino también por las limitaciones de movilidad.

» *MADOfem53 “mis familiares me empezaron a visitar, llegaban a visitarme, pero nomás que yo sentía pues no, no sé cómo que traía yo eso aquí en la mente que traía yo todavía las grapas y me daba miedo que digo, a lo mejor, alguno movimiento que haga yo, se me vaya a abrir o no sé”*

» FRmasc67 “estoy en un grupo de teatro, ahorita pedí licencia de no ir, pero ya en febrero ya pienso ir porque ya cumplo 50 años en el teatro”

a.4 Físico, El aspecto físico, las condiciones ambientales que rodean a la persona que regresa a casa también pueden representar un riesgo.

» MADOfem53 “No pues nada más el Doctor entro y me dijo -que tenía yo que cuidarme mucho y que ya no iba a ser los mismo, ya no va a hacer mucho, si usted antes hacía de comer ahorita no va a hacer de comer- y que no esté tenía que hacer con leña y nada de eso, ni estar cercas de los que juman el cigarro, porque este allá donde yo vivo hacen el... ahí están los hornos donde hacen el tabique y pues este nada más hay mucha contaminación, me dijo que tenía yo que estar donde no hubiera mucho humo y eso, para que no me juera yo a enfermar otra vez”

B) Dudas prácticas

En esta subcategoría mediada por el contexto se describen los cuidados que reciben los pacientes al estar de regreso en su casa, sin embargo, emergen dudas por parte de familiares y pacientes, que los enfrenta a situaciones de incertidumbre durante un mes aproximadamente, hasta su consulta médica de control.

Los temas que emergieron fueron con relación a su alimentación, tratamiento farmacológico, actividad física y sexual, así como el de las heridas quirúrgicas. A continuación, se describen las situaciones relacionadas a cada tema:

b.1 Alimentación:

Fue un aspecto en los que entran en juego la información, los recursos económicos, la accesibilidad a los alimentos, las relaciones familiares y el apoyo.

» REmas50 “pues yo más que nada trato de controlar, porque yo el primer día que llegue hasta me regañaron porque ahí dice tomar cosas verdes... pero les digo lean!!... porque nada más dice cosas verdes, aquí dice brócoli, todo eso pero va medido, y ellos [familia] -no que, tú no sabes, eres doctor-y me daban el brócoli tres de esos chonchotes y me los comía, me los tenía que comer porque así era, y les digo pues así no es y ahí los deje, después veían que nada más agarraba lo

que es una colita chica y ya nomás uno al día, hoy brócoli, mañana coliflor, pasado la lechuga y así... procuro comer, les digo si aquí me daban café ahora me lo niegan, yo llegando a mi casa el café! [Te va hacer daño], sin mi café no vivo! Mi taza de café en la mañana mi taza de café por las noches..."

Las dudas cotidianas sobre la alimentación son frecuentes en las diversas situaciones de los pacientes.

» VAmas65 "Pues ha sido complicado porque ahorita estoy solo, y yo ya me tengo que hacer la comida, entonces este una sobrina me lleva la comida, entonces lo que ahorita estoy comiendo es pollo, pescado y carne, pero nada más esté cocido, con jitomate y cebolla, y de repente pues con una torta de... bueno no es torta, es huevo con jamón y una tortilla, pan y leche, y agua que es lo que estoy tomando y no sé si es suficiente eso"

En algunos casos se refiere el problema de conciliar la dieta familiar y las recomendaciones sobre la alimentación del paciente, esto cuando no se opta por hacer dieta especial.

» OSmas27 "Complicado, más que nada porque, pues tenemos los trípticos donde vienen los alimentos que tienen la Vitamina K, que no es recomendable ingerir bastante, pero si están los alimentos, pero como hacer una comida eso es el problema, o sea, creo que a eso es a lo que nos enfrentamos, o sea, y están que no comas alimentos verdes pero quedan los otros y esos como puede hacer una comida porque no comes una porción de zanahoria y una porción de papa, bueno mi mamá hace un guiso y como mezclar eso, es ahí"

Independientemente de los contextos y situaciones específicas de cada paciente, la mayoría de los entrevistados enfrenta una pelea interna, una lucha constante con sus deseos de comer lo acostumbrado y adoptar las restricciones, tal como lo ilustran los siguientes testimonios.

» *LImas59 “Lo que me haga bien, así es! Si me gustaba y me haga daño, si lo puedo evitar, lo evito en la medida lo evito, porque también la carne es débil! Jajajaja... me quitaron lo que me gusta, pero también que me hace daño”*

» *FRmasc67 “Aaah!! Pero si dijo el doctor, el jefe de piso, le dijo a mi familia, » eso no implica que cuando haya una fiesta si el señor si quiere se puede comer dos tacos de carnitas, pero nada más y que no vaya a ser diario porque si no aquí lo tenemos en 15 días«, imagínese tanto tiempo aquí y regresar por 2 tacos de carnitas (risa)”*

» *MAfem53 “Si pues todo eso está muy sabroso, pero ya me acostumbre a que ya nada más veo que están comiendo y ya”*

b.2 Medicación:

Seguir el tratamiento farmacológico es otro aspecto que depende de diversos factores, no solo de la voluntad del paciente, sino principalmente por falta de recursos económicos y dificultad para conseguirlos.

» *FRmas67 “No, bueno la única dificultad es a veces los de patente, que son bastante, pero bastante caros, entonces uno anda buscando los genéricos, los alternativos, bueno los que venden la misma, se supone que es la misma solución, pero nada más que en diferente, y no sé si por eso también haya algunas diferencias en la anticoagulación que un genérico no de lo mismo que un, le voy a preguntar ahorita al doctor, que uno de patente, porque yo me los he estado tomando pero sin embargo tengo problemas en la anticoagulación, de coagulación pues”*

» *REmasc50 “Bien señorita, nada más me he quedado tres días sin tomarlo, ellos me dijeron que nada más podía faltar un día que se me olvidara, y si ya habían pasado las horas que ya no lo tomara hasta el día siguiente, la segunda vez fue porque no tenían el medicamento y lo tuve que ir a conseguir a otro lado y la tercera que fue apenas que volví a comprar este, me quede otra vez sin tomármela y tuve que esperarme un día más para el medicamento”*

b.3 Actividad física:

Las actividades que requieren movimiento o algún tipo de esfuerzo físico para los pacientes también fueron una fuente de dudas constantes.

Este es otro de los cuidados sobre el que se hace énfasis en el alta hospitalaria, su forma de iniciarla y la importancia de evitar esfuerzos, sin embargo no está del todo claro para los pacientes y sus familiares, cuáles son las actividades que se pueden realizar y que no sean un riesgo para su salud;

» MADOfem53 “Este... pues no! Bueno pues si porque yo hacía mis cosas, me gustaba parame temprano, este ponerme a lavar, aregar mis plantitas, aregar mi patio, barrerlo, y ahorita ya no porque tengo, tengo dos, una de mis hijas está ahí conmigo, la otra llega a visitarme, yo quiero así como lavar los trastes y así y no me dejan, este... pues si, por la herida sí, porque pues yo antes te digo que me iba yo, todas las tardes me salía yo a caminar con mi niña y ahorita ya no porque decía yo si me voy para allá y me llega a dar o me llega doler o no sé, yo presentía eso pero ahorita el doctor me dijo que no que ahorita ya puedo caminar”

El ejercicio físico en los post operados debe de pasar por varias etapas, ya que después de ser sometido a una cirugía cardiaca, el corazón se encuentra débil y un esfuerzo de este les podría ocasionar complicaciones como van desde la apertura de la herida esternal, elevaciones bruscas de la tensión arterial, algunos cambios en la frecuencia cardiaca y arritmias, es por eso que los pacientes son educados para adaptar su vida cotidiana a mantener una actividad física baja y sin esfuerzos;

» MADOfem53 “tengo miedo a que se me vaya a abrir o no sé, porque yo antes, te digo que me iba yo todas las tardes, me salía yo a caminar con mi niña, y ahorita ya no porque yo decía si me voy para allá y me llega a doler, o no sé, yo presentía eso”

Los pacientes diseñan estrategias para poder resolver las nuevas limitaciones a las que se ven enfrentados;

»ELfem57 “Mi hermana es la que me hace y me arrima mi mandado, porque te

digo que me dijeron que cosas pesadas ya no puedo cargar... pero pus de hecho si ando caminando de aquí para allá, la comida, con los trastes, que alza, que dobla la ropa, que esto, que el otro, en eso sí, porque hasta eso él [hermano] es el que tiende la ropa, porque yo nada más le programo la lavadora y órale!”

b.4 Actividad sexual:

Las dudas sobre cuándo se puede reiniciar actividad sexual y si puede representar un riesgo en su nueva condición solo fueron manifestadas por un paciente, lo cual podría ser debido a que el tema de la sexualidad no es fácil abordarlo para todas las personas, sin embargo, a pesar de contar con la información el temor persiste.

» Limas59”La actividad sexual nada más... A partir de las dos semanas de mi alta, pero como yo vi al muchacho que llegó así en esas condiciones medio su recaída, digo no pues yo me voy a esperar y hasta que vaya a la consulta le voy a preguntar, pregunto ahí”

b.5 Cuidado de herida(s):

Uno de los cuidados que más preocupación causó a algunos de los pacientes, es el cuidado de la(s) herida(s) ya que la mayoría de las cirugías cardiacas se realizan a través de una estereotomía media, a pesar de ser pocos quienes tuvieron dudas, estos experimentaron temores por diversos motivos

Uno de los puntos importantes de este tema cae en la posibilidad de contraer una infección al llegar a casa,

» MADOfem53 “pues me sentía yo, pues como con miedo porque este, me salía de aquí, este agüita de las puntadas y pues si me espantaba porque cada que me así, diario me ponía yo una gasita y pues amanecía yo así como mojada que aquí, ya después fui otra vez al doctor al que me mando para acá, allá a Zumpango y me dijeron que era normal porque estaba todavía grenando, sí, ya poco a poco se me fue cerrando apenas en este, el otro mes se me cerró la última”

En algunos casos no se sienten capaces de poder llevar a cabo por ellos mismos los cuidados necesarios;

» VAmas65 *“pues sí! A veces mi sobrina me ayuda para curarme la piel, cuando me toca entre semana, ella es la que me cura, sino pues no... no sabría... tendría que buscar a alguien yo creo, una enfermera, no sé!”*

Por otro lado, algunos pacientes son dados de alta con puntos de sutura, o bien con grapas quirúrgicas, en estos últimos se produce una alteración emocional sobre cómo viven su vida diaria, ya que el miedo al que se enfrentan es permanente.

Para los pacientes se han presentado dos situaciones; una de ellas es confianza y seguridad en el manejo y cuidado de la herida cuando regresan a casa, debido a la educación y recomendaciones que se dieron durante el periodo de hospitalización;

» MAfem53 *“Para mí no ha sido ningún problema... ningún, como te diré, no me ha afectado en nada, porque no se me hace ningún este ostaculo para, un ostaculo para yo de que me curen, hasta yo puedo curarme bien, nomás si tengo que tener precaución de bien lavadas mis manos, con unos guantes en caso de que no hubiera quien me curara, yo misma podría hacerlo, sí, teniendo un espejo, ya viendo en el espejo me podría yo curar sino hubiera quien me curara”*

» FRmas67 *“Ah! Bueno pues diario, primero diario me consentían y me lavaban con agua calientita y ahora sí que con agua destilada y me hacían la curación, tenía todavía la parte del pegamento y ya después se empezó a caer, pero ya después yo solo me hacia las curaciones completamente”*

Y por otra parte existen casos en que los pacientes no se sienten seguros, ni confiados con la información y enseñanza que se les da durante la hospitalización y el alta, es por eso que al llegar a casa experimentan miedo e incapacidad a ser ellos mismos los que tomen su propio cuidado, afectando no solo las relaciones sociales y de pareja, ya que esto les genera miedo, sobre como las cosas cotidianas les pueden afectar.

» MADOfem53 *“Este, no pues yo me sentaba, me dormía porque hasta ahorita me duermo solita ahí en la cama, si ahí pues porque yo tenía miedo de que me fueran a pegar o me jueran a... ya ve los niños como se duermen y pues yo tenía miedo de que me fueran a dar un manazo así, me daba miedo o que se me jueara a abrir o si me podía yo sentar o eso mal yo tenía medio de que se me abriera... yo me*

cuidaba más, ora si que lo pudiera porque ya después este, me quitaba yo el chaleco, como me dijeron que lo tenía yo que usar, unos días me lo ponía y otros días me lo quitaba para que bueno, más que nada para que cuando me sentaba o me parara no se me fuera a abrir, porque yo tenía miedo de que se me abriera... este... pues sí, por la herida sí, porque pues yo antes te digo que me iba yo, todas las tardes me salía yo a caminar con mi niña y ahorita ya no porque decía yo si me voy para allá y me llega a dar o me llega doler o no sé, yo presentía eso pero ahorita el doctor me dijo que no que ahorita ya puedo caminar”

En estudios previos se ha mostrado que para la mayoría de los pacientes el regreso a casa es un evento importante, sin embargo, es hasta este momento en donde se ven enfrentados a la nueva realidad, ya que es común que ellos tenga un conocimiento pobre en relación a la enfermedad que padecen.^{20,36}

Algunos estudios han manifestado que para la mayoría de los pacientes el regreso a casa es un cambio importante, debido a que implica enfrentar la nueva realidad, en la que descubre su pobre conocimiento sobre la enfermedad y su condición. Situación que manifestaron todos los participantes en este estudio. En este sentido, Aminda⁶ y Svavarsdottir³⁰ demostraron que los pacientes presentan necesidades de información insatisfechas y desean mayor información después del alta, así mismo Condon,³⁸ refiere que es por eso que las recomendaciones sobre el estilo de vida y medicación prescrita representan un reto para ellos. Sin embargo, es necesario agregar que como en el caso de los pacientes en cuestión, la dificultad puede ser mayor dependiendo del contexto general al que regresan los pacientes.

Como ya se ha mencionado, la influencia de los aspectos económico, familiar, social, y físico deben considerarse por los profesionales de salud, como punto de partida para brindar información, en virtud de su relevancia para continuar con el cuidado en casa, y omitirlos representa un factor de riesgo en el seguimiento y eficacia del tratamiento que debe seguir el paciente.

Lo anterior ha sido poco abordado en otros estudios, no obstante, no considerar el contexto puede resultar en información y recomendaciones, ajenas a la realidad de cada paciente.

Dentro de los hallazgos de este estudio, destaca que algunos pacientes que procedían de

otros estados del país no siempre regresan a su casa, sino se hospedan de manera temporal en casa de algún familiar, con la finalidad de facilitar su regreso al hospital para curación de la herida, retiro de puntos o grapas o bien el control de anticoagulante. Es importante reflexionar sobre esta situación ya que los pacientes al ser dados de alta, no siempre los esperan condiciones óptimas para su cuidado, incluso pueden no contar con alguien más que se involucre en su recuperación. Esto ilustra lo drástico que puede ser el cambio del hospital a su realidad. Los pacientes no siempre tienen solvencia y estabilidad económica y tampoco tienen a su alcance lo necesario para cumplir con las recomendaciones y continuar de manera idónea su tratamiento, por lo que el personal de salud no debe dar por hecho que contará con las condiciones necesarias, sino más bien explorar las posibilidades y ofrecer alternativas para adaptarse de la mejor manera.

Independientemente, de lo antes descrito, los pacientes se les entregan trípticos y material educativo, lo cual no les evita complicaciones cuando regresan a casa, tal como lo manifestaron algunos de los pacientes de este estudio. Eriksson³⁶ menciona que muchas veces el material entregado a los pacientes excede su nivel y habilidad de lectura, por eso asume que aun cuando estos se entregan, están en riesgo de no entenderla o malinterpretarla, mostró que los problemas después del alta hospitalaria también están en relación a las emociones y cambios en el estado físico, haciendo de este un regreso problemático, ya que no hay nadie a quien recurrir para disipar las dudas. En este punto, es recomendable tomar en cuenta la autonomía, opiniones y decisiones del paciente en cuanto a su salud.

Molina⁸ dice que es irreal pretender que los pacientes alcancen una salud óptima, al regresar a casa por medio de la educación al paciente, más bien es un medio para lograr metas, que no necesariamente conducirán a una salud ideal. Sin embargo, a partir de los hallazgos de este estudio, se puede agregar que el profesional de salud debe identificar las necesidades y limitantes individuales y que no todo depende de la información proporcionada, pero un regreso a casa es mejor vivido cuando a los pacientes se les han satisfecho sus necesidades informativas.

Con respecto a la alimentación, en el momento del alta hospitalaria se hacen recomendaciones sobre el bajo consumo de sal y la disminución de los alimentos ricos en grasas, pero poco se aborda lo que implica para estos pacientes, renunciar a diversos

alimentos que formaban parte de su dieta habitual y de los que deberán abstenerse por su nueva condición.

Particularmente lo relativo a estar bajo tratamiento anticoagulante, fue muy problemático para los pacientes de este estudio, implicó dieta diferente de la familiar y observar el consumo de alimentos que para los pacientes son restringidos. Este aspecto derivaba en una pelea interna para seguir las recomendaciones. La mayoría de los pacientes manifestó lo difícil que es abstenerse de ciertos alimentos, también se dieron casos en los que por falta de información no había diversidad en la dieta, o bien algunos alimentos eran inaccesibles geográfica y económicamente.

Otro punto importante, es lo relacionado con el cuidado y manejo que las personas deben de dar a la herida de la cirugía, Soto⁴⁶ nos menciona que las consecuencias de una infección de esternotomía media son graves por su morbilidad, larga hospitalización y una alta mortalidad. En el caso de los pacientes de este estudio, los cuidados a su herida, en algunos casos fue difícil debido a que no contaban con ayuda para realizar la curación o bien se sintieron muy inseguros al realizarla. Un caso en particular mostró un temor excesivo a la dehiscencia de herida esternal que ocasionó organizar su vida cotidiana en torno a dicho temor, como dormir sola, usar todo el día el chaleco compresivo a pesar de la cicatrización, evitar las visitas familiares y todo aquello que consideraba un riesgo de dehiscencia e infección.

A la luz de lo anterior, es necesario reflexionar sobre la cuestión simbólica de la herida, ya que el significado que tiene para los pacientes puede ser de un recordatorio de una segunda oportunidad de vida, o bien de la percepción de un cuerpo ajeno, un cuerpo que despierta curiosidad o un punto vulnerable sobre el que le pueden hacer daño.

Finalmente, aunque los pacientes cuentan con la suficiente información, sería recomendable que fueran capacitados para sentir seguridad y ser autosuficientes cuando no cuentan con ayuda para los cuidados de la herida. Este aspecto corresponde de manera natural al campo del cuidado de enfermería.

Ozcan,⁴⁷ considera que para los pacientes saber cuidados como el aseo y valoración de la herida para identificar síntomas de complicaciones, los factores que les aumentan o disminuyen el dolor, favorecer una comprensión en el uso de analgésicos, y así poder evitar un reingreso que conlleva a nuevos gastos económicos, desgaste físico y mental no

solo para los enfermos, sino para su familia en general.

Uno de los temas que ha sido ampliamente estudiado y del cual casi no tocaron los pacientes tanto en las entrevistas como en el alta hospitalaria, es la actividad sexual, y esto según Chaparro,⁵⁴ puede deberse a que el tema genera vergüenza al preguntar, no obstante que el miedo a sufrir un nuevo evento, dolor o apertura de la misma herida esté presente en los pacientes. En este estudio solo un paciente abordó el tema durante la entrevista.

6.3 VIVENCIA DE RECUPERACIÓN

Se refiere a las condiciones y características afectivas que vive el paciente que ha sido dado de alta del hospital y regresa a su hogar (o vivienda temporal) para continuar con sus cuidados. En todos los pacientes, independientemente del tipo de información y cómo se las dieron, la forma como lo vivieron estuvo mediada por el contexto, y siempre hubo dudas y una serie de emociones y sentimientos relacionados con su condición actual, no obstante, cada uno expresó en diferentes momentos y sin haber sido pregunta expresa, cómo vivían esta recuperación en relación con las personas que los rodean, los afectos, la indiferencia, los conflictos y la soledad. De tal forma que esta vivencia que para los fines del análisis se definió como acompañado, parcialmente acompañado y en soledad ofrece información muy valiosa para el cuidado de enfermería que trasciende la información y los contextos.

A) Acompañado:

Algunos pacientes expresaron contar con una o más personas en casa que se preocupan, ayudan y participan en su cuidado, principalmente caracterizado por agradecimiento del paciente y afecto recíproco;

» ORmas72 “Tengo a mi hija como, especializada en eso, en estarme dando puntualmente los [medicamentos], si todo el día”

» ELfem57 “Mí mandado y eso me lo arrima mí hermana, porque como vive cercas, mi hermana es la que me hace todo mi mandado porque te digo que como me dijeron que ya cosas pesadas no puedo cargar”

» MAfem53 *“No pues muy contenta, porque él no me dejó, y hasta la fecha no me deja, no me deja, y pues somos una pareja que somos unidos pues, si el necesita de mí, ahí estoy yo, y ahora que yo necesite de él ahí está, él y yo nos llevamos bien y más que todo hay armonía en nuestro matrimonio, por eso estamos siempre juntos, ya éramos así pero ya hoy con esto que viví, pues quizá un poco más porque ya este sabemos cuánto nos hacemos falta uno al otro”*

» ORmas73 *“Pues si porque ella [hija] desde el principio ha estado, mis otros hijos trabajan, se casaron, mas sin embargo, siempre están en la casa cuando pueden, apoyándome”*

B) Parcialmente acompañado:

Otros pacientes contaron con una o más personas en el hogar para contribuir al cuidado, sin embargo, las relaciones familiares previas a la cirugía no cambian necesariamente y pueden retomarse conflictos anteriores, en todo caso la vivencia es de estar acompañado, pero en conflicto o parcialmente acompañado sin afecto.

» RE masc50 *“Me hacen de comer pero... cuando veo que no es como yo les digo o me dijeron, les digo que se quiten que yo lo hago, para que me enseñe mi mamá, para defenderme solo... uuuh, en los primeros días me fue de la patada porque querían vestirme con ropa muy apretada y yo los mandaba por un chachaguante... porque les digo si me están diciendo que no me faje, ustedes porque a fuerzas quieren fajarme... pues nada ya me dijeron pues has lo que quieras, pero si te pasa algo no nos hacemos responsables... les digo yo sé cómo me siento, si desde el primer día yo me sentía mal, y ustedes dicen que no, que yo me hacía porque no quería trabajar, que me estaba haciendo que no sé qué... le digo si esto ya lo llevaba desde hace más de 20 años el soplo y una grieta nomas que ellos decían que no que no era cierto”*

» VAmasc65 *“si estuviera en mi casa estaría mejor cuidado, en primera porque haces lo que tú quieres en tu casa y aquí no [casa de sobrina], son cosas incómodas, a parte en la casa, si es más este... como más tranquilidad para hacer*

las cosas, y sí, pues si estuviera con mi esposa, ya habría más cuidado en las cuestiones de la comida, que es lo... lo esencial!"

C) Soledad

Otra situación es la que atraviesan algunos pacientes que han sido dados de alta del hospital, que tienen un hogar, familia y amigos, pero por alguna razón, estos no contribuyen con los cuidados y atenciones que esta persona necesita para continuar con su recuperación, afectando principalmente el estado emocional, siendo estos pacientes los más propensos a presentar alguna complicación que derive en un nuevo ingreso hospitalario;

» VAmasc65 "pues ha sido complicado porque ahorita estoy solo, y yo ya me tengo que hacer la comida, le digo, salimos de aquí del sismo, y llegue allá a la casa, me dieron el cuarto y ahí me quede, yo ya no supe digamos hacer más cosas, ya desde que llegue ahí hasta ahorita... no es lo mismo... como que estoy muy solo pues, eh... pues sí, son esos cambios que no logra uno echarlos adelante"

» LImas59 "yo vivo solo, entonces, al llegar si sentí un poco de... como de depresión, pudiera decirse que no vea...mmmm... una poca de nostalgia, tal vez no, así pues ya llegue a la casa, pues ya estoy aquí que bueno, pero ahh... estoy solo, tengo familia, tengo hermanas, tengo hermanos, pero ellos están en sus... en sus este... asuntos y casi no nos visitamos y si nos visitamos es por una causa especial, para todo me vasto, o sea para todo me cuido en ese aspecto del hogar"

El regreso a casa de los pacientes en cuestión, cuando es el caso, moviliza los recursos familiares para proveer el apoyo y los cuidados necesarios. De acuerdo con Falun³ los miembros de la familia y amigos contribuyen a ofrecer ayuda práctica y esencial para la implementación de cambios duraderos en el estilo de vida.

Eriksson³⁶ plantea que se podría pensar que son las familias quienes tienen que hacer frente a todas las cuestiones importantes en la vida, pero en realidad es que la corresponsabilidad es entre los pacientes y su familia, en conjunto son el componente integral de la prevención secundaria para poder tomar decisiones con base en

información de calidad. Los pacientes con riesgo para presentar deterioro de su estado de salud son aquellos menos involucrados en su cuidado. En este estudio, todos los pacientes se involucraron en su cuidado.

Más allá de la participación de la familia e involucramiento del paciente, emergió información diferente a la abordada en la literatura y se refiere a la vivencia de la recuperación, en algunos casos las personas manifestaron una vivencia con acompañamiento de la familia, en la que percibían preocupación, cuidados y apoyo en un sentido amplio. Sin embargo, algunos casos a pesar de contar con la presencia de la familia o estar en casa de familiares, la vivencia de la recuperación fue dolorosa, por experimentar el desinterés por la condición de salud del paciente, el poco apoyo para satisfacer necesidades básicas y los cuidados relacionados con la herida, el reinicio de la actividad física y sobre todo la imposibilidad de recibir afecto. En un caso la familia permaneció en conflicto constante con el paciente, lo que hacía muy difícil la convivencia y su autocuidado resultaba muy difícil. En este sentido, cabe mencionar que la falta de claridad en la información creó confusión en la familia y abonó al conflicto. A partir de la situación descrita se genera la reflexión sobre la necesidad de asegurarse que la información haya sido entendida de manera adecuada por pacientes y sus familias, o bien contar con un canal para aclarar las dudas.

Algunos estudios enfocados a las parejas de los pacientes, refieren una ambivalencia en el regreso a casa, pues ellas también se encuentran confundidas, estresadas y con miedo al futuro incierto, lo que afecta la recuperación de los pacientes, generándoles diversas emociones que van desde enojo, rebeldía, tristeza, miedo, soledad, poca disponibilidad para cooperar con el tratamiento, hasta confianza, cooperación y tranquilidad.

Finalmente, destaca un caso que vive solo y que tuvo una vivencia de recuperación autosuficiente, con apoyo profesional local (visita domiciliaria de los servicios de salud), no obstante, su vivencia también fue nostálgica debido a que durante la hospitalización se sintió acompañado, rodeado de afecto y cuidado por parte de todo el personal de la institución.

6.4 Diferencias de género en el cuidado

Este tema se refiere a las diferencias que exigen entre como son cuidados los hombres y

como son cuidadas las mujeres cuando cada uno de ellos desarrollan el papel de enfermo en la pareja.

» *MAfem53 “Pus yo quisiera hacerlo, pero ahorita tengo que cuidarme, y dejo que me apapachen (risa)... ahorita van mis hermanas, va mi sobrina y me ayuda ya hacer las, me ayuda a limpiar mi casa, me ayuda a trapiar y todo, ya me ayuda mi sobrina y van a visitarme mis hermanas, y mis sobrinas y mi familia y yo me siento muy feliz, y ellas también bien feliz conmigo porque ya dios nos dio licencia de volver a estar juntas, porque también fue mucha la preocupación, también para ellas de que estaba yo por acá mala pues”*

En el caso de que los cuidadores sean hermanos o hermanas de la persona enferma también suele ser más fácil aceptar su ayuda, que de otras personas.

Las parejas presentan un periodo de prueba una vez que los pacientes son dados de alta del hospital. Cuando en la pareja, la persona enferma es la mujer, ella es atendida principalmente por las mujeres que conforman su familia, siendo estas; la madre, hermanas, hijas, sobrinas y en algunos casos muy particulares, el marido. Cómo ya se mencionó los hombres cuidadores reciben más ayuda de las mujeres, otros familiares y de las mismas instituciones.³⁶ Sin embargo también se da el caso, en donde ellos son quienes asumen ambos roles, tanto en el periodo de hospitalización, y al regreso a casa es él quien otorga los cuidados a la esposa.

» *MAfem53 “mí mama y mi esposo, mi mamá no vive conmigo pero ella va diario y a ayudarme a hacer mi quiaser, y mi esposo también, sino esta mi mamá mi esposo calienta, si así en la mañana cuando todavía no llega mi mamá mi esposo me hace de desayuno y me anda rogando, porque ahorita todavía no quiere que haga yo así, ni que allegue a la lumbre todavía, ni que ande haciendo quiaser en mi casa, que quiere que me cuide un tiempo pa que pueda yo hacer, pues yo poco a poco mi quiaser, pero tratan de cuidarme*

En ocasiones, las mujeres cuidadoras se resisten a buscar o recibir ayuda de otros familiares, amigos, vecino e incluso de organismos oficiales. Estas mujeres, a menudo acaban cuidando y sobrecargándose de trabajo más de lo que su salud y condiciones se lo permiten al no aceptar la ayuda de otros.³⁶

» *ELfem57 “Mi hermana no me venía a visitar, no pobre imagínate, atender su casa, a su esposo y a su hijo, y luego ir a mi casa a hacerle de comer a mi hermano, lavarle, era doble, doble friega para ella, tons yo le decía a mi hermano, no, dile que no venga, le digo ya con lo que hace en la casa es bastante, los que me venían a visitar eran mis otros hermanos, pero ella no, y te digo, nos pusimos a platicar y todo, ahí si chille hasta lo que pude, ahí me desahogue”*

Achury⁴⁸ nos recuerda que el cuidado, desde su origen, se ha definido como un acto propio de cada ser humano, cuya preocupación es una serie de necesidades fisiológicas y placenteras, que promueve la vida y lucha contra el dolor. La historia del cuidado marca que principalmente son las mujeres quienes asumen el papel de cuidador en la mayoría de los casos e independiente a su rol en la familia, este puede ser: madre, esposa e hija. Cuando uno de los miembros de la pareja sufre un problema de salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud. Algunos de los rasgos comunes a estas situaciones son: cambio de roles, modificaciones de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia y reajustes de la vida social. Como en cualquier situación de la vida que implique un cambio, la nueva realidad puede requerir cambios de los roles previamente desempeñados y puede resultar difícil, exigiendo una constante adaptación y generar tensión entre la pareja debido principalmente a que uno de los miembros tiene que dar ayuda al otro y esta relación se vuelve menos recíproca, al respecto, Eriksson³⁵ refiere que las parejas presentan un periodo de prueba, una vez que los pacientes son dados de alta del hospital.^{38,49}

Dicho lo anterior es necesario resaltar que en estos casos los hombres, tanto esposos como hermanos de la mujer enferma, son capaces de ayudar, incluirse y responsabilizarse voluntariamente de diferentes maneras en el cuidado de ella, que si bien, reciben ayuda de más personas, ellos son quienes se encargan de estar atentos, disponibles, alertas e inclusive tomar parcialmente ambos roles, esto motivado principalmente por el cariño que se tiene con la persona y la necesidad que ella expresa para volver a la normalidad. Eriksson³⁶ menciona que el estar en casa y contar con una pareja es descrito como favorable y es considerado como valioso por los pacientes.

6.5 Rigor metodológico

En este trabajo desde su inicio se ha visto guiado por los criterios que son aplicables a la investigación cualitativa. Como parte del rigor metodológico, se partió de conceptos como: fiabilidad y validez, aplicabilidad y relevancia.⁵⁰

Desde un principio se ha buscado conocer y comprender lo que las personas post operadas con enfermedad cardiovascular expresan de su regreso a casa y como es que lo vive cada uno de ellos.

Este trabajo ha llevado varias etapas, que van desde el planteamiento del problema, fijación de un objetivo, búsqueda de información, revisión de la literatura disponible, fundamentación metodológica, hasta el análisis y entrega de resultados. Es aquí donde también se ha comprobado que a pesar de que el tema ha sido abordado por algunos autores, ha sido poco profundizado y en este estudio los resultados aportan algunas variantes que no habían sido contemplados con relación a otros estudios.

La fiabilidad de la guía de entrevista fue valorada por una investigadora de la universidad y un comité de investigación del instituto.

La aplicabilidad de este trabajo puede aplicar en diversos tipos de pacientes que son dados de alta y que no necesariamente padecen enfermedades cardiovasculares, ya que se ha comprobado en este y diferentes estudios, que los pacientes independientemente de su alteración de salud tienen necesidades de información y presentan dudas al regresar a casa.

La relevancia de este estudio recae en que los profesionales de salud deben de estar preparados para brindar un plan de alta a partir de las necesidades informativas de cada paciente para satisfacer y lograr disminuir las dudas más frecuentes a las que ellos se enfrentan al regresar a casa, y evitar complicaciones o deterioro en el estado de salud que los lleve a ser nuevamente hospitalizados.

La integridad de cada uno de los pacientes fue resguardada y los resultados se expresan manteniendo el anonimato para no falta a las consideraciones éticas sobre las que se ha conducido cada etapa de este trabajo.

6.6 Reflexividad

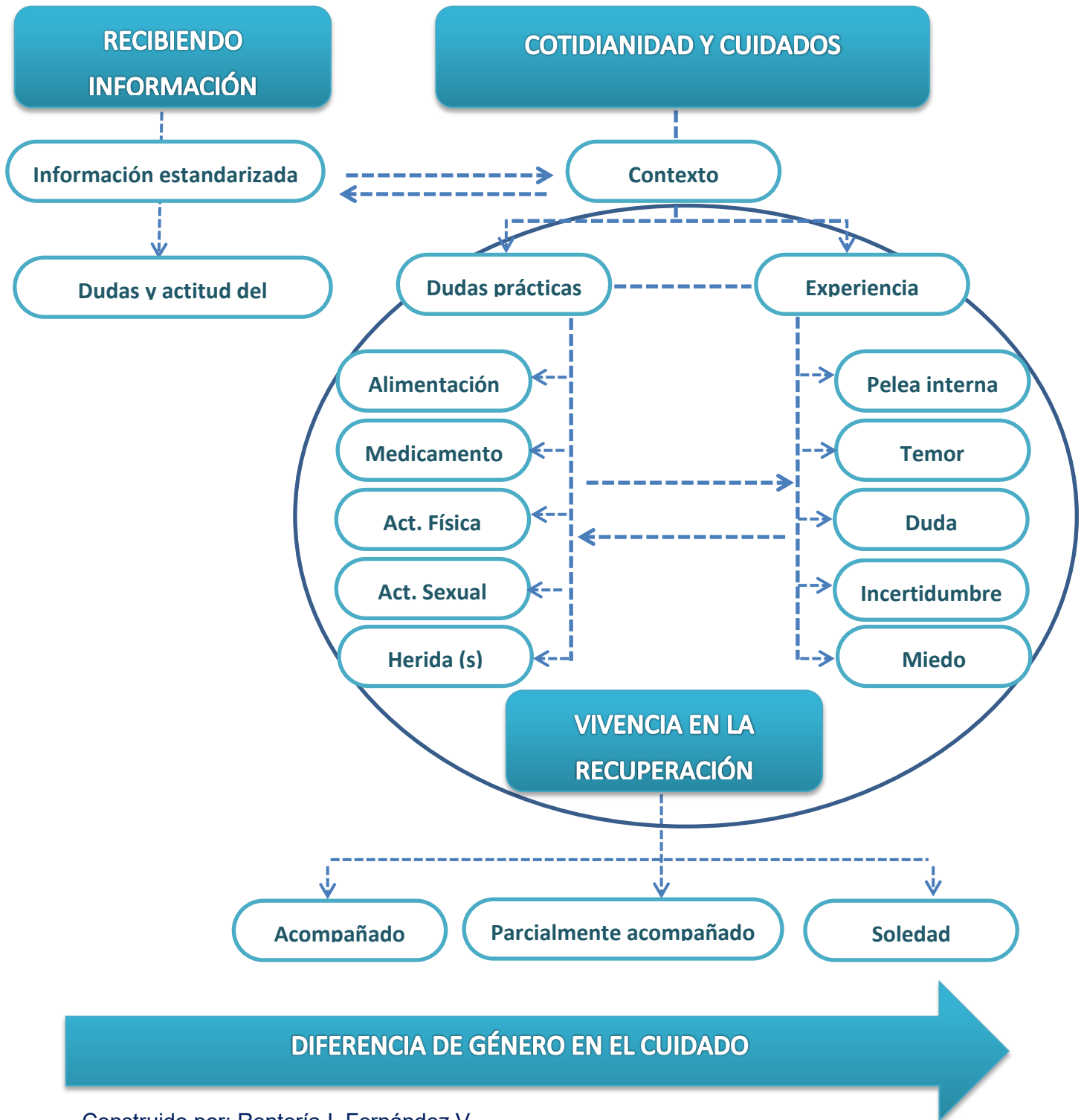
Desde que tengo uso de razón, he vivido en la Ciudad de México a lado de mis padres y mi hermano, rodeada de amor, afecto, disciplina y un gran apoyo para lograr lo que me propongo, claro que he sufrido de algunas limitantes, pero aun con eso, pude lograr llegar hasta la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, como la mayoría de todos yo quería estudiar medicina, pues creía que siendo médico podía lograr más cosas que siendo enfermera, el primer error que cometí fue hacer un juicio, sin saber todo lo maravillosos que estaba por vivir con el paso del tiempo, el conocimiento que estaba por adquirir, las experiencias, gratitudes, satisfacciones y porque no decirlo también, algunas que otras difíciles y complicadas situaciones que estaban por venir, es indescriptible ahora la plenitud que siento al decir orgullosamente que soy enfermera, pues las oportunidades que me ha brindado mi carrera a lo largo de mi formación, han superado ampliamente mis expectativas personales y profesionales.

Desde mi punto de vista, enfermería no es para todos, ya que el cuidar de otro ser humano no es cosa fácil, suena fácil la palabra cuidar, pero en realidad no lo es, cuidar implica muchas cosas.

La escuela no solo me dio la oportunidad de poder acceder a los mejores campos clínicos que alguien con tantas ganas de ejercer enfermería podía esperar, también me dio la oportunidad de conocer otro campo de enfermería que está un poco olvidada, y esa parte es la investigación cualitativa, de la cual puedo decir que ha cambiado mi visión, y ahora es que me doy cuenta, que ser enfermera no es solo trabajar en el hospital y cuidar de los pacientes más graves, ser enfermera implica de todos los modos cuidar a un paciente dentro y fuera del hospital, pues conocer la experiencia de las personas que han sido hospitalizadas, que padecen una enfermedad, y que regresan a casa me deja una reflexión sobre como todas nuestras acciones, se ven reflejadas en la vida de los pacientes.

Al realizar este trabajo, algunas veces fue difícil separar la parte personal de mi papel como investigador, para mí, en un principio fue complicado entender por qué las personas que tienen a su lado a otro ser humano, no son capaces de brindar ayuda, comprensión y cariño, pero con ayuda de mi tutora pude definirme dentro de mi papel de investigadora, y he aprendido que se debe de respetar a las personas, sus decisiones, su cultura y sus ideales, ya que no todos tenemos la misma oportunidad y no vivimos las mismas cosas.

Figura 1. EXPERIENCIA INMEDIATA AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE CAMBIO VALVULAR O REVASCULARIZACIÓN CORONARIA SOBRE LOS CUIDADOS INTEGRALES RECIBIDOS EN EL HOGAR



Construido por: Rentería I, Fernández V.

VII. PUNTOS IMPORTANTES A TRATAR EN EL ALTA HOSPITALARIA

Con base en lo anteriormente expuesto se sugiere reforzar con los pacientes los siguientes puntos, ya que son las dudas más frecuentes que ellos refieren:

A) Medicamentos (Anticoagulante)

» La anticoagulación es un procedimiento que evita la formación de coágulos trombos, aunque el organismo posee mecanismos naturales de anticoagulación, se considera la utilización de método externos en circunstancias en las que se clasifica al paciente con alto riesgo de formar trombos, por ejemplo fibrilación auricular, angina inestable, infarto agudo de miocardio, con prótesis valvulares mecánicas, endoprótesis coronarias (stent), tromboembolia pulmonar, trombosis venosa profunda, accidente cerebral trombótico, trombos intracavitarios en ventrículo izquierdo y alteraciones de las coagulación protrombóticas.

» La dosis respuesta del tratamiento oral no es igual a todas las personas, ya que estos anticoagulantes inhiben la síntesis de factores dependientes de vitamina K y esto puede verse afectado por la ingesta de esta vitamina y las interacciones medicamentosas, por lo que dependiendo de las dosis administradas pueden observarse efectos ideales de anticoagulación.

» El INR (Rango Normalizado Internacional) es un rango de tiempo de coagulación comparado con el normal. Una persona normal tiene un INR cercano o igual a 1.0, el INR ideal para cada paciente depende de la patología por la cual sea anticoagulado, su historia clínica y las metas de tratamiento.

» Los portadores prótesis valvulares mecánicas deben de mantener entre 2.5 – 3.5 de INR. Entre más alto sea el INR, más posibilidades de complicaciones por sangrado puede tener el paciente, por lo que es mejor manejar el menor INR posible dentro de los rangos terapéuticos.

» Cuando el INR cambia inesperadamente se debe de revisar los cambios en la dieta y en la medicación.

» Alimentos ricos en Vitamina K que pueden alterar los efectos de la anticoagulación: Aguacate. Brócoli, coles de Bruselas, espinacas, coliflor, col, lechuga, garbanzo, yema de huevo, soya y todos sus derivados, hígado de res y de cerdo, té verde, suplementos alimenticios.⁵¹

» Aunque el anticoagulante está recomendado tomarlo a las 5 de la tarde, también es posible cambiarlo a la mañana, si sus necesidades y actividades así lo requieren, sin embargo es necesario fijarse una hora en específico y consumirlo en

ese horario siempre.

B) Alimentación

» El café, el cual contiene una serie de sustancias, y la cafeína es la más importante, pero también aporta sustancias como el cafestrol, kahweol, ácido clorogénico a los cuales se les atribuyen propiedades antioxidantes. Además contiene una serie de micronutrientes como el magnesio, potasio, niacina, trigénolina, tocoferoles, entre otros, a los cuales se les ha atribuido con mayor o menor impacto estos beneficios.

» En promedio una taza de café (150cc) aporta entre 90 y 200 mg de cafeína.

» El consumo de 10 o más tazas de café produce un aumento significativo el IM en pacientes con patología ya establecida.

» Un consumo alto de café puede constituir un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

» El no consumo de café se asocia con un riesgo menor a moderado de IM, el consumo de cantidades moderadas de café origina un bajo riesgo de IM y cantidades crecientes de consumo implican riesgos mayores

» El consumo de 300mL/día o menos de café, representa un factor protector de protección al IM, incluso superior al consumo de no café. Sobre 600mL/día el riesgo comienza a incrementarse.

» La cafeína puede aumentar los niveles plasmáticos de hormonas relacionadas al estrés, como la adrenalina, noradrenalina y el cortisol, por lo cual podría esperarse un efecto antihipertensivo derivado del consumo de café, ya que la secreción de estas hormonas es estimulada por la cafeína.

» Las arritmias cardíacas, ventriculares y atrioventriculares, se producen por daño estructural del músculo cardíaco debido a aterosclerosis, hipertensión, enfermedades valvulares, y cardiomiopatías, entre otras causas, y son complicaciones frecuentes derivadas de un IM.⁵²

» La cafeína se encuentra en la dieta diaria contenida en bebidas como el café o el tè, chocolates y algunos refrescos.

» La cafeína no induce o empeora la severidad de las arritmias ventriculares y no aumenta el riesgo de fibrilación auricular ni flutter, excepto a dosis muy elevadas.⁵³

C) Herida quirúrgica

- » Hacer hincapié en la limpieza diaria de la herida con agua y jabón con movimientos circulares sin mucha presión, secando perfectamente.
- » Se debe dejar descubierta, solo en caso de molestia con la ropa o tenga pequeños exudados
- » No se debe de exponer al sol para evitar oscurecimiento de la herida.
- » Se debe recordar que no se debe hacer uso de cremas cicatrizantes, polvos, aceites o lociones en la herida.
- » Puede existir sensación de ardor y levemente enrojecido.
- » Hay días en los que se sienta muy bien y otros muy cansado.
- » Haya dolores intermitentes y transitorios causados por contracturas musculares. Pueden aparecer en la espalda, en la herida o en zonas donde hubo drenajes. Si son transitorios y responden a los analgésicos orales indicados
- » Sentir palpitaciones o el latido del corazón por periodos cortos de tiempo, en algunos momentos del día.
- » Se note un poco pálido. Todos los pacientes presentan un poco de anemia postoperatoria.
- » El apetito esté disminuido.
- » Se hinchen las incisiones, es el proceso natural de cicatrización.
- » Edema en las piernas, la cual puede ser progresiva durante el día. Usar las medias compresivas, utilizarlas durante el día y retirarlas en la noche, por dos semanas.
- » Vigilar presencia de fiebre
- » Sensación de ahogo o falta de aire repentina en situación de reposo
- » Dolo torácico, que no cede con analgésicos
- » Inestabilidad de la herida con sonidos de “crujido” o presencia de pus
- » Palpitaciones o latidos rápidos e irregulares que duren más de dos horas.
- » Sangrado activo o permanente en las incisiones.

D) Actividad sexual

- » Luego de tres semanas de la cirugía podrá reiniciar su vida sexual en forma progresiva, sin embargo se debe de esperar hasta sentirse física y emocionalmente preparados.
- » Puede volver a tener relaciones sexuales siempre que, como se ha señalado,

sea capaz de subir dos pisos de escaleras sin notar falta de aire y dolor torácico similar al de angina, esto se debe a que la energía que el corazón necesita durante el coito equivale aproximadamente a la ascensión de dos pisos de escaleras.⁵⁴

» Existe la posibilidad de padecer algún grado de disfunción como consecuencia del estrés sufrido, temor e inclusive la medicación, sin embargo no se debe de suspender esta última.

» Usar posiciones que demanden menor esfuerzo, principalmente para cuidar el esternón.

» Si aparecen síntomas cardiovasculares (cansancio, falta de aire, dolor torácico) suspender la actividad sexual.⁵⁴

E) Actividad física

» El ejercicio aeróbico y anaeróbico aumentan el total de oxígeno consumido con el fin de aportar al músculo en ejercicio.

» El efecto primario del entrenamiento físico es el incremento de la capacidad de ejercicio lo que implica una menor demanda de oxígeno cardíaca frente a cualquier esfuerzo submáximo, por lo tanto se retrasa la aparición de angor.

» Los efectos del ejercicio físico incluyen una mayor protección contra la lesión del fenómeno de isquemia-reperfusión como resultado de un mayor efecto antioxidante; una mejora en la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo.

» Disminuye la ansiedad y depresión.

» Aumento de c-HDL y descenso de triglicéridos y c-LDL.

» Mejor control de la obesidad con disminución del peso y porcentaje de adiposidad.

» Mejor control de diabetes.

» Disminución del consumo de tabaco.²¹

VIII. PROPUESTA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A partir de las necesidades de información y vivencias de los pacientes se plantea una propuesta para el cuidado de enfermería que considere desde el periodo de hospitalización previo a la cirugía, hasta el momento en que ellos llegan a casa, tal como se muestra enseguida:

Hospitalización

- Es necesario que los profesionales de Enfermería dediquen tiempo para identificar las necesidades de aprendizaje de cada uno de los pacientes y familiares durante el periodo de hospitalización.
- Alfabetización gradual sobre temas como: *Enfermedad isquémica coronaria *Enfermedad valvular *Insuficiencia cardiaca *Cirugía de revascularización cardiaca *Cirugía de cambio valvular
- Brindarles educación sobre los cuidados en el hogar que se deberán de tener para generar en ellos nuevos conocimientos y crearles confianza.

Alta

- Favorecer la entrega de información en compañía de un familiar
- Brindarles un periodo de tiempo en donde cada uno pueda analizar y realizar las dudas que les ha generado la nueva información.
- Tomar en cuenta el entorno social, familiar, económico, zona geográfica a la cual van a regresar, con la finalidad de conocer cuáles serán las probabilidades de que el paciente y su familia puedan adaptarse a los nuevos cambios y necesidades.
- Conocer la opinión de los pacientes sobre los horarios de medicamentos, tomando en cuenta las actividades que realizan una vez que llegan a casa.
- Brindar una orientación personalizada sobre la dieta a seguir en casa, tomando en cuenta los recursos y disponibilidad económica, peticiones, deseos y libertades alimenticias, y los riesgos y beneficios que estos tienen en el cuerpo y en el tratamiento.
- Brindar información clara, precisa y concreta en la aclaración de dudas

Seguimiento básico a distancia

- Dependiendo de la valoración realizada por el profesional de salud, se sugiere que el paciente sea contactado vía telefónica por una enfermera dentro de los primeros 5 días a su regreso a casa, para realizar una nueva valoración y se pregunten directamente cuáles han sido las dificultades para seguir su tratamiento y de ser el caso satisfacer las dudas que pueda tener hasta ese momento.

IX. CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como objetivo comprender la experiencia inmediata al alta hospitalaria de los pacientes sometidos a cirugía con respecto a los cuidados recibidos en el hogar. Sin embargo, como ha sido mencionado, esta experiencia está vinculada con el proceso de alta, debido a que es el momento en que reciben información, prescripciones y recomendaciones por lo que es el punto de partida para las conclusiones:

- El proceso de alta fue descrito como ambivalente, por un lado, volver al hogar y por otro, el temor, incertidumbre sobre cómo continuar los cuidados que recibían en el hospital, ya que fueron reconocidos por los pacientes como *“mucha atención profesional y humana, y sobre todo sin desinterés”*(Limas), *“una labor muy grande”* (VAmas), *“me sentía como en casa”* (MAfem), *“el trato de las enfermeras es excepcional”* (OSmas)
- Los pacientes enfrentan su más grande problema cuando regresan a casa, ya que la mayoría de ellos, no cuentan con un ambiente idóneo para lograr mantener los cambios requeridos en su estilo de vida, pues enfrentan dificultades económicas, sociales, físicas e inclusive familiares.
- Las dificultades crecen cuando los pacientes son dados de alta con necesidades de información, lo cual es comprensible porque el tiempo que se invierte puede resultar insuficiente para la cantidad de información que el paciente y familiares deben considerar para dar continuidad a los cuidados y tratamiento del paciente.
- Es necesario aprovechar el tiempo de hospitalización para informar y capacitar paulatinamente sobre algunos de los cuidados que ellos consideran más importantes, un ejemplo, es lo que se refiere a la alimentación, las consideraciones sobre los medicamentos, actividad física, actividad sexual y curación de las heridas.
- El personal de enfermería al ser el contacto principal con los pacientes y debido a su formación disciplinar, es ideal para satisfacer las necesidades de información y capacitación de los pacientes durante la hospitalización, así como para asegurarse

que tienen una adecuada comprensión de su enfermedad y cuidados requeridos. Principalmente para dar información personalizada.

- Existen aspectos que las enfermeras pueden identificar para ser consideradas en el proceso del alta hospitalaria, como el hecho de que los pacientes experimentaron de manera muy diferente su regreso a casa, en algunos casos, fueron bien recibidos en su hogar por amigos y familiares, pero otros no contaron con esto, pues se encontraban solos, abandonados o en conflictos con la familia. Es importante no dar por hecho que las personas llegarán a situaciones y contextos favorables.
- La vivencia de recuperación de los pacientes está íntimamente relacionada con los contextos y situaciones que encuentran al regreso, ya que el simple hecho de contar con alguien que les permita expresar sus emociones, sus miedos y sus dudas, así como sentir ese apoyo y afecto fue crucial como parte de los cuidados.
- En cuanto a la diferencia del cuidado según el género, no se han encontrado diferencias que sean específicas de un solo género, sin embargo, como se puede ver en los resultados, es parcialmente más común que los hombres (esposos o hermanos), no se incluyan en el cuidado de la mujer enferma. Las mujeres pertenecientes a la familia de la mujer enferma son quienes, en su mayoría ayudan al hombre a cuidar de la mujer.



X. ANEXOS

10.1 Anexo 1



Experiencia inmediata al alta hospitalaria de pacientes sometidos a cirugía de cambio valvular o revascularización coronaria sobre los cuidados integrales recibidos en el hogar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) paciente:

En el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” se está realizando un proyecto de investigación en colaboración con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Este estudio que tiene como objetivo principal describir cual es la experiencia inmediata al alta hospitalaria de los pacientes sometidos a cirugía con respecto a los cuidados recibidos en el hogar, y se está realizando en el Área de Consulta Externa de dicho Instituto.

Mediante la presente, usted está siendo invitado a participar de manera voluntaria, y no está obligado a participar en el mismo.

Este consentimiento informado le proporciona información sobre los posibles riesgos y beneficios del estudio al que usted está siendo invitado a participar. Se le pide por favor que lo lea cuidadosamente y tome su tiempo.

Procedimiento

Sí usted acepta participar ocurrirá lo siguiente:

Se le realizara una entrevista que será llevada a cabo con una guía de entrevista previamente estructurada, ésta tendrá una duración aproximada de 30 a 45 minutos, y solicito de su autorización para que pueda se grabada.

Confidencialidad: Si usted decide participar en este estudio, la información que brinde será resguardada por el equipo de investigación y manejada de manera estrictamente confidencial, por lo cual su identidad será protegida en todo momento, y a su entrevista se

le asignará un número o pseudónimo. Los resultados de este estudio serán publicados, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado (a).

Riesgos y Beneficios: Su participación en este estudio no representa ningún riesgo para su salud o integridad personal, ya que se trata de una actividad completamente voluntaria. La información que proporcione podrá ayudar a conocer las situaciones a las que se enfrentan los pacientes operados que regresan a casa y los cuidados que son recibidos en ella. Si alguna de las preguntas le causaran incomodidad tiene el derecho a no responderla. Usted no recibirá trato preferencial o rechazo durante su consulta o tratamiento en esta Institución, así mismo no será acreedor a alguna remuneración por participar en el estudio y tampoco implica algún costo para usted.

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, puede hacerlas directamente con el investigador responsable: Ivon Itzel Rentería Becerril al siguiente número celular: 0445518296767, o con la asesora del proyecto MSP. María Victoria Fernández García en la Unidad de investigación de la ENEO-UNAM al teléfono 55730698 ext 300.

Sí usted acepta participar en el estudio, se le entregará una copia de este documento que se le pide sea tan amable de firmar y el cual también yo firmaré.

Nombre del participante

Firma del participante

Nombre del Investigador

Firma del Investigador

Fecha



10.2 Anexo 2

Guía de entrevista

| Fenómeno | |
|------------------------------|--|
| Alta hospitalaria | Cuénteme... cuando estaba hospitalizado, cómo se enteró que se iba de alta. |
| Comunicación y educación | -Para ser dado de alta fue necesario realizar algunos trámites, y se dio una orientación sobre como tenía que ser cuidado en casa y algunas otras indicaciones... ¿Cómo le fue en este proceso? |
| - Tiempo de asimilación | -¿Esta información se la dieron días previos a su alta o todo fue en el mismo momento, ese mismo día? |
| Regreso y cuidados en casa | Cuénteme... cómo le ha ido desde su regreso a casa hasta la fecha Explorar medicación, dieta y actividad física. |
| Cuidados a la herida | Y la herida... cuénteme como la cuida? Explorar significado |
| Necesidades de los pacientes | ¿Considera que la forma cómo se hicieron todos los procedimientos de alta, puede mejorarse? ¿Cómo le hubiera gustado que fuera? |

10.3 Anexo 3

Tabla 2. Características de los entrevistados

CARACTERISTICAS DE LOS ENTREVISTADOS

| PSEUDONIMO | PISO | SEXO | EDAD | ESTADO CIVIL | ESCOLARIDAD | OCUPACION | RELIGION | PROCEDENCIA |
|-----------------|------|------|---------|--------------|------------------------|-------------------|-----------------|-------------|
| ES | 3 | FEM | 20 AÑOS | SOLTERA | BACHILLERATO | SIN OCUPACION | CATOLICA | EDO. MÉXICO |
| RE | 3 | MASC | 50 AÑOS | UNIÓN LIBRE | PRIMARIA TRUNCA | COMERCIANTE | CATOLICA | EDO. MÉXICO |
| LI | 7 | MASC | 59 AÑOS | SOLTERO | DESCONOCIDA | CAMPESINO | CATOLICA | VERACRUZ |
| VA | 3 | MASC | 65 AÑOS | CASADO | LICENCIATURA | TITERES | CATOLICA | JALISCO |
| EL | 3 | FEM | 57 AÑOS | SOLTERA | DESCONOCIDA | LABORES DEL HOGAR | CATOLICA | EDO. MÉXICO |
| OR | 3 | MASC | 73 AÑOS | CASADO | PROFESIONAL INCOMPLETA | PROFESOR | CATOLICA | CDMX |
| MADO | 3 | FEM | 53 AÑOS | CASADA | ANALFABETA | SIN OCUPACION | CATOLICA | EDO. MÉXICO |
| MA | 7 | FEM | 53 AÑOS | CASADA | PRIMARIA | LABORES DEL HOGAR | CATOLICA | GUANAJUATO |
| FR | 3 | MASC | 67 AÑOS | CASADO | PRIMARIA | JUBILADO | CATOLICA | GUANAJUATO |
| OS | 7 | MASC | 27 AÑOS | SOLTERO | LICENCIATURA | ESTUDIANTE | CATOLICA | EDO. MÉXICO |
| EDAD PROMEDIO | | | | | 57.7 AÑOS | | | |
| SEXO | | | | | FEMENINO 4 | | MASCULINO 6 | |
| PROCEDENCIA | | | | | PROVINCIA 8 | | CDMX 2 | |
| HOSPITALIZACION | | | | | CAA PSIO 3 7 | | CAB PISO 7 3 | |

10.4 Anexo 4

Tabla 3. Descripción de los participantes

ESfem20

Estudiante, soltera, católica, escolaridad: bachillerato, procedente del Edo. De México. A parte del hablar español, habla la lengua Náhuatl, integrante de familia nuclear en etapa de desprendimiento, su padre es jornalero y su madre ama de casa. Su red de apoyo consiste principalmente en su familia, quienes la apoyan a realizar actividades, y quienes solventan sus gastos. No presenta dificultades de ningún tipo para seguir las indicaciones que se le brindaron. Actualmente sin ocupación.

REmasc50

Comerciante ambulante, vive en unión libre, escolaridad: primaria, procedente del Edo. De México. Dedicado al comercio ambulante de verduras en colonias vecinas a su comunidad, sus ingresos económicos son variables y limitados, habita en casa propia de su pareja, ubicada en zona semiurbana. Su relación familia es problemática, frecuentemente presenta discusiones con ellos ya que no están de acuerdo en cómo seguir las indicaciones que les fueron brindadas, ha presentado dificultad para conseguir los medicamentos en algunas ocasiones, muestra cierta inconformidad durante su trato en la hospitalización. Actualmente se encuentra desempleado.

LImasc59

Campesino, soltero, católico, escolaridad: primaria, procedente de Veracruz. Depende económicamente de sí mismo para cubrir sus gastos alimenticios, habita en casa prestada en zona rural, cocina con leña y utiliza letrina.

Presenta un problema de adicción a la marihuana, sin embargo no quiere ser un ejemplo para su comunidad.

Su red de apoyo esta conforma principalmente de su jefe, compañeros de trabajo y amigos con quienes consume marihuana, su relación familiar es distante ya que sólo se frecuentan en eventos sociales. Presenta dificultades a la hora de conseguir los alimentos ya que los precios son elevados, sigue las recomendaciones alimenticias que se le brindaron, aunque se da ciertas libertades

Actualmente retomando las labores administrativas de su lugar de trabajo.

VAmasc65

Jubilado, casado, católico, escolaridad: licenciatura, procedente de Jalisco.

Su salida del hospital fue abrupta e inesperada, ya que fue dado de alta como protocolo de evacuación por el temblor de septiembre, por lo tanto, no se brindo una orientación del todo normal.

A su egreso vive con una sobrina y su familia, algunos días su esposa estuvo con él pero por cuestiones familiares tuvo que regresar a Zapopan, eventualmente la sobrina está al pendiente de algunas de sus necesidades, mantiene una convivencia distanciada con ellos, presenta depresión ya que la mayoría del tiempo se encuentra solo, no sale a la calle por miedo a que le suceda algo y nadie sepa de él. Busca una actividad que le permita recuperar el sentido a su vida.

Se encuentra preocupado por la alimentación que lleva, ya que no sabe si es suficiente lo que consume.

Actualmente sin ocupación.

ELfem57

Ama de casa, soltera, católica, escolaridad: desconocida, procedente de Ecatepec, Edo de México.

Sin hijos, dedicada al hogar, sus redes de apoyo son sus hermanos, vive en casa propia con un hermano quien es ayudante de albañil.

Ella es una antigua paciente del Instituto, y conoce como debe de ser su alimentación.

A su regreso a casa ha retomado paulatinamente sus actividades que anteriormente realizaba, las dificultades que presenta son en relación al consumo de los anticoagulantes ya que le es difícil encontrar un lugar en donde pueda miccionar.

ORmas73

Profesor, casado, católico, escolaridad: profesional incompleta, residente de CDMX.

Vive en casa propia, cuenta con todos los servicios, su red de apoyo más cercana es su esposa y una hija, pero también es apoyado por sus demás hijos.

No recuerda nada de la información que se le fue brindada en el alta, ya que refiere se encontraba inconsciente al medio, egresa sin movilidad de miembros pélvicos.

Lo único que recuerda de su estancia en el hospital es el sufrimiento de su familia, y las cosas que tuvieron que pasar para estar con él.

A su regreso a casa la esposa e hija son las que le ayudan a realizar sus actividades y se comparten para no dejarlo solo, también tiene una persona que le ayuda con terapia para que pueda volver a caminar, y él solo se brinda autoterapia para poder recordar todo lo que vivió en el hospital.

Actualmente sin ocupación.

MADOfem53

Obrera en fábrica de tabiques, casada, católica, escolaridad: analfabeta, procedente del Edo. De México.

Integrante de familia nuclear en etapa de desprendimiento, habita en casa que cuenta con todos los servicios.

Vive con su esposo y dos hijos, la menor de ellas de 11 años. Su red de apoyo esta principalmente conformada de su esposo, hijos y nietos.

Egresa con grapas en la herida esternal, lo cual la mantiene preocupada y con miedo la mayor parte del tiempo, ese miedo le impide hacer cosas que comúnmente hacía, por ejemplo dormir en la misma cama con su esposo.

En su regreso a casa presenta sagrado abdominal por ajuste de anticoagulante.

Se le dificulta salir de casa ya que tiene miedo a que le vaya a suceder algo si lo hace. Su

alimentación es totalmente diferente a la del resto de su familia.

Actualmente sin ocupación.

MAfem53

Ama de casa, casada, católica, escolaridad: primaria, procedente de Guanajuato.

Habita en predio tipo rural, su esposo es campesino y el principal sostén económico, tiene 2 hijos dedicados al campo y el menor vive con ellos.

Su red de apoyo está conformada por su esposo, madre, hermanas y sobrinas quienes principalmente le ayudan con las labores domésticas.

En su hospitalización se vio enfrentada a problemas como hematoma abdominal y una estadía larga, infección de herida quirúrgica, y colocación de marcapasos transitorio y definitivo.

Regresa a su casa aun con tratamiento para la curación de su herida esternal, no presenta dificultades para continuar con sus curaciones, ya sea por ayuda o por ella misma, es apoyada principalmente por su esposo y su mamá quienes le hacen y le dan de comer.

Actualmente sin ocupación.

FRmasc67

Jubilado, dedicado al teatro, casado, católico, escolaridad: primaria, procedente de Guanajuato.

Su red de apoyo se conforma por su esposa principalmente. Tiene 4 hijos, habita en casa rentada con todos los servicios, jubilado de IMSS, con ingresos fijos para cubrir sus gastos.

Se le realiza en primera instancia una cirugía de RVC y no regreso a ninguna cita, posterior a eso se le realiza una cirugía de CV.

Presento alucinaciones en la TPQ que fueron tratadas, a su egreso del hospital regresa a su casa, y su esposa enseñada por la enfermera es quien le realizaba las curaciones, posterior a eso él solo las hacía, sigue las recomendaciones alimenticias que se le

brindaron, sin embargo también tiene libertades alimenticias, en lo que actividad física refiere, no se ha fatigado al caminar, aunque lo hace con ciertas pausas.

El principal problema al que se enfrenta es a mantener los niveles de INR ya que intercala el consumo de medicamentos de patente y genéricos.

Actualmente sin ocupación, con planes de regresar al teatro en el mes de Febrero.

OSmasc27

Estudiante, soltero, católico, escolaridad: licenciatura, residente del Edo. De México.

Es el mayor de 4 hermanos, vive con su madre y sus hermanas en una casa rentada que cuenta con todos los servicios.

Su red de apoyo son su madre y hermanas.

Durante el alta presenta problemas para recibir la información ya que en algunas ocasiones el personal se juntó y por esta razón se muestra confundido.

Los problemas a los que se enfrenta estando en casa ha sido el conseguir algunos de los medicamentos, y poder seguir la dieta que se le fue brindada, ya que se le restringió en algunos tipos de alimentos y la cantidad es poca, no sabe cómo combinar los restantes.

Se muestra un poco intranquilo a la falta de esfuerzo físico, ya que acostumbraba ayudar en casa.

REFERENCIAS

- ¹ Sánchez-Arias A., Bobadilla-Serrano M., Dimas-Altamirano B., Gomez-Ortega M., GonzalezGonzález G. Enfermedad Cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev. Mex. Cardiol.* 2016, 27 (s3): p98-p102
- ² Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Enfermedades Cardiovasculares; 2005 [acceso 12 de enero de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1mGUkbF>
- ³ Falun N, Fridlund B, Schaufel M, Schei E, Norekval M. Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infraction. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2016; 15 (7): 495-503
- ⁴ Fragada D, Figueiredo P. Nursing assistance at the hospital discharge after cardiac surgery: integrative review. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2013; 28(4): 538-544
- ⁵ Gómez Carretero P, et al. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva.* 2007; 31(6): 318-325
- ⁶ Aminda T, Nordrehaug J, Rokne B. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infraction patients, and their preferences for follow up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2005; (4): 37-44
- ⁷ WebMAster. Instituto Nacional de Cardiología [Internet]. México. 27 de marzo de 2018 [Consultado el 28 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2rSgRaa>
- ⁸ Molina D, Valencia-Urbe S, Agudelo-Rojas L. La educación y su corresponsabilidad como herramientas terapéuticas. *Rev Colomb Cardiol.* 2017; 24(2): 176-181
- ⁹ Navarrete S. Educación al paciente y su familia. *Rev Colomb Cardiol.* 2016; 23(1): 34-37
- ¹⁰ Eymin G, Aizman Aizman A, Lopetegui M, et al. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Rev Med Chile.* 2014; 142(2): 229-237
- ¹¹ Pinzon L. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Revista Hacia la promoción a la salud.* 2005; (10): 22-27
- ¹² Andrietta M, Moreira R, Barros A. Plan de alta hospitalaria para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(6): 9 pantallas.
- ¹³ Guadalajara J. Valvulopatías. *Cardiología.* 6ta ed. México: Méndez Editores; 2006: 554-613.
- ¹⁴ Pereira-Rodríguez J, Rincón-González G, Niño-Serrato D. Insuficiencia cardíaca: Aspectos de una epidemia en aumento. *CorSalud.* 2016; 8(1): 58-70
- ¹⁵ American Heart Association. 2015. <https://bit.ly/2xm9jV1>

-
- ¹⁶ Silva J. Revascularización quirúrgica de las arterias coronarias: el baipás. Capítulo 34. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la fundación BBVA. Fundación BBVA, 2009. 692
- ¹⁷ Joaquín J, Alonso M, Curcio A. et al. Revascularización miocárdica. Indicaciones de revascularización: aspectos clínicos. *Rev Esp Cardiol.* 2005; 58(2): 198-216
- ¹⁸ Gonzalez R, Seguel E, Stockins A, et al. Cirugía Coronaria: Revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea. *Rev. Chilena de Cirugía.* 2009; 61 (6): 578-581
- ¹⁹ Gordillo F, Arana J, Mestas L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam.* 2011; 38 (2): 98-104
- ²⁰ Gregory S, Bostock Y, Backett- Milburn K, et al. Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. Oxford University Press. 2005; 220-225
- ²¹ Dayan V, Ricca R. Rehabilitación cardiaca luego de la cirugía de revascularización miocárdica. *Arch Cardiol Mex.* 2014; 84(4): 286-292
- ²² Muñoz L, Vasquez M. Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leiniger. *Colomb Med.* 2007; 38 (2): 98-104
- ²³ Collier M. Los cuidados de las mujeres identificaciones por su rol. Origen de las prácticas de cuidados; su influencia en las prácticas de enfermería. En: *Promover la vida.* Madrid. Mc Graw- Hill ineteramericana. 1993. 5-11
- ²⁴ Ruiz A, Nava M. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol.* 2012; 11 (3): 163-169
- ²⁵ Krmpotic C, De Ieso L. Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. *Rev Katal Florianópolis.* 2010; 13 (1): 95-101
- ²⁶ Osteguín-Meléndez R, Bustamante-Edqén S. Dimensiones del cuidado en familia urbanas mexicanas. *Enfermería Universitaria.* 2016; 13(2): 80-89
- ²⁷ Baez-Hernandez F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño, et al. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan.* 2009; 9(2): 127-134
- ²⁸ Ortega C. El cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2002; 10 (3): 88-89
- ²⁹ Sinclair J, Conroy S, Reavies M, et al. Post-discharge home-based support for older cardiac patients: a randomised controlled trial. Oxford University Press on behalf of British Geriatrics Society. 2005; 34: 338-343

-
- ³⁰ Svavarsdottir M, Sigurdardottir A, Steinsbekk A. What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015; 1-9
- ³¹ Nightingale F. La enfermería moderna. En: Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier. 2007; 71-90
- ³² OMS. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente la cirugía segura salva vidas. 2008. <http://bit.ly/2qAC5lO>
- ³³ De Zousa M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva*, 2010; (3):251-261
- ³⁴ Estrada L. El ciclo vital de la familia. Debolsillo; 2012.
- ³⁵ Boff L. El cuidado: Ethos de lo humano. El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra. Madrid: Trotta. 2002. 29-32
- ³⁶ Eriksson M, Asplund Kenneth, Svedlund M. Patients' and Their Partners' Experiences of Returning Home after Hospital Discharge Following Acute Myocardial Infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009; 8: 267-273
- ³⁷ Currie K, Strachan P, Spaling M, Harkness K, Barber D, Clark A. The importance of interactions between patients and healthcare professional for heart failure self-care: research into patient perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2015; 14(6) 525-535.
- ³⁸ Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5 (2006) 37 – 44
- ³⁹ Lapum J, Fredericks S, Liu L, Yau T, Retta B, Jones V, Hume S. Facilitators and Barriers of Heart Surgery Discharge. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016; 31 (4): 350-356
- ⁴⁰ Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Anuario estadístico 2013-2017.
- ⁴¹ Lautert L, Dal Pail D, Souza F. Metodología de los estudios exploratorios en investigación de enfermería. En: Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud. 2013: 88-99-
- ⁴² Bermúdez A, Cardenas M, Fernández V, Matus R, et. All. Definición de los principios éticos para la actividad de Investigación Institucional [Sede Web]. ENEO-UNAM; 2013 [actualización mayo del 2013; acceso el 17 febrero 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2ay4D0E>

-
- ⁴³ González T, Cano A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y procesos de codificación II. *Nure Investigación*. 2010; 45: 1-10
- ⁴⁴ Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24: 105-112
- ⁴⁵ Mosleh S, Eshah N, Almalik M. Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses. *Journal of Clinical nursing*. 2016. 26: 418-426
- ⁴⁶ Soto S, Quiros P, Chamorro R. et all. Infeccion de Esternotomía Media Después de Cirugía Cardiovascular. Experiencia en el Hospital R.A. Calderon Guardia. *Rev Costarr*.2010;12(1-2): 11-16
- ⁴⁷ Ozcan H, Findik UY, Sut N. Information level of patients in discharge training given by nurses following open heart surgery. *International Journal of Nursing Practice* 2010; 16: 289–294
- ⁴⁸ Achury D. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería investigación en enfermería. *Imagen y desarrollo*. 2006; 8(1-2): 8-15
- ⁴⁹ Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*. 2000; 18(7): 1-24
- ⁵⁰ Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Guillermo J, et al. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 2012; 12(3): 263-274
- ⁵¹ Maldonado N. Atención al paciente con anticoagulantes. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2001; 9 (1-4): 44-49
- ⁵² Valenzuela A. Coffee, caffeine, and its effects on cardiovascular health and maternal health. *Rev Chil Nutr*. 2010; 37(4): 514-523
- ⁵³ Pardo R, Alvarez Y, Barral D, et al. Cafeína: un nutriente, un fármaco, o una droga de abuso. *Adiciones*. 2007; 19(3): 225-238
- ⁵⁴ Chaparro D. La actividad sexual en los enfermos del corazón. En Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la fundación BBVA. España: Fundación BBVA, 2009: 591-596