

**EXPERIENCIA DE DOLOR EN PACIENTES SOMETIDOS A
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA**

**PAIN EXPERIENCE IN PATIENTS UNDERGOING MYOCARDIAL
REVASCULARIZATION**

**EXPERIÊNCIA DE DOR EM PACIENTES SUBMETIDOS À
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Marilyn Pineda Serracín

Universidad de Panamá
Facultad de Enfermería
Panamá

marilyn.pineda@up.ac.pa

<https://orcid.org/0000-0002-0446-5169>

Yariela González Ortega

Universidad de Panamá
Facultad de Enfermería
Panamá

<https://orcid.org/0000-0001-6783-5692>

yariela.gonzalezo@up.ac.pa

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v33n29.a3960>

Fecha de Recepción: de febrero 2023

Fecha de Aceptación: 1 de junio 2023

RESUMEN

Objetivo: La finalidad de este estudio es conocer y comprender el significado de dolor en los pacientes sometidos a cirugía de Revascularización Miocárdica. **Metodología:** Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo del abordaje de Van Manen; se seleccionaron siete pacientes entre 55 y 72 años; la técnica de recolección de datos, mediante entrevista a profundidad y notas de campo, a pacientes en la unidad de semiintensivos de un hospital de tercer nivel en la región metropolitana de Panamá. El análisis de las entrevistas se realizó con la codificación abierta y codificación axial, la interpretación de los resultados con la teoría del Confort de Katherine Kolcaba. **Resultados:** Se demostraron 15 categorías: sensación de sufrimiento, incertidumbre frente a la enfermedad, percepción de cambios en su vida, confort del paciente quirúrgico, respuesta de afrontamiento frente al estrés quirúrgico, manejo del dolor, complicaciones quirúrgicas, proceso de relación persona a persona, voluntad intencional en la recuperación, decisiones orientadas al cuidado, desarrollo de la esperanza que da valor positivo a la situación, proceso de aprendizaje para refuerzo positivo, compromiso de la enfermera en los cuidados operatorios, rol de la enfermera como agente facilitador, rol profesional multidisciplinario. En efecto, se validó los supuestos presentados, de la segunda afirmación

teórica de Kolcaba, utilizando la estructura taxonómica de la comodidad. **Conclusiones:** El estudio evidenció que los profesionales de enfermería tienen una participación fundamental en la valoración y manejo del dolor post revascularización miocárdica; los pacientes describieron sentirse afectados desde los contextos físico, emocional, espiritual y ambiental.

Palabras clave: Manejo, valoración del dolor, Kolcaba.

Abstract

Objective: The purpose of this study is to know and understand the meaning of pain in patients undergoing myocardial revascularization surgery. **Methodology:** Using Van Manen's interpretative phenomenological approach, qualitative research was conducted, involving the selection of seven patients between 55 and 72 years of age. The data collection technique involved an in-depth interview and field notes from patients in the semi-intensive unit of a third-level hospital in the metropolitan region of Panama. The analysis of the interviews was conducted using open coding and axial coding, and the interpretation of the results was based on Katherine Kolcaba's Comfort theory. **Results:** 15 categories were demonstrated: a feeling of suffering, the uncertainty facing the disease, perception of changes in their life, the comfort of the surgical patient, coping response to surgical stress, pain management, surgical complications, person-to-person relationship process, intentional will in recovery, care-oriented decisions, development of hope that gives a positive value to the situation, learning process for positive reinforcement, nurse's commitment in operative care, nurse's role as a facilitating agent, multidisciplinary professional role. In effect, the assumptions presented in Kolcaba's second theoretical statement were validated utilizing the taxonomic structure of comfort. **Conclusions:** The study evidenced that nursing professionals have a fundamental role in the assessment and management of post-myocardial revascularization pain; patients described feeling affected from the physical, emotional, spiritual, and environmental contexts.

Keywords: Management, pain assessment, Kolcaba.

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo é conhecer e compreender o significado da dor em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

Metodologia: Pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica interpretativa à abordagem de Van Manen; Foram selecionados sete pacientes entre 55 e 72 anos; a técnica de coleta de dados, por meio de entrevistas em profundidade e notas de campo, para pacientes da unidade semi-intensiva de um hospital terciário da região metropolitana do Panamá. A análise das entrevistas foi realizada com codificação aberta e codificação axial, sendo a interpretação dos resultados com a teoria do conforto de Katherine Kolcaba.

Resultados: Foram demonstradas 15 categorias: sentimento de sofrimento, incerteza diante da doença, percepção de mudanças em sua vida, conforto do paciente cirúrgico, resposta de enfrentamento ao estresse cirúrgico, manejo da dor, complicações cirúrgicas, processo de relacionamento pessoa a pessoa, vontade intencional na recuperação, decisões orientadas para o cuidado, desenvolvimento da esperança que valoriza positivamente a situação, processo de aprendizagem para reforço positivo, comprometimento do enfermeiro no cuidado operatório, papel do enfermeiro como agente facilitador, papel profissional multidisciplinar. De fato, os

pressupostos apresentados na segunda afirmação teórica de Kolcaba foram validados utilizando a estrutura taxonômica do conforto.

Conclusões: O estudo mostrou que os profissionais de enfermagem têm participação fundamental na avaliação e manejo da dor após revascularização do miocárdio; Os pacientes descreveram sentirem-se afetados a partir dos contextos físico, emocional, espiritual e ambiental.

Palavras-chave: Manejo, avaliação da dor, Kolcaba.

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas más significativos a tratar de la revascularización miocárdica es el dolor, a pesar de ser reconocido como aspecto importante en el cuidado de los pacientes; continúa siendo manejado con carencia (Pogatzki-Zahn, 2007). La investigación, *Dolor Postoperatorio: implicaciones clínicas de la investigación básica*, cuya finalidad se enfoca en describir la intensidad de dolor post cirugía; aplicando un enfoque cuantitativo, demostró que entre el 50-70% de los pacientes llegan a experimentar dolor entre moderado y severo a pesar de los tratamientos farmacológicos, por lo tanto, el manejo del dolor postoperatorio debe ser mejorado.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2019), define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” o lo definen también como el dolor es subjetivo”.

Pineda (2019), señala que se debe conocer el comportamiento del dolor en los pacientes post operado de revascularización miocárdica. El dolor no debe ser valorado solamente por la escala numérica; sino que se debe considerar la expresión propia y manifestada por el paciente; sin embargo, al ser subjetiva logra definir la magnitud de su dolor.

Kolcaba (2003), describe que el confort es un estado que experimentan los beneficiarios de las acciones para proporcionarles comodidad. Se fundamenta en la experiencia inmediata y holística la cual se fortalece al abordar las necesidades desde los tres tipos de confort: alivio, tranquilidad y trascendencia; y sus cuatro contextos de experiencia: físico, psico espiritual, social y ambiental (Marriner, 2011). En consecuencia, es de interés conocer como las personas sometidas a revascularización miocárdica le dan su perspectiva al dolor, conferir una interpretación a esa experiencia y obtener su comprensión.

METODOLOGÍA

Esta investigación se desarrolló con metodología cualitativa y un enfoque fenomenológico, adaptando el procedimiento interpretativo de Heidegger; para describir como cada experiencia es única de forma subjetiva; por lo tanto, experiencia individual que tienen los pacientes al ser sometidos a revascularización miocárdica. A su vez, el estudio cualitativo es una experiencia única para el investigador, ya que se logra obtener, datos subjetivos, analizarlos y crear la interpretación de estos.

Participaron 7 pacientes, fueron seleccionados por conveniencia; el criterio de inclusión fue pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica, en la unidad de semiintensivos de un hospital de tercer nivel de la región metropolitana de Panamá, durante los años 2017 - 2018. Se planteó como pregunta de investigación: *¿Cómo es la experiencia de dolor de los pacientes sometidos a revascularización miocárdica en la unidad de cuidados Semi intensivos de Cirugía Cardiovascular?* Realizando entrevistas a profundidad con un promedio de 45 minutos hasta 1 hora de grabación (Pineda, 2019).

En la interpretación de los datos se empleó de Heidegger (1962) la hermenéutica y de Van Manen (2003) la metodología fenomenológica, posteriormente se aplican codificaciones In vivo de cada entrevista transcrita aplicada a los pacientes, se determinan las subcategorías y categorías estas fueron surgiendo en la interpretación. La investigación se apoyó para sus explicaciones con la teoría del Confort de Katherine Kolcaba (2007) y, considerando el abordaje de Van Manen (1990), para obtener la estructura y la esencia de la experiencia vivida; De acuerdo a Streubert(2011), los pasos indicados como una de las interpretaciones fenomenológicas son:

- Recolectar la naturaleza de la experiencia vivida del fenómeno, formular la pregunta fenomenológica y explicar los supuestos y preentendimientos.
- Realizar la investigación existencial, incluyendo el explorar al fenómeno: se generan los datos, se utiliza la experiencia personal como punto de partida, se indican fuentes etimológicas, se realiza la búsqueda de frases idiomáticas, para obtener la descripción experiencial, establecer la descripción experiencial en la literatura fenomenológica.
- Reflexión fenomenológica conduciendo el análisis del tema, para descubrir esos aspectos de las descripciones del mundo vivido, separando los enunciados temáticos, para componer transformaciones lingüísticas y comprender las descripciones temáticas.

- Realizar la escritura fenomenológica donde se incluye dar atención a lo que dice el lenguaje, cambiar los ejemplos, escribir y reescribir.

Para desarrollar la interpretación teórica, se emplea uno de los supuestos de la teoría de Confort de Katherine Kolcaba (2003), que señala que el paciente da evidencia si está satisfecho, o sea, que él tiene confort; lo cual ayuda a su proceso de recuperación de la salud, y que sea fácil de negociar con él. Justamente porque señala en un paciente postoperado su grado de comodidad; y a su vez, es un instrumento útil para identificar y satisfacer las necesidades de comodidad; por ejemplo, su aplicación en pacientes sometidos a revascularización miocárdica.

RESULTADOS

Figura 1

Categorías de la investigación, de "Experiencia de dolor de los pacientes sometidos a revascularización miocárdica"



Fuente: Categorías de la investigación, de "Experiencia de dolor de los pacientes sometidos a revascularización miocárdica", por Pineda, M., 2019, *Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado* (http://uprid.up.ac.pa/1861/1/marilyn_pineda.pdf)

Esta investigación permitió comprender el significado de la experiencia de dolor en los pacientes sometidos a revascularización miocárdica; como necesidades y aspectos donde la intervención de los profesionales de enfermería pueden ayudar a superar estas coyunturas. Presentando la información en 15 categorías que se enuncian a continuación, y empleando resumen de las unidades de significado (Pineda, 2019).

1. Incertidumbre frente a la enfermedad

Cabe señalar que cuando una persona padece una enfermedad se encuentra saturada de inseguridad y ansiedad; así mismo se da a una magnitud importante cuando se tienen enfermedades del corazón; ya que las personas lo consideran como un órgano vital (León, 2007).

“...dolor no tenía; susto más que nada... Bueno, el susto era que faltara y se saliera porque eran 3 arterias que me tenían que hacer el Bypass, tres bypass...”
(Entrevista 06).

2. Sensación de sufrimiento

Cuando la persona sobrelleva una enfermedad, se ve afectada por emociones como la frustración e incertidumbre; debido que al sentirse privado de sus actividades diarias, entorno, creencias culturales y adicional su experiencia no ha sido agradable, por someterse a intervenciones, medicaciones, procedimientos, exámenes, cambios corporales y dietas; le genera sufrimiento físico y a la vez psicológico que es exteriorizado en dolor, desesperanza, temor y angustia (Beltrán, 2010). El sufrimiento que experimenta y perciben las personas cuando son sometidas a cirugía de revascularización miocárdica, es una situación de amenaza continúa a su integridad como individuo, a pesar ser restablecida.

“ ...mal, porque mire como estoy hablando, yo no hablo así.... cuando trago, trago mal... yo nunca he estado así, operado, mi primera vez...” (Entrevista 05).

3. Manejo del dolor

El dolor en los pacientes sometidos a revascularización miocárdica es una contienda para el profesional de enfermería, porque va unido al temor, ansiedad y experiencias previas del paciente. El empirismo de dolor es subjetivo desde el concepto de intensidad; en contraste,

el umbral que expresan los pacientes se puede valorar como dolor cada vez que sea referido; en oposición la tolerancia es considerada aquella cantidad máxima de dolor que el paciente puede soportar sin evitarlo o aliviarlo (Kozier et al., 2008).

“...no sé, ni decirlo... bueno me imagino, las mujeres tienen más comparación fácil, en relación al parto. No he podido compararlo con nada de lo que he tenido..., muy fuerte, pero sentía que iba por oleajes...” (Entrevista 01).

4. Respuesta de afrontamiento frente al estrés quirúrgico

Para comprender el proceso de afrontamiento la persona procura resistir y superar las demandas excesivas que se presentan en su vida, las cuales debe lograr para restablecer su equilibrio, por consiguiente, se habitúa a la nueva experiencia. Es por ello por lo que los pacientes al manejar su estrés psicológico logran afrontar la situación; además, la persona ha de utilizar sus estrategias individuales como sus necesidades, edad, contexto social y los antecedentes culturales. En definitiva, los pacientes para dirigir su afrontamiento de manera adaptativa a un problema deben trabajar sobre los elementos como el dominio del resultado, el momento y el contexto. (Potter et al, 2013)

“...siii, que comprendan que con esto puede perder un día, ... su vida puede quedar en un hilo, entre la vida y la muerte...” (Entrevista 01).

5. Confort del paciente quirúrgico

Conviene distinguir que el concepto de Confort ha sido definido por muchos autores como Kolcaba (2003), NANDA (2015), donde indican que es una sensación de bienestar o comodidad física, mental o social que manifiesta el paciente frente a las atenciones que recibe de los profesionales de la salud. Por consiguiente, el enfermero(a) debe lograr el confort en los pacientes que es consustancial al cuidado que se realiza: ya que favorece a que se sientan seguros, informados y valorados como personas: disminuyendo las incomodidades físicas y facilitando las actividades para una pronta recuperación.

“...hablé con el doctor, yo le dije que me diera un medicamento que me ayude a dormir no soporto porque siento que me voy a volver loco y llevaba 3 días que no dormía, 3 días intensos...” (Entrevista 03).

“Me siento contento por todo, los muchachos también aquí lo dicen, la enfermera, la muchacha que está ahí, también que dicen que no tengo cara de enfermo ni nada, pareciera como que estuviera en un resort...” (Entrevista 06).

6. Complicaciones quirúrgicas

En concreto la intervención quirúrgica de revascularización miocárdica conlleva complicaciones las cuales están vinculadas a factores de riesgos como la edad, los mayores de 65 años; la premura de procedimientos; antecedentes de dos o más enfermedades por ejemplo diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos renales, trastorno cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, la falla cardíaca, la hipertensión pulmonar y el infarto agudo de miocardio; múltiples intervenciones; disfunción pulmonar; y aquellos que han ameritado el uso de balón intraaórtico (Hardin, 2010).

“...los médicos son los que deciden, si se tiene que hacer o no, tuve un compañero de cama..., tenía bastante tiempo esperando; a mí me dijeron que me daban el 95% de vida y 5% de muerte, yo voy, no se preocupe traiga lo que hay que firmar y lo firmo 5% de muerte y 95% vida, yo me arriesgo..., el compañero... era lo contrario 95% de muerte y 5% de vida, si yo estaba asustado con el 5% de muerte, ahora el que tiene 95% de muerte, el doctor le dice te podemos operar pero te puedes morir...” (Entrevista 06).

“...cuando me dormía yo me sentía que yo cerraba nada más los ojos y que de una vez pensaba en eso, muchos alegan de que puede ser efecto de la anestesia, los medicamentos...” (Entrevista 03).

7. Proceso de relación persona – persona

La esencia de la profesión de enfermería se fundamenta en el cuidado de las personas, familia o comunidad; ayudándoles a prevenir, afrontar enfermedades o padecimientos de dolor, a su vez, que se les fortalece a formar un significado a esas experiencias, dirigiéndolos al fin último que es la esperanza (Marriner, 2011). El modelo de *Relación de Persona a Persona* de Joyce Travelbee (1966), puntualiza la importancia de una relación enfermera(o) – cliente, además del alivio al sufrimiento de los pacientes, a través de la utilización de las aptitudes de comunicación en la atención (Butts & Rich, 2018).

“...cómo poder orientar a otras personas, eeh, si es necesario orientar y ayudar a otras personas a que comprendan; creo que es importante que se pueda orientar...” (Entrevista 01).

“...que hayan cuidado más, para que el paciente no se sienta herido porque esa es la palabra, uno se siente herido inclusive por los médicos...” (Entrevista 03).

8. Voluntad intencional en la recuperación

La Organización de la Naciones Unidas (ONU, 1989), ha definido la familia como el “grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad”. Dicho lo anterior, todos los integrantes de una familia deben fomentar aptitudes como la comunicación, afectividad, adaptabilidad, autonomía, desarrollo y capacidad resolutiva entre sus miembros, cabe mencionar que es un compromiso direccionado al desarrollo físico y emocional de ellos; a su vez los anima a alcanzar su capacidad en el núcleo familiar, por lo tanto, cuando en una familia las necesidades individuales se logran, estos ayudarán a otros miembros y a la sociedad. (Kozier, 2008; Aliberch, 2015).

“...mi esposa siguió los pasos, me dio mi dieta”. “ Resulta que iba con mi dieta de desayuno y almuerzo, el “lonche” qué hacía mi esposa. Pero yo cometí el error...” (Entrevista 07).

9. Decisiones orientadas al cuidado

La Real Academia Española (2018) define decisión como: “determinación, resolución que se toma o se da en una cosa dudosa”. Podemos agregar que, en la atención de salud, los profesionales afrontan situaciones donde debe tomar decisiones, con el fin de solucionar problemas, mejorar la atención o aprovechar aquellos recursos con los que cuenta, en consonancia con atención de calidad e intervenciones que involucran aspectos bioéticos y que deben ser aclarados al paciente. En relación con el propio paciente, vemos que ellos también toman decisiones en su atención de salud, teniendo o no una información completa sobre los riesgos.

“...cometí el error y lo reconozco, por eso estoy aquí ahorita..., lo primero que hacía era irme a una fonda, y era patacón o tortilla o hojaldra o Chicharrón, me comía ese gordo de tres piezas con qué gusto...” (Entrevista 07).

“ Comprendan que con esto puede perder un día..., su vida puede quedar en un hilo, entre la vida y la muerte..., hay que acogerse a cierto cuidado..., debemos hacer algo de ejercicio...” (Entrevista 01).

10. Percepción de cambios en su vida

Dentro de esta categoría vemos que los pacientes con patologías crónicas llegan a habituarse al igual que sus familiares a éstas; por lo que es una de las razones que influyen en como las personas hacen frente a una enfermedad (Potter, 2013). El proceso de una enfermedad crónica es cambiante de acuerdo con la respuesta que tenga la persona, a los cambios en su salud, cuando interactúa con los profesionales de la salud, los cambios psicológicos presentados como la aflicción y el estrés.

“...este dolor ha sido, no provechoso, pero siempre hay que sacar la parte buena de todo..., el dolor es fuerte, es fuerte, no le voy a decir que no, duele, pero uno no tiene que dejarse vencer que dejarse vencer...” (Entrevista 04).

11. Desarrollo de la esperanza que da valor positivo a la situación

Basándonos en la esperanza este concepto es multidimensional ya que facilita a las personas comodidad al experimentar situaciones estresantes a su vida, adversidades y otros desafíos. Cuando se manifiesta la actitud de vivir por algo y esperar con ilusión, la esperanza estará presente. Ahora bien, la espiritualidad en las personas funciona como eje integrador; ya que es la forma en que viven su vida, incluyendo valores y creencias, sus interacciones familiares y amigos; en suma, es esa capacidad con la que cuentan para descubrir esperanza y significado de vida (Potter et al., 2013).

“ ...siempre actué positivo; total siempre he sido positivo... yo estoy contento de haber salido, yo estoy contentísimo, Dios es grande siempre me da una ventana para ver el cielo; serio, cuando estuve allá arriba también tuve ventana que veía el cielo y los árboles; cuando venía pensaba, chuleta ojalá y me toque ventana, y allí está”. (Entrevista 06).

12. Proceso de aprendizaje para refuerzo positivo

Según Papalia (2004), el aprendizaje se da como el cambio duradero en la conducta basada en la experiencia o la adaptación al ambiente. Así mismo, otros autores como Skinner referente del conductismo (citado en Kozier, 2008) enunciaba que el aprendizaje se da cuando la persona reacciona al confrontar un estímulo y seguidamente refuerza, de forma positiva o negativa; por lo tanto, entre más pronto, congruente y positivo se dé el refuerzo, de igual modo será la conducta aprendida y conservada.

“...esa es de las cosas que he pensado aquí en cama, cómo poder orientar a otras personas, eeh, si es necesario orientar y ayudar a otras personas a que comprendan..., creo que es importante que se pueda orientar...” (Entrevista 01).

13. Compromiso de la enfermera en los cuidados operatorios

En esta categoría, podemos ver que con regularidad el profesional de enfermería atiende pacientes que no logran comprender las orientaciones sobre aspectos como la preparación preoperatoria, los procedimientos y cuidados postoperatorios que debe tener; en su mayoría muchos de ellos no se deciden a realizar las preguntas para esclarecer sus inquietudes sobre la información recibida, o evitan informarse sobre su condición actual de salud que puede ser de gravedad; o de los riesgos e intervenciones que se necesitan realizar (León, 2007).

“...vino el doctor Jaramillo... vas a estar así lleno de aparatos, cuando te despiertas... estaba psicológicamente mentalizado...” (Entrevista 04).

“... o sea, realmente después de la cirugía el dolor me da si me muevo, para eso me dieron un muñeco. Le llaman el bebé, este que está aquí. El “bebé” es para ponérmelo en el pecho y toser, entonces me dieron la técnica de cómo tenía que apretarlo para toser; pero dolor, dolor, no sentía...” (Entrevista 06).

14. Rol de la enfermera como agente facilitador

Cuando se brinda la atención a un paciente no se pueden separar la enseñanza del aprendizaje; dicho esto, la enfermera al enseñar debe realizarlo como un proceso interacción con el paciente para promover el aprendizaje. Este proceso conlleva una serie de acciones

cuidadas e intencionadas para brindar nuevos conocimientos, cambiar actitudes, adoptar conductas o desarrollar nuevas experiencias.

“...más, él vino nuevamente, enantito, a decirme cómo pararme después de la cirugía. Ya me lo había dicho después de la cirugía, pero antes de la cirugía no me habían dicho nada...” (Entrevista 04).

15. Rol profesional multidisciplinario

La última categoría nos direcciona a que la atención multidisciplinaria independientemente que sea brindada por varios profesionales se debe trabajar como un equipo bajo la sombrilla organizacional. Con el transcurso de los días la condición de salud del paciente evidencia cambios; por lo cual este equipo puede cambiar sus objetivos de atención en base a las necesidades clínicas y psicosociales del paciente (Mitchell et al., 2008).

“...un capellán para que le converse, para disminuir la tensión y el dolor...me podía volver loco aquí; otro problema que, si quiero hacer énfasis, es que yo siento que el contacto humano de las personas que están en ese tipo de situación, deben de estar gente hablándole; gente cerca para que se sientan se sientan queridos, no que simplemente te ponen una Venoclisis, algún medicamento y me voy para mi centro...” (Entrevista 03).

DISCUSIÓN

Los resultados este estudio corroboran lo planteado con la segunda afirmación teórica de Kolcaba (2003), sobre los contextos vinculados al dolor. *Contexto Físico*, es lo perteneciente a sensaciones corporales; durante las entrevistas los pacientes expresaron relatos de sus experiencias de sensaciones de dolor y otras complicaciones presentadas. Se fundamenta que de todas las cirugías cardíacas e incluyendo los injertos, los pacientes que manifiestan más dolor son aquellos sometidos a revascularización miocárdica o “Bypass”; para lo cual se ha valorado y cuantificado por medio de la escala del dolor EVA (Castanera, 2013).

Navarro, et al (2011), concluyen sobre las variables edad y ansiedad preoperatoria como predictivas de dolor postoperatorio en las personas intervenidas por revascularización

miocárdica, donde pacientes menores de 65 años y los que presentan un descenso en su estado de ánimo evidencia más dolor.

Contexto Psicoespiritual es lo que corresponde a la conciencia interna del yo, como autoestima, autoconcepto, sexualidad y el significado que las personas dan de la vida; todo relacionado estado superior. Cuando el paciente atraviesa todo el proceso de una cirugía de revascularización del miocardio constituye la oportunidad para mantener la vida, a la vez asociado a oposiciones muchas veces significativas como cambiar su estilo de vida (Lorenzini, et al, 2013).

Contexto Social, se resaltan en este aspecto relaciones interpersonales, familiares y sociales. Según, Lorenzini, et al, (2013), concluye en sus investigaciones que el paciente percibe el distanciamiento social, cambios en sus actividades sexuales; provocando en algunos pacientes depresión y ansiedad luego de la cirugía. Los resultados muestran que el tener empatía es sumamente importante, que sea demostrado por los enfermeros al paciente; como ser cordial o simplemente sonreír, brindar una escucha activa, tener sentido de responsabilidad y estar atentos a las necesidades de los pacientes..

Contexto Ambiental, todo aquello que circunda el entorno del paciente en una hospitalización, condiciones e influencias externas, según Kolcaba (2003). Los pacientes manifestaron su disconfort con el entorno, alteraciones del sueño y reposo; en contraste reconocieron que los cuidados de enfermería postoperatorios brindaba alivio físico, y tener confianza en la tecnología para recibir una atención de calidad.

CONCLUSIONES

- Todos los pacientes experimentaran situaciones que afectan de forma física, emocional, espiritual y ambiental; evidentemente se manifestaran en ellos: la sensación de sufrimiento, necesidad de manejo del dolor, falta de afrontamiento al estrés quirúrgico, disconfort o complicaciones quirúrgicas, la disminución de su deseo de recuperación y las decisiones tomadas en su cuidado; como percibe los cambios en su vida, y una necesidad de aprendizaje.

- Todos los enfermeros desarrollan un rol importante cuando orientan al paciente sobre el manejo del dolor y sus cuidados; examinando la individualización según experiencias y cómo lo afrontará el paciente; como el valor de su creencia espiritual y cultural, el apoyo familiar.
- Los profesionales de enfermería han contribuido al cuerpo de literatura existente en el manejo del dolor, teniendo implicaciones significativas para el cuidado del paciente; pero esta investigación demostró que el manejo del dolor por ser subjetivo amerita más educación e investigaciones que profundicen en el dolor agudo y no solamente en el dolor crónico. Es conveniente que a partir de la formación de profesionales de enfermería, se tenga precedencia sobre el concepto de dolor y en consecuencia estos ofrezcan un cuidado de elevada calidad profesional y humana.

REFERENCIAS

- Aliberch Raurell, A. M., & Miquel Aymar, I. M. (2015). Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 26(3), 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.001>
- Beltrán, O. (2010). Rechazo al cuidado de la salud por motivaciones del paciente. *Investigación y Educación En Enfermería*, 28(2), 214–222.
- Butts, J., & Rich, K. (2018). *Philosophies and Theories for advanced nursing practice*. Massachusetts, USA: Jones and Bartlett.
- Creswell, J. (2009). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Muqarnas (Vol. 8). California, USA: SAGE Publications. <https://doi.org/10.1163/22118993-90000268>
- Hardin, S., & Kaplow, R. (2010). *Cardiac Surgery Essentials for Critical Care Nursing*. Massachusetts, USA: Jones and Bartlett.
- International Association for the Study of Pain. (2019, enero). IASP Pain Terminology. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2008). *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica*. España: PEARSON.
- Léon, A., y Salazar, C. (2007). Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. *Revista Costarricense de Cardiología*, 9(3), 11–15.
Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41422007000300003&script=sci_arttext
- Lorenzini, A., Marcelino, G., & et. al. (2013). Comprendiendo el proceso de vivir significado por pacientes sometidos a la cirugía de Revascularización del Miocardio. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 21(1), 1–8.
- Marriner, A., & Raile, M. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona: España: ELSEVIER.
- McMahon, S., & Koltzenburg, M. (2006). Wall & Melzack. *Tratado del dolor*. Elsevier Health Sciences Spain. Recuperado de https://www.google.com/search?q=tratado+del+dolor+wall+y+melzack&rlz=1C1SQJL_esPA775PA775&oq=tratado+del+dolor+wall+y+melzack&aqs=chrome.69i57.10214j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Mitchell, G. K., Tieman, J. J., & Shelby-James, T. M. (2008). Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. *The Medical Journal of Australia*, 188(8), S61.
<https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.2008.TB01747.X>
- Montalvo, A., Cabrera, B., & Quiñones, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*, 12(2), 134–143.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2004). *Psicología del Desarrollo*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Pineda, M. (2019). Experiencia de dolor de los pacientes sometidos a revascularización miocárdica. Universidad de Panamá. Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.
http://up-rid.up.ac.pa/1861/1/marilyn_pineda.pdf

- Pogatzki-Zahn, E., Zahn, P., & Brennan, T. (2007). Postoperative pain-clinical implications of basic research. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*.
<https://doi.org/10.1016/j.bpa.2006.11.003>
- Polit, D., & Tatano, C. (2010). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P., Griffin, A., Stockert, P., & Hall, A. (2013). *Fundamentos de Enfermería*. España: ELSEVIER.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Qualitative Research in Nursing*. China: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Van Manen, M. (2017). But Is It Phenomenology? *Qualitative Health Research*, 27(6), 775–779. <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>