

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA
VIVIDA POR PACIENTES EN
POSTOPERATORIO TARDÍO DE
REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.
CLÍNICA MEDILÁSER-NEIVA-HUILA**

MAGDA LORENA VARGAS ZÚÑIGA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
BOGOTA, COLOMBIA

2018

SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA VIVIDA POR PACIENTES EN POSTOPERATORIO TARDÍO DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA. CLÍNICA MEDILÁSER-NEIVA-HUILA

MAGDA LORENA VARGAS ZÚÑIGA

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
**Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud
Cardiovascular**

Director (a):

Dra. Yuriam Lida Rubiano

ÉNFASIS:

Cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria.

Grupo de Investigación:

Cuidado para la Salud Cardiorrespiratorio

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ, COLOMBIA

2016

DEDICATORIA:

A mi esposo, Jhon Fernando, por ser mi compañero y cómplice, dándome ánimo en los momentos en que quise desfallecer y no continuar.

A mis dos hijos, Luis Fernando y Thiago Andrés, que me acompañaron con sus abrazos, sus besos siendo mi motivación para seguir y me esperaron con paciencia.

A mi hermana Janeth porque fue la voz de aliento en este largo camino.

Agradecimientos

A mi tutora, la Doctora Yuriam Lida Rubiano, por su apoyo y acompañamiento en todo el proceso, porque con su conocimiento, sabiduría y paciencia fue pilar para materializar este sueño.

A Celmira Daza y Omaira Gómez porque con su amistad y consejos me encaminaron cuando el camino se hacía oscuro; sus conocimientos alimentaron este proyecto.

A la clínica Mediláser, sucursal, por brindarme la oportunidad y confianza para realizar este proyecto.

A los pacientes revascularizados que me abrieron las puertas de sus casas y me permitieron conocer más a fondo sus vivencias, lo cual contribuyó a mi crecimiento profesional, permitiendo trascender en la esencia de la Enfermería, el cuidado.

A todas aquellas personas muy cercanas que con su aporte permitieron realizar este sueño, cuando lean esta tesis sus corazones sabrán que gracias a su ayuda lo logré.

Resumen

Antecedentes: el aumento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares debido a los malos estilos de vida, disminución de ejercicio, un déficit de dieta balanceada, acompañada del estrés, alto consumo de alcohol y tabaco han sido responsables de que las afecciones cardíacas se incrementen. Gracias a la tecnología y avances científicos han surgido procedimientos cuyo objetivo ha sido prolongar y mejorar la calidad de vida; en este caso, la revascularización miocárdica (RVM) es un evento quirúrgico con denotación de ser una cirugía mayor, que tiene serias connotaciones a nivel físico, mental y emocional. Esta cirugía tiene unos periodos de recuperación, este estudio se enfatizó en el tardío periodo después del alta hospitalario, en el cual el individuo continúa su recuperación enfrentándose a su realidad. Desde este punto de vista, fue posible explorar cuáles son las vivencias de los pacientes que cursaron con un postoperatorio tardío de RVM, cuál fue su sentir respecto a su estado de salud, su relación con el personal de salud, cuáles son sus problemas y sus dudas. Estos conocimientos de los significados de vivir de esta población pueden generar posteriormente teorías de mediano rango que permita individualizar los cuidados a estos individuos, y nuevas estrategias que estén en la vanguardia de desarrollo tecnológico para modernizar el cuidado, sin perder la esencia del ser humano.

Objetivo: comprender los significados que le atribuyen los pacientes a la experiencia vivida de la revascularización miocárdica en el postoperatorio tardío, atendidos durante el año 2017 y 2018 en la Clínica Mediláser en la ciudad Neiva (Huila).

Metodología: investigación cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo o hermenéutico. La población de estudio fueron los pacientes que se encontraron entre el cuarto mes del postoperatorio tardío de RVM de la Clínica Mediláser. Se seleccionaron mediante un muestreo teórico; el tamaño de la muestra fue definido mediante el criterio de saturación de la información. La información fue obtenida mediante entrevistas a profundidad y los datos se analizaron con la propuesta de Heidegger, Diekelman, Allen y Tanner; en secuencia simultánea.

Resultados: para los participantes del estudio, el significado de la experiencia de la postoperatorio de RVM está enmarcado en cuatro grandes temas: “Afrontando la recuperación”, “Asumiendo cambios y complicaciones”, “Retomando de nuevo mi vida” y “Fortalezas para vencer esta travesía”.

Conclusiones: en este estudio, las narraciones de las personas que viven un postoperatorio tardío de RVM permite un desplazamiento de la mirada puramente biológica – fisiológica y farmacológica del postoperatorio tardío hacia una comprensión de la experiencia humana que subyace y resulta de la experiencia misma, atravesando otras dimensiones. Los resultados aportan a la comprensión del fenómeno desde la mirada particular de los pacientes revascularizados, exaltando la importancia del acompañamiento multidisciplinario, incluyendo a Enfermería para continuar con su cuidado después del alta médica.

Palabras clave: revascularización miocárdica, significados, experiencias vividas, postoperatorio tardío.

Abstract

Introduction: the increase in the incidence and prevalence of cardiovascular diseases due to poor lifestyles, decreased exercise, a balanced diet deficit, accompanied by stress, high consumption of alcohol and tobacco; It has been responsible for heart conditions to increase. Thanks to technology and scientific advances have emerged procedures whose goal has been to prolong and improve the quality of life, in this case myocardial revascularization (RVM) is a surgical event with denoting major surgery, which has serious connotations at the physical level, mental and emotional. This surgery has a period of recovery, this study was emphasized in the late period after hospital discharge in which the individual continued his recovery facing his reality. From this point of view, it was possible to explore the experiences of the patients who attended a late post-operative period of MVR, what their feelings were with regard to their health status, their relationship with health personnel, their problems and their Doubts. This knowledge of the meanings of living of this population can later generate mid-range theories that allow individualizing the care of these individuals, and new strategies that are at the forefront of technological development to modernize care without losing the essence of the human being. **Objective:** to understand the meanings attributed by patients to the experience of myocardial revascularization in the late postoperative period, attended during 2017 and 2018 at the Mediláser Clinic in the city of Neiva (Huila).

Methodology: qualitative research with interpretive or hermeneutical phenomenological approach. The study population was the patients who were between the fourth month of the late postoperative period of MVR of the Mediláser Clinic. They were selected by means of a theoretical sampling. The size of the sample was defined by the criterion of saturation of the information. The information was obtained through in-depth interviews and the data was analyzed with the proposal of Heidegger, Diekelman, Allen and Tanner, in simultaneous sequence.

Results: For the participants of the study, the meaning of the post-operative

experience of RVM is framed in 4 major themes: "Coping with recovery", "Assuming changes and complications", "Taking up my life again" and "Strengths for overcome this journey. " **Conclusions:** In this study, the narratives of people who live a late postoperative period of MVR allow a shift from the purely biological - physiological and pharmacological look of the late postoperative to an understanding of the human experience that underlies and results from the experience itself. crossing other dimensions, the results contribute to the understanding of the phenomenon from the particular view of revascularized patients extolling the importance of multidisciplinary accompaniment, including nursing to continue with their care after medical discharge.

Contenido

| | Pág. |
|--------------------------------------|-------------|
| Resumen..... | VII |
| Abstract..... | IX |
| Contenido..... | 11 |
| Lista de figuras..... | 14 |
| Lista de tablas..... | 15 |
| 1 Introducción..... | 16 |
| 2 Marco referencial..... | 18 |
| 2.1 Área problemática..... | 18 |
| 2.1.1 Pregunta de investigación..... | 28 |
| 2.2 Justificación..... | 28 |
| 2.2.1 Significancia social..... | 28 |
| 2.2.2 Significancia disciplinar..... | 33 |
| 2.2.3 Significancia teórica..... | 35 |
| 2.3 Objetivos..... | 37 |
| 2.3.1 Objetivo general..... | 37 |
| 3 Marco conceptual..... | 38 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.1 | RVM y sus repercusiones | 38 |
| 3.2 | Postoperatorio..... | 40 |
| 3.3 | Paciente en revascularización miocárdica | 41 |
| 3.4 | Rehabilitación cardíaca relacionada con el postoperatorio tardío de RVM 43 | |
| 3.5 | Significado de la experiencia..... | 44 |
| 4 | Marco de diseño | 46 |
| 4.1 | Enfoque y tipo de estudio..... | 46 |
| 4.2 | Población de estudio..... | 50 |
| 4.3 | Tipo y estrategia de muestreo..... | 50 |
| 4.4 | Procedimiento para la recolección de información..... | 51 |
| 4.5 | Instrumento de recolección de la información | 51 |
| 4.5.1 | Prueba piloto | 54 |
| 4.5.2 | Plan de análisis de la información | 54 |
| 4.5.3 | Criterios de rigor metodológico..... | 60 |
| 4.6 | Consideraciones éticas | 62 |
| 4.7 | Propiedad Intelectual | 64 |
| 4.8 | Estrategias de difusión y socialización..... | 65 |
| 4.9 | Limitaciones | 66 |
| 5 | Resultados..... | 67 |
| 5.1 | Contexto del estudio | 67 |
| 5.2 | Participantes del estudio | 68 |
| 5.3 | Temas emergentes y significados comunes de la experiencia vivida por pacientes en postoperatorio tardío de RVM..... | 70 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 5.3.1 | Tema 1: Afrontando la recuperación..... | 71 |
| 5.3.2 | Tema 2: asumiendo cambios y complicaciones | 82 |
| 5.3.3 | Tema 3: retomando de nuevo mi vida | 97 |
| 5.3.4 | Tema 4: fortalezas para avanzar en esta travesía..... | 107 |
| 6 | Discusión | 120 |
| 7 | Conclusiones | 127 |
| 8 | Recomendaciones | 130 |
| 9 | Referencias bibliográficas..... | 132 |
| 10 | Anexos | 137 |

Lista de figuras

| | Pág. |
|--|-------------|
| <i>Figura 3-1.</i> Red de tema y significados comunes del fenómeno de estudio | 60 |
| <i>Figura 5-1.</i> Temas emergentes y significados comunes: “Significado de la experiencia vivida por pacientes en postoperatorio tardío de RVM” | 71 |
| <i>Figura 5-2.</i> Tema 1 - Afrontando la recuperación..... | 72 |
| <i>Figura 5-3.</i> Tema 2 - Asumiendo cambios y complicaciones | 82 |
| <i>Figura 5-4.</i> Tema 3 - Retomando de nuevo mi vida | 98 |
| <i>Figura 5-5.</i> Tema 4 - Fortaleza para avanzar esta travesía | 108 |

Lista de tablas

| | Pág. |
|---|-------------|
| Tabla 3-1. <i>Interpretación de los fragmentos significativos o temas emergentes</i> .. | 58 |
| Tabla 4-1. <i>Caracterización sociodemográfica de las participantes</i> | 69 |
| Tabla 5-1. <i>Significados del tema afrontando la recuperación</i> | 81 |
| Tabla 5-2. <i>Significado del tema “Asumiendo cambios y complicaciones”</i> | 97 |
| Tabla 5-3. <i>Significado del tema “Retomando de nuevo de vida”</i> | 106 |
| Tabla 5-4. <i>Significado de tema “Fortaleza para avanzar la travesía”</i> | 119 |

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por otras causas tanto a nivel nacional y mundial (1). Estas problemas son tan frecuentes que la ciencia derivó la cirugía cardiovascular (CCV), siendo una especialidad de la medicina que se ocupa de los trastornos y enfermedades del sistema cardiorcirculatorio que requieren una terapéutica quirúrgica (2). Los primeros procedimientos de revascularización miocárdica se realizaron en 1964 (3), ya son más de cinco décadas las que tiene este descubrimiento salvando vidas y contribuyendo a mejorar la calidad de vida. Dado que es un procedimiento de tanto impacto, la comunidad científica lo ha convertido en fenómeno de estudio desde diferentes perspectivas y ámbitos. Este trabajo se enfocó en el momento de del postoperatorio tardío, el cual empieza desde el momento en que el paciente egresa de las instituciones clínicas y vuelve a su domicilio a seguir su recuperación para recobrar su funcionalidad. La práctica ha evidenciado la necesidad de conocer las voces de experiencia de esta población, con el fin de comprender y tener un retrato de la situación real que viven a diario, lo cual se traduce en complicaciones, necesidades, fortalezas y debilidades que aún no se conocen. El personal de enfermería debe ser un participante activo de este proceso, porque como agente conocedor del problema debe tener un panorama clave para poder iniciar y realizar un acompañamiento más cercano en pacientes que estén en postoperatorio tardío; la evidencia muestra que el acompañamiento del pacientes desde antes de salir de las clínicas y continuar en su domicilio minimiza complicaciones y reingresos a clínica. Así lo muestran estudios que mencionaron que es imprescindible el acompañamiento por medios de consultas de enfermería, centradas en las orientaciones y supervisiones del tratamiento medicamentoso y no medicamentoso, tales como el control de las alteraciones del estilo de vida, incentivando la práctica del autocuidado (4). En el actual mundo globalizado, en el cual el 98 % de personas manejan elementos electrónicos y el internet, se crea la necesidad del acompañamiento cercano de la figura del cuidado representado por enfermería, se torna esencial la inversión en innovación y esmero de las estrategias de cuidado para acompañamiento de los pacientes con cardiopatía por el equipo de enfermería a lo largo del tiempo (5), favoreciéndolos y promoviendo su bienestar.

Así pues, participaron 12 personas voluntarias; tres mujeres y nueve hombres; todos con diagnóstico médico derivación aortocoronaria (CIE 10 Z 951) con

antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus, intervenidos quirúrgicamente. Se realizó una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo o hermenéutico. El promedio de edad fue de 68 años; se seleccionaron mediante un muestreo teórico y el tamaño de la muestra fue definido mediante el criterio de saturación de la información. La información fue obtenida mediante entrevistas a profundidad y los datos se analizaron con la propuesta de Heidegger, Diekelman, Allen y Tanner; en secuencia simultánea.

Asimismo, el tema principal derivado de esta investigación fue: significados de la experiencia vivida de los pacientes en postoperatorio de RVM y los temas que lo explican fueron: “Afrontando la recuperación”, “Asumiendo cambios y complicaciones”, “Retomando de nuevo mi vida” y “Fortalezas para vencer esta travesía”. El documento consta de diez apartados principales: Introducción, Marco referencial, Justificación de la investigación, Objetivos, Marco conceptual frente a la Revascularización Miocárdica, Marco de diseño del estudio, Resultados, Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.

2 Marco referencial

En este capítulo se presentan el área problemática, la justificación, el problema y los objetivos del estudio.

Área temática: Enfermería cardiovascular

Fenómeno de estudio: Significado de las experiencias vividas por pacientes en postoperatorio tardío de revascularización miocárdica de la Clínica Mediláser-Neiva, Huila.

2.1 Área problemática

En la actualidad, las estadísticas demuestran el impacto negativo que dejan las enfermedades crónicas, en especial las cardíacas. Según la OMS, en el año 2015 murieron 17,5 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa un 31 % de todas las muertes registradas en el mundo (1). De estas defunciones, “7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones a accidentes cerebrovasculares” (1). Además, la *American Heart Association* notificó para el 2017 en Estados Unidos, las muertes por enfermedad cardiovascular, como causa subyacente de mortalidad, representando más de 801.000 muertes. Alrededor de 2.200 estadounidenses mueren todos los días a causa de enfermedades cardiovasculares, es decir, una muerte cada 40 segundos (6), un número que se espera que aumente a más de 23.6 millones para el año 2030 (7).

Esta problemática no es ajena a la realidad colombiana, pues según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en los indicadores de Colombia para el año 2012, las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de

muerte en la población general (debido a enfermedad isquémica, 83,7 defunciones por cada 100.000 habitantes y por enfermedad cerebrovascular (6) (8) (9).

De acuerdo con la OMS, “las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos que incluyen la cardiopatía coronaria, entre otras” (1). La revascularización miocárdica (RVM) es una opción quirúrgica que está contemplada en el tratamiento de pacientes con enfermedad coronaria y especialmente en aquellos con enfermedad del tronco coronario izquierdo, enfermedad de tres vasos y enfermedad de uno o dos vasos con compromiso proximal de la arteria descendente anterior. Para esto, gracias a las venas del corazón u otras partes del cuerpo, se irriga la parte afectada del miocardio; siendo una intervención quirúrgica compleja, así mismo es complejo el proceso de recuperación.

El paciente con RVM, en postoperatorio inmediato (0 a 12 horas) y mediato (12 a 48 horas), permanece en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) durante las primeras 48 horas del postoperatorio, recibiendo tratamiento médico y administración de medicamentos tales como opioides y anestésicos en dosis altas, los cuales afectan el estado de conciencia y deprimen la respiración siendo necesaria, en ocasiones, ventilación mecánica prolongada y monitoría hemodinámica invasiva (10). Respecto al proceso de recuperación, un estudio del ámbito nacional realizado por Ariza con pacientes en postoperatorio de revascularización cardíaca (48 a 96 horas) concluyó que “el paciente en esta fase debe ser visto como un ser abierto que se integra consigo mismo, con los otros seres humanos y con el ambiente que lo rodea, es decir, con el mundo que encierra el servicio de hospitalización en que se halla” (11), y que “los cambios que se presentan inmediatamente después de la cirugía, permanecen a lo largo de todo el proceso de recuperación” (11).

Es por ello que el acompañamiento y atención de los profesionales de la salud debe ser continuo e integral, puesto que las intervenciones, especialmente el cuidado de enfermería en el postoperatorio tardío, se dirigen a la adopción de medidas que

envuelven cambios de comportamientos, hábitos y estilo de vida, haciendo observación del paciente de forma holística en las dimensiones físicas, sociales, espirituales y emocionales (4).

En ese sentido, Dayan y Ricca realizaron una revisión de la literatura sobre el efecto de la rehabilitación en pacientes sometidos a RVM y encontraron, por un lado, que hay mayor adherencia al tratamiento cuando la rehabilitación cardíaca es doméstica o realizada en casa, debido a que los usuarios sostienen que el transporte, los horarios y los compromisos laborales dificultan el desplazamiento a los sitios de rehabilitación (12). Este resultado es válido en pacientes de bajo riesgo luego del evento quirúrgico (usuarios sin trasplantes de corazón, dispositivos de resincronización cardíaca o desfibriladores implantables); por otro lado, se encontró que la cirugía en mención se relaciona con altos niveles de ansiedad y depresión durante su recuperación y que su intensidad es mayor en pacientes con más riesgo de rehospitalización a los 6 meses luego de la cirugía.

De esa manera, de acuerdo con el estudio, cabe destacar la conclusión de que la rehabilitación cardíaca luego de dicha cirugía no debería intentar mejorar la supervivencia, sino lograr una mejora de la calidad de vida (aspecto físico, psicológico y social); de la misma forma, los autores recomendaron que se debería estimular la rehabilitación cardíaca domiciliaria en pacientes con riesgo de abandono de los programas hospitalarios y que estos programas de rehabilitación deben ser multidisciplinarios con participación de cardiólogos, nutricionistas, psicólogos y fisioterapeutas. Se observa en esta apreciación que aunque se hable de multidisciplinariedad, el cuidado de enfermería en la rehabilitación es invisibilizado, y ligado solamente al cuidado durante la estancia en UCI y estancia hospitalaria.

Por su parte, Erdmann y cols. (13), en un estudio realizado en Brasil, argumentaron que vivir la experiencia según este tipo de cirugía es una oportunidad para mantener la vida. Durante la experiencia, los pacientes se enfrentan a cambios en el estilo de vida que deben ser monitoreados por la figura presente, estableciendo

vínculos de confianza con el personal de enfermería, quien debe acompañarlos y apoyarlos en ese proceso.

Algunos de los problemas del postoperatorio tardío están relacionados con complicaciones físicas, emocionales, incapacidades e incertidumbres; de igual modo, se evidencian limitaciones que afectan específicamente a las mujeres. Así lo describen los siguientes estudios:

El estudio realizado en Europa por Cebeci y Çelik en el año 2008 (14) reportó complicaciones físicas y psicológicas como la mala nutrición, disminución del apetito, náuseas y vómitos, cambios en los hábitos intestinales, trastornos del sueño, fatiga, dolor, ansiedad y depresión dentro de los 6 meses después del alta en los pacientes con RVM.

Así mismo, Souza y cols. citado por Erdmann y cols. (13) refirieron que el procedimiento quirúrgico es percibido por el paciente, algunas veces, como un evento relacionado a la incapacidad física, funcional y/o alteración de la imagen corporal. Pereira y cols. (15), aseguraron que las dudas e incertidumbres de los pacientes acerca de “educación alimenticia, la práctica de ejercicios físicos, retorno al trabajo, práctica de actividades diarias, dificultades con las incisiones quirúrgicas, práctica de la actividad sexual, consumo de bebida alcohólica y el uso de medicamentos”, son algunas de las inquietudes que hace que se perciba la RVM como un acontecimiento que deja huella en el proceso de vida regular del paciente cardíaco.

Un estudio cualitativo realizado en Brasil por Da Silva y cols. (16) señaló que aunque entre los 6 meses y 2 años de postoperatorio la calidad de vida y el autocuidado mejoraron, el temor a la muerte y el sentimiento de vulnerabilidad se profundiza por las dificultades financieras generadas por los gastos que resultan de la enfermedad y cirugía (costos de medicamentos); en los hombres este sentimiento se debe sobre todo a la preocupación por su incapacidad para laborar, sintiendo que de esta forma aumenta la carga y dependencia en la familia.

En este mismo sentido, Spadoti y cols. (17), en un estudio en Brasil, obtuvieron resultados relacionados con la calidad de vida luego de la cirugía, la cual fue calificada como buena. Sin embargo, no ocurrió lo mismo cuando se evaluó la satisfacción laboral. Es de resaltar que el significado de buena calidad de vida, según el estudio, depende del estado de salud, el trabajo y la armonía familiar, sin que esto quiera decir que la alteración o afectación de uno de estos componentes impuestos por las limitaciones propias de la enfermedad y la cirugía sea un obstáculo insuperable para la satisfacción con la calidad de vida.

Desde una mirada de género, Banner y cols. (18) encontraron que después de 6 semanas de la cirugía, las mujeres experimentan limitaciones funcionales como dificultad para dormir, dolor, problemas de cicatrización de herida, movilidad reducida, agitación para realizar las labores domésticas, llevándolas a renunciar a sus actividades diarias. Además, dichos resultados permiten profundizar en la comprensión de los ajustes en la vida que deben hacer las mujeres sometidas a dicha cirugía como parte de vivir con una condición a largo plazo y a la vez, se resalta la necesidad de desarrollar educación en salud innovadora con perspectiva de género y servicios.

En otro estudio cualitativo realizado en Brasil por Matos y cols. (19), se comparó la calidad de vida de los pacientes a los dos meses del postoperatorio de la RVM, y concluyó que la cirugía impactaba de forma positiva su calidad de vida con mejoría, respecto al periodo preoperatorio, en los aspectos social, emocional, físico y global, refiriéndose estos dos últimos aspectos a la posibilidad de que los pacientes, al comprender la experiencia de la situación vivida, se adapten a los cambios y límites en su estilo de vida, desarrollando una calidad de vida satisfactoria interpretada como la capacidad de cumplir con éxito las funciones diarias básicas, sintiéndose bien y viviendo de forma independiente.

Contrario a lo obtenido en el estudio anterior, Esmite y cols. (20) halló que la percepción de la calidad de vida mejora ampliamente respecto a la salud física, comparando antes y después de la cirugía de RVM (después de un año de la

cirugía); pero en cuanto a la salud mental, aspecto evaluado en este último estudio, no se encontraron diferencias significativas. Esta evidencia les permitió concluir que los problemas físicos percibidos antes de la cirugía se corrigen con la intervención quirúrgica, pero los impedimentos mentales apreciados previos a la cirugía se deben a un ámbito más general, que continúan en el postoperatorio y por tanto, debe garantizarse al paciente la continuidad del cuidado en el componente mental desde un equipo interdisciplinario que intervenga en todo el proceso de recuperación y rehabilitación.

Por otra parte, Bak y Marcisz (21) coincidieron con los resultados anteriores en cuanto a que la RVM mejora significativamente todos los aspectos de la calidad de vida, específicamente evaluada a los 6 y 12 meses después de la cirugía, con excepción del componente emocional en los hombres y en mujeres, las reacciones emocionales, el sueño y la movilidad física. Lo anterior denota variaciones en la recuperación de hombres y mujeres que sugieren, por tanto, la realización de un plan de cuidados diferencial acorde a las necesidades individuales en esta etapa del proceso.

Igualmente, Tung y cols. (22) concluyeron que la actividad física y la edad se relacionan directamente con mejorar la calidad de vida, y sugirieron que las enfermeras y otros profesionales de la salud deben desarrollar un programa individualizado de actividad física para esta población, promoviendo de esta forma un estilo de vida más saludable y mejor calidad de vida. Además, se resalta la influencia que tienen los profesionales de salud en los resultados de recuperación y rehabilitación en el periodo tardío del paciente con RVM.

Todo lo expuesto da cuenta de cómo este complejo procedimiento quirúrgico, más allá de ser un evento puramente biológico y médico, influye en todas las dimensiones del ser humano, incluyendo la vida familiar, emocional, social, mental, psicológica; no obstante, algunos factores aislados como el laboral se ven impactados negativamente en el postoperatorio al igual que la parte económica. De la misma forma, estos estudios demuestran la preocupación de los usuarios para

retomar su diario vivir y aspectos de la vida cotidiana, observándose poca exploración de la reincorporación a la vida sexual. Signos de esto es evitar hablar sobre sexo y temor con relación a la práctica sexual después de la cirugía, lo que “hace necesario discutir la sexualidad del paciente cardíaco utilizando lenguaje adecuado y creando ambientes adecuados de discusión” (13). Así, y pese al ingreso a un programa de rehabilitación cardíaca que se centra en su adaptación física, la dimensión psicológica y social en algunos momentos se deja de lado tal como lo mostraron estos estudios.

A pesar de todo lo anterior, son escasos los estudios de enfermería realizados en Colombia sobre las vivencias de este tipo de población frente al fenómeno de la RVM. La poca evidencia científica sobre el tema también se extiende a la región del Huila, que a pesar de ser un departamento pequeño y Neiva una ciudad intermedia, cuenta con dos instituciones donde se realizan RVM, tienen programas de rehabilitación miocárdica y ofrecen servicios de tercer y cuarto nivel, siendo lugar de referencia para toda la región Surcolombiana.

Actualmente, en algunos centros de rehabilitación cardíaca, la enfermería ha sido alejada de este campo de acción y el cuidado ha quedado limitado a la hospitalización y relegado después del alta hospitalaria; a pesar de que existen experiencias en otros partes del mundo que muestran la importancia y necesidad del cuidado del enfermero durante el postoperatorio tardío. Lo anterior también es una realidad en las instituciones de la ciudad de Neiva, donde el proceso de rehabilitación es realizado por una rehabilitadora cardíaca guiada por prescripciones médicas de un fisiatra.

La participación de la Enfermería en el cuidado del postoperatorio tardío, en contraste con el contexto colombiano, es mostrada en investigaciones realizadas a nivel internacional, exponiendo la influencia positiva de la enfermería y cómo esta se ha empoderado en el proceso de recuperación del paciente sometido a la cirugía que aquí concierne, denotándose, además, como actor y ente activo durante dicho

proceso que comprende también el postoperatorio tardío. Se generan, así, resultados beneficiosos para el paciente, sus familias y las entidades de salud (23).

En Brasil, De Melo y cols. (24) resaltaron que uno de los múltiples factores influyentes para los pacientes con RVM es el apoyo de los profesionales de la salud, teniendo las enfermeras un papel fundamental en el cuidado del paciente revascularizado, lo cual está justificado por la necesidad de intentar mediante la investigación de enfermería entender el significado de la experiencia de los seres humanos. En la fenomenología se ha encontrado una importante contribución al pensamiento enfermero para vislumbrar la realidad del día a día de la labor de la Enfermería. Se necesita sumergirse en la subjetividad y la esencia del ser humano al que se cuida, sin olvidar la objetividad impregnada en él. En este sentido, la esencia significa la posibilidad por un lado, de una lectura de la realidad del fenómeno y la experiencia vivida; y por el otro, la subjetividad como una característica del sujeto que refuerza su aspecto humano de ser único y singular.

Así mismo, Teixeira y cols. (4) mostraron que la implementación de un protocolo de consultas de enfermería influyó en el control y/o reducción de los aspectos relacionados con la ansiedad y la depresión en los usuarios, posibilitando la consulta de enfermería, la evaluación integral del individuo, la identificación de los problemas y necesidades reales del paciente para la planeación y ejecución de intervenciones de enfermería priorizadas y relacionadas sobre todo con la adopción de medidas y cambios de comportamiento, hábitos y estilos de vida. Lo anterior resalta la importancia y necesidad de la consulta de enfermería al paciente sometido a la revascularización del miocardio, incluyendo el postoperatorio tardío.

En general, los estudios hacen énfasis en la capacidad de enfermería para valorar al paciente de forma holística (las dimensiones físicas, sociales, espirituales y emocionales del ser) y en la manera en que contribuyen en la identificación de los factores que influyen en el proceso y de las fuentes de apoyo para el paciente y su familia, aprovechando los beneficios que estos pueden brindar al paciente. Dicha

identificación puede además orientar para tomar decisiones respecto al cuidado de enfermería en el pre y el postoperatorio de la revascularización.

De otro lado, el uso de la tecnología como herramienta para realizar cuidados de enfermería se vio reflejado en un estudio que evidenció cómo la tele-enfermería se convirtió en una forma conveniente y rentable de formación, cuidado y seguimiento para los pacientes después de la cirugía de RVM, incluyendo la mejora a la adherencia de los pacientes al plan de tratamiento y la rehabilitación (23). Por su parte, un estudio en Siria, al evaluar la utilización de un programa de educación y asesoramiento interdisciplinario dirigido al paciente y la familia antes de la cirugía y hasta las 6 semanas después del alta hospitalaria, corroboró que los programas dirigidos por enfermería están estrechamente asociados con una alta tasa de reducción de los problemas posteriores al alta y reingresos al hospital. De igual manera, la intervención en el estilo de vida modificó los factores de riesgo cardíaco de manera eficaz y mejoró el pronóstico (25).

Estos dos ejemplos evidencian cómo la educación y asesoría al paciente y su familia, el cuidado domiciliario y el seguimiento por enfermería constituyen un pilar fundamental de mejoría en muchos aspectos del proceso de recuperación. La experiencia muestra que la intervención de un personal cercano al paciente, como lo son su familia y el de Enfermería, facilita afianzar lazos de confianza, mejorar el apego terapéutico y lograr una pronta recuperación, con la satisfacción de las necesidades en el ámbito físico y emocional.

No obstante, en la revisión de las piezas investigativas se encontró la escasez de estudios respecto a los significados de la experiencia de la RVM en postoperatorio tardío, dado que la mayoría estaban relacionados con el postoperatorio inmediato y con la rehabilitación como proceso. Desde este punto de vista, fue posible explorar cuáles eran las vivencias de los pacientes que cursaron por un postoperatorio tardío de RVM, cuál era su sentir respecto a su estado de salud, su relación con el personal de salud, cuáles eran sus problemas y sus dudas, etc. En otras palabras, surgió la necesidad de comprender dichas experiencias para que a

futuro se tomen decisiones por parte del personal, específicamente de enfermería, en la práctica del cuidado de la salud.

Además, fue necesario conocer las vivencias de un grupo de pacientes, en una región colombiana específica, que tiene un contexto y vive situaciones sociales, culturales y familiares diferentes a las poblaciones descritas en las investigaciones hasta el momento referidas. En este caso, se realizó un estudio a la población atendida en la ciudad de Neiva, específicamente en la Clínica Mediláser, la cual ofrece servicios de cirugías de corazón abierto, entre ellas: la RVM; en este estudio se partió de la idea de que las personas en un postoperatorio tardío se encuentran en un momento diferente e inesperado en sus vidas, en el que requieren satisfacer necesidades más allá de las biológicas. Por lo anterior se observó la necesidad de conocer las voces de estos pacientes, su sentir respecto a este procedimiento, para poder a futuro plantear un cuidado de enfermería que contribuya a mejorar su recuperación.

De tal forma, la mayor parte de los estudios realizados desde la perspectiva de la disciplina de enfermería tienden a dividir en fragmentos a las personas, conduciendo a un reduccionismo que en realidad tiene poca utilidad; por ende, “la fenomenología se presenta con un gran atractivo dentro del campo de la enfermería” (26), puesto que busca “entender los fenómenos de salud-enfermedad a través del todo y favoreciendo la comprensión de las estructuras del significado de las experiencias vividas como principal núcleo para generar acciones de cuidados” (26). Derivado de la anterior discusión emanaron las siguientes proposiciones:

- La literatura encontrada con relación a los pacientes revascularizados ofrece estudios de tipo cuantitativo y algunos cualitativos; aquellos dirigidos al postoperatorio inmediato se enfocaron en cambios a nivel emocional, cuidados de enfermería; en el periodo postoperatorio tardío se relacionó con categorías como aspectos emocionales desde la experiencia, relación enfermera paciente y calidad de vida.

- La escasez de estudios respecto a los significados de la experiencia de la RVM en postoperatorio tardío en el ámbito colombiano, debido a que la mayoría están relacionados en el postoperatorio inmediato y en la rehabilitación como proceso.
- La etapa de postoperatorio tardío es clave para la recuperación y rehabilitación. Es un proceso complejo donde intervienen aspectos sociales, económicos y familiares.
- Los profesionales de enfermería son importantes por la posibilidad de un cuidado integral y holístico en todos los periodos de la recuperación.
- Para brindar un cuidado bajo el lente unitario y transformativo es necesario conocer el sentir de esta población y así plantear unos cuidados individualizados.

2.1.1 Pregunta de investigación

Lo anterior llevó a generar la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el significado de las experiencias vividas por los pacientes en postoperatorio tardío de RVM atendidos durante el año 2017 y 2018 en la Clínica Mediláser de la ciudad de Neiva (Huila)?

2.2 Justificación

2.2.1 Significancia social

Las actuales condiciones de vida, producto de una sociedad industrializada y de consumo en el marco del mercado neoliberal, han generado cambios paradigmáticos en la vida cotidiana, alterando los estilos de vidas y conllevando a hábitos perjudiciales como la alimentación inadecuada, sedentarismo y estrés; condiciones que han derivado en la agudización de problemas crónicos o “enfermedades de la modernidad” como cardiopatías, episodios

cerebrovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, “causadas por factores de riesgo como la hipertensión, hiperglicemia, hiperlipidemia y sobrepeso/obesidad” (27). Estas, a su vez, son “el resultado de regímenes alimentarios no saludables, inactividad física, consumo de tabaco y exceso de alcohol” (27).

En términos estadísticos, durante el 2012, la principal causa de muerte en el mundo fueron las enfermedades no transmisibles (ENT), responsables de 38 millones (68 %) de 56 millones de muertes en el mundo. Más del 40 % de ellos (16 millones) eran muertes prematuras en personas menores de 70 años. Casi tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones), y la mayoría de las muertes prematuras (82 %) se producen en países de ingresos medios y bajos (28). La anterior problemática no es ajena a la realidad colombiana. Para el año 2010:

La enfermedad isquémica cardíaca, el accidente cerebrovascular y la enfermedad hipertensiva ocuparon el primero, tercero y noveno puesto dentro de las diez principales causas de mortalidad en Colombia. Así mismo, durante el periodo 1990-2010, la enfermedad isquémica cardíaca, el accidente cerebrovascular y la enfermedad hipertensiva presentaron incrementos en el porcentaje del número de casos de mortalidad del 48 %, 33 % y 48 % respectivamente aumentando, de igual forma, el número de años de vida perdidos por enfermedad cardiovascular. (29)

Según el Ministerio de Salud y OPS, para el 2012 (9), las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de muerte en la población general (enfermedad isquémica: 83,7 defunciones por cada 100.000 habitantes y enfermedad cerebrovascular, 42,6).

[Igualmente] la enfermedad isquémica cardíaca es la condición cardiovascular que más muertes causa en Colombia, pasando de 7.461 muertes en 1979 a 29.373 en 2011 [...] . Esta tendencia al aumento se observa tanto en hombres como en mujeres durante los últimos 20 años. La situación de la enfermedad isquémica cardíaca en Colombia es tan

alarmante, que solo durante el año 2011, 80 personas murieron diariamente (44 hombres, 36 mujeres) a causa de esta condición. (29)

En el contexto regional del departamento del Huila, el incremento de enfermedades cardiovasculares en la población se ve reflejado en la alta morbilidad de la población a causa de las enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, durante el año 2010 este indicador representó el primer lugar en las personas mayores de 44 años, correspondiente al 10.8 % del total de la población (46.622. consultas) (30).

De tal manera, la creciente propagación de las enfermedades cardiovasculares y de los factores de riesgo para las mismas constituyen una gran preocupación para las sociedades actuales y para salud pública; esto explica las políticas y estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con miras a disminuir la morbilidad y mortalidad por esta causa y ENT. En los años 2000 y 2010, la OMS llevó a cabo encuestas con el fin de evaluar la capacidad de los países para prevenir y controlar las ENT y sus resultados mostraron que, en Colombia, durante la última década, se han hecho algunos progresos. Cada vez más países están desarrollando estrategias, planes y directrices para combatir las ENT y los factores de riesgo (31).

Uno de los cambios que impactan en los pacientes con enfermedades cardiovasculares se refleja en el aumento de procedimientos invasivos quirúrgicos (cateterismo cardíaco y revascularización miocárdica), cuya elección depende de varios aspectos clínicos y angiográficos (32) como del incremento de incapacidades temporales y permanentes (33); también, debido a los costos de la atención, estimando para el período 2011-2025 pérdidas económicas acumuladas debido a las ENT en un promedio de \$ 7 billones de dólares (28, 34); los costos familiares, por otra parte, están evidenciados en ansiedad y depresión de los cónyuges (35) al igual que de manera individual (13, 15, 20).

Cabe señalar que la RVM es un procedimiento más invasivo que el cateterismo cardíaco y es de menor elección aunque, según la literatura, es el mejor tratamiento de la cardiopatía isquémica. A pesar de ser esta la elección en la enfermedad

coronaria de tres vasos o tronco de la coronaria izquierda, no se resaltan los beneficios de la cirugía frente al dispositivo endocoronario conocido como *stent* (36). Por ello, el fenómeno de las vivencias de los sujetos que han sido sometidos a esta intervención quirúrgica ha sido menos abordado, existiendo un escaso conocimiento científico del mismo.

Por otra parte, la investigación predominante a nivel mundial y en Colombia, relacionada con el fenómeno de la RVM ha sido conducida desde una mirada predominante biomédica. Por ejemplo, en su estudio realizado en Bogotá, Moscoso resaltó que la presencia del dolor en los pacientes impedía la actividad física, la tos efectiva y el sueño, ocasionando altos niveles de ansiedad, preocupación y cansancio debido a la incertidumbre sobre el desarrollo de la enfermedad (37). Coelho y cols. (38), en el estudio realizado en Brasil, explicaron que los pacientes que salen de este tipo de eventos quirúrgicos afirman que el dolor es un aspecto que altera su vida y su comodidad, por lo que se exige al personal de salud a cargo la creación de estrategias para disminuir dicha sensación; aunque la primera opción sea la farmacológica, existen otras posibilidades que se pueden considerar y llevar desde una perspectiva multidisciplinar para el manejo eficaz de la recuperación y el dolor en postoperatorio. Asimismo, se destaca la importancia de crear o planificar cuidados específicos, teniendo en cuenta todas las esferas de las que se compone el ser humano para aliviar dicho malestar.

Los anteriores investigadores evidenciaron que se han dejado a un lado los aspectos psicosociales, emocionales y familiares de los individuos sometidos a RVM, de manera particular en el periodo postoperatorio tardío (39). Por lo anterior, los resultados del presente estudio constituyeron una invaluable herramienta para acercarse en primera persona, es decir, a las voces de hombres y mujeres opitas que han vivido la dura y compleja experiencia del postoperatorio tardío de una RVM.

Así pues, en la literatura referente al postoperatorio inmediato de RVM se encontraron estudios encaminados en generar propuestas de cuidados en

enfermería, valorando aspectos generales y específicos como el dolor (11, 37, 39). Según las piezas investigativas en el postoperatorio tardío, se hallaron estudios enfocados en valorar la calidad de vida de los pacientes revascularizados (17, 21, 22). Esto corrobora la importancia de seguir estudiando esta población en las diferentes etapas y variaciones de dimensiones, en tanto que unos aspectos han sido estudiados sin que otros se hayan abordado.

Es de mencionar que la etapa de postoperatorio tardío es el último paso de la trayectoria de la RVM y es un momento clave para la recuperación y rehabilitación de los sujetos, para volver de una forma funcional a la cotidianidad de la vida. Por esto, involucra no solo aspectos biomédicos sino que se convierte en un proceso complejo donde intervienen aspectos sociales, económicos, familiares; en este proceso, los profesionales de enfermería son esenciales por la posibilidad que ofrecen un cuidado integral y holístico (40). Así mismo, Tailor y Bogdan citados por Krause (41) exigieron considerar:

Al escenario y a las personas a investigar en forma holística" (no reducir las personas y los fenómenos estudiado a variables, sino considerarlos como un todo) y tratar de "comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

De igual forma, desde la práctica y en el diario interactuar con los pacientes se observa el impacto de la RVM reflejado en el aumento de incapacidades laborales temporales y permanentes, afectando la vida personal y social. Lo anterior fue fuente de preocupación por la disminución de los ingresos al hogar y mucho más si es cabeza de hogar; por otro lado, la prontitud de una jubilación por incapacidades permanentes implica no solo la afección económica, sino también un impacto socialmente negativo debido a la baja en los aportes de conocimiento y experiencia en las diferentes labores que ejercen.

Así mismo, en el ámbito familiar, dichas situaciones y el alta hospitalaria, muchas veces ocasiona ansiedad, puesto que encierra dudas tanto en el paciente como en su familia (4), además de la preocupación por la posibilidad de perder a un ser

querido. Una mirada de este proceso como un todo complejo permitirá, con el apoyo y las intervenciones de enfermería, la disminución de la deserción de la rehabilitación y el aumento de la adherencia a esta; así como la prevención de complicaciones y reingresos a las hospitalizaciones a partir de cuidados individualizados según la situación particular de cada paciente, teniendo en cuenta todas las dimensiones biopsicosociales desde una visión unitaria y transformadora.

Por lo anterior, para las entidades de salud ha sido importante generar programas multidisciplinarios que acompañen y orienten a los sujetos en esta última etapa; a su vez, el creciente costo de la asistencia sanitaria y la importancia del seguimiento de la atención a largo plazo después de la cirugía cardíaca ha influenciado en los sistemas de salud internacional, para proporcionar servicios de salud con un menor costo en gastos y una mayor accesibilidad para los pacientes (23). Sin embargo, esto no es una realidad en las instituciones de salud colombiana y en especial, en el departamento del Huila, donde los programas de rehabilitación cardíaca cuentan solo con médicos y fisioterapeutas físicas, siendo excluidos de este proceso los profesionales de enfermería.

2.2.2 **Significancia disciplinar**

Enfermería, según Newman “es la experiencia del cuidado de la salud humana” y, para Leininger, “el cuidado es la característica central dominante y unificadora de Enfermería”. El énfasis colectivo de la disciplina se hace en una presencia de cuidado que produce transformación tanto para el paciente como para la enfermera, al revelar una nueva visión y un entendimiento de la experiencia de salud humana; además, desde la perspectiva unitaria, la enfermera toca lo que es significativo para el paciente y abre el camino a las acciones importantes. (42)

Cada ser humano tiene su mundo y por ende, su entorno, el cual influye positiva o negativamente en su proceso de salud-enfermedad. Por ello, el hecho de comprender el sentir de pacientes con RVM permite a “la enfermería actuar en el

sentido de ofrecer y ejercer un cuidado personalizado, creativo, comprensivo, contemplando la totalidad y complejidad del ser humano” (43). Así mismo, es necesario para Enfermería continuar abonando un cuerpo de conocimientos científicamente comprobados, para fortalecer la práctica profesional y la disciplina. Por otro lado, siendo el cuidado de enfermería un proceso de interacción continua y no esporádico o puntual, “con aspectos invisibles, donde la cercanía a la experiencia subjetiva del paciente es necesaria y proporciona la base para una relación eficaz entre el profesional de enfermería y el paciente” (45); se requiere del conocimiento subjetivo, “esto es, del conocimiento que se revela por los métodos de investigación cualitativos” (45). Esto vislumbra la necesidad de tomar las experiencias y vivencias de los sujetos durante el proceso de la enfermedad que permitan generar herramientas para cualificar aún más el cuidado individualizado que se brinda a esta población particular, tomando en cuenta las necesidades sentidas enfocadas de estos individuos que trasciendan lo biológico y biomédico.

Ahora bien, desde la postura de la Enfermería como disciplina y profesión, acercarse a las experiencias de las personas durante el postoperatorio tardío le va a permitir comprender cómo viven, experimentan y atribuyen significados después de una mirada particular este fenómeno; también, comprender el sentido que este tiene para ellos y los sentimientos que les genera. Muchos son los conflictos que se pueden presentar en la lucha por la vida: la incertidumbre, la angustia, el miedo; es en dichos conflictos que “se establece una búsqueda existencial de significado y del valor que puede ser intenso” (46).

Así pues, en el abordaje de fenómenos del cuidado de la salud por Enfermería deben asumirse unos complejos propios del saber y el quehacer disciplinar, que implican darle peso a la intersubjetividad que se establece en la relación enfermera(o)-sujetos de cuidado. Entonces, como afirmaron Gomes y cols. (47), esto implica que más allá de asumir el cuidado de la salud humana como un evento puramente biológico y médico, se debe intentar entender el significado de la

experiencia de los seres humanos. Por lo que se hace necesario sumergirse en la subjetividad y la esencia del ser humano que se cuida, sin olvidar la objetividad impregnada en él. La Fenomenología aparece como una importante contribución al pensamiento enfermero para la comprensión del escenario en el que se encuentra inmerso el quehacer disciplinar.

De ese modo, en un mundo medicalizado, además de la necesidad de rescatar la otra mirada, la del sujeto que vive y experimenta las dolencias y padecimientos, es imprescindible tener en cuenta al sujeto que padece más allá de lo biológico y lo fisiológico. Es justamente explorar cómo vive la enfermedad y cómo esto influye en el proceso. Al buscar la conciencia y los significados a través de la investigación enfermera, las necesidades y potencialidades de los individuos se dan a conocer mejor y se abren vías importantes para la realización de cambios en los procesos de cuidado enfermeros, que permitan construir un conocimiento comprensivo sobre estos fenómenos particulares (48).

2.2.3 Significancia teórica

Desde el punto teórico, la RVM es el mejor tratamiento de la cardiopatía isquémica (36). En la actualidad es una opción quirúrgica para contribuir en mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta patología. Después de la cirugía, el paciente debe pasar por un proceso de rehabilitación, el cual es dinámico, orientado para la salud y capaz de auxiliarlo a alcanzar el mayor nivel posible de su funcionamiento físico, mental, espiritual y emocional (4). Pero a la vez, no se desconoce que este es un proceso difícil y que genera miedo, interrogantes, dudas e incertidumbres presentadas por los pacientes acerca de la educación alimentación, práctica de ejercicios físicos, retorno al trabajo, práctica de actividades diarias, dificultades con las incisiones quirúrgicas, práctica de la actividad sexual, consumo de bebida alcohólica y uso de medicaciones, lo cual permite “percibir que este procedimiento tiene importante impacto en el proceso de vivir del paciente cardíaco” (13).

Actualmente, uno de los mayores desafíos para el personal de salud y en especial para los profesionales de enfermería es conocer las experiencias, el modo de vivir, “y adolecer del ser que pasó por una RVM, buscando comprender los significados de las experiencias vividas por los sujetos y aportar al cuidado” (13). Por ello, conocer estos significados permitirán ver el problema de una manera cercana con los lentes propios de la perspectiva unitaria, comprendiendo los sujetos de estudios como un todo, los cuales gracias a sus voces llevarán a conocer diferentes dimensiones afectadas, muchas de ellas posiblemente aún no han sido abordadas por no ser escuchadas.

Además, sus resultados pueden ser de utilidad a futuro en la construcción de nuevas teorías disciplinares y de mediano rango que aborden el fenómeno de los pacientes revascularizados, lo cual es una deuda para la disciplina por el peso que tiene este padecimiento en la sociedad. Por otra parte, servirán para continuar creciendo en la construcción de conocimiento científico en un fenómeno, el cual es un problema propio de la disciplina.

No es casualidad que en este trabajo se decida utilizar la Fenomenología para el abordaje del fenómeno de estudio, se debe a que esta ha sido utilizada ampliamente por las enfermeras para la incorporación de fenómenos propios de la disciplina dado el peso de la intersubjetividad que se establece en la relación enfermera y sujeto durante el acto de cuidado; como aseguraron Gomes y cols. (47) al intentar la investigación, la enfermera entiende el significado de la experiencia de los seres humanos. En la Fenomenología se ha encontrado una importante contribución al pensamiento enfermero para la comprensión de la realidad del día a día en que se encuentra inmerso el quehacer disciplinar; lo cual posteriormente llevará a generar teorías de mediano rango que permitan individualizar los cuidados a esta población, y nuevas estrategias que van en la vanguardia de desarrollo tecnológico que permiten modernizar el cuidado sin perder la esencia del ser humano. En este sentido, se podría validar en el contexto

regional y nacional teorías ya existentes que son de comprobada utilidad en fenómenos similares.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

Comprender los significados que le atribuyen los pacientes a la experiencia vivida de la revascularización miocárdica en el postoperatorio tardío, atendidos durante el 2017 y 2018 en la Clínica Mediláser en la ciudad de Neiva (Huila).

3 Marco conceptual

En este aparte se presentan los diferentes conceptos de esta investigación, a partir de la evidencia fundada en piezas documentales e investigativas.

3.1 RVM y sus repercusiones

El procedimiento quirúrgico de revascularización miocárdica tiene diversas repercusiones en el estado físico y psicológico del paciente. En primer lugar, puede prolongar la vida del paciente en una media de 6.5 años, mejorando la calidad de vida y garantizando mayor supervivencia en personas en estados crónicos y agudos, reduciendo así la morbilidad (52).

De acuerdo con ello, en un estudio realizado por De Melo y cols. (24) en Brasil se describieron los diferentes sentimientos que experimentaron los pacientes revascularizados en su periodo postoperatorio, mientras aún se encontraban hospitalizados (repercusiones emocionales del procedimiento quirúrgico); entre ellos se encuentra la espiritualidad, los sentimientos de miedo a la anestesia, a la muerte, a los riesgos, a estar lejos de su familia, sentimientos de tristeza y desesperación.

De igual modo, tanto en el hospital como en el hogar, según las interacciones establecidas, los miembros de la familia deben ser capaces de proporcionar apoyo emocional y físico para la locomoción, alimentación y control del dolor. A pesar de todos los aspectos negativos que genera la RVM, los pacientes también pueden sentir felicidad y dar un mayor valor a sus vidas, pues logran ver cómo pueden escapar del infarto y del procedimiento quirúrgico, dado que el miedo a ser

dependientes de otras personas es uno de los factores que más preocupación genera a los pacientes (24). Además, esta situación provoca en los pacientes un cambio en su estilo de vida, pues la práctica de ejercicio físico y los ajustes en la dieta son factores preponderantes para la recuperación de la calidad de vida. No obstante, muchos pacientes informaron que “los viejos hábitos son difíciles de romper” (24), hecho que puede generar en ellos más estrés e incluso sobreexigencia o autocastigarse en su disciplina de mantenerse saludables, debido a que en su mayoría reconocen el procedimiento como una segunda oportunidad.

El aspecto físico también se ve influenciado en este proceso, principalmente para las mujeres, quienes en algunos casos modifican su forma de vestir para ocultar las heridas quirúrgicas, en tanto que algunas pueden avergonzarse y sentir baja autoestima al ver su cuerpo con cicatrices de gran tamaño (24). Junto a esto, la cirugía de revascularización miocárdica implica muchos cambios e incertidumbre en relación con el futuro: “Posible incapacidad para el trabajo, teniendo que retirarse y reducir el ingreso de la familia, entre otros” (24); factor que genera gran estrés, principalmente para aquellos que se encuentran en edad laboral, en la medida en que no quieren que la situación económica de ellos ni de sus familias se vea afectada. Esto puede ser un motivo protector al animarlos a recuperarse rápidamente y a mantener un mejor estilo de vida, como también puede ser motivo de ansiedad o incluso, de depresión. Estas sensaciones activan una respuesta fisiológicamente inflamatoria que hará al paciente susceptible de infecciones y demora en su proceso de recuperación. Por lo tanto, en este escenario, los profesionales de Enfermería tienen una gran importancia, debido a que desde la asesoría pre y postquirúrgica pueden sugerir posibles caminos a tomar para resolver los problemas derivados de la operación.

De esta manera, durante el tratamiento de pacientes hospitalizados y después de su egreso, los retos personales son un punto de gran relevancia para el proceso de recuperación. El paciente tiene que superar el miedo a la cirugía y a la muerte, la espera para la operación, la gestión del dolor, la presencia de drenajes y el tubo oro-traqueal. “En el período postoperatorio, el acceso a la medicación y las

cicatrices, así como contar con el apoyo de la religiosidad y la presencia de la familia y de los profesionales de la salud” (24).

Por ende, son múltiples los cambios que experimenta el paciente en el periodo pre, intra y postoperatorio. La muerte es el riesgo más inminente ante el procedimiento quirúrgico, el cual depende de otros factores como la edad, comorbilidades, junto con los demás determinantes de la salud como apoyo social y familiar; los que en definitiva pueden influir positiva o negativamente sobre el paciente. Dentro de las repercusiones fisiológicas también se encuentran una isquemia recurrente, arritmias auriculoventriculares, inestabilidad hemodinámica, infecciones, trastornos cognitivos pasajeros y sangrado excesivo (3).

3.2 Postoperatorio

“La cirugía cardiovascular (CCV) es una especialidad de la medicina que se ocupa de los trastornos y enfermedades del sistema cardiocirculatorio que requieren una terapéutica quirúrgica” (2).

Por tratarse de un componente quirúrgico con procedimientos mayores implica cuidados posteriores acompañados de una vigilancia estricta denominado postoperatorio; según Bustamante (49), este es el periodo transcurrido después de una intervención quirúrgica hasta el alta del paciente, y se divide de esta manera:

- a) Inmediato. Es aquel que se encuentra entre las 12 y 72 horas posteriores al acto quirúrgico o realizado la extubación. En este periodo se debe verificar el traslado del paciente a la unidad que corresponda en función del estado general del mismo. De igual manera, se establecerá la posición de reposo del paciente hasta que recobre la conciencia, evitando colocar el decúbito dorsal por riesgo de bronco-aspiraciones. La posición también dependerá del tipo de cirugía realizada y del área anatómica intervenida.

El profesional a cargo debe instaurar las medidas inmediatas de manejo medicamentoso, de control de signos vitales o de alteraciones hidroelectrolíticas, controlando en forma estricta las alteraciones de la conciencia, presencia de hemorragias o cambios en la ventilación. En caso necesario se realizarán pruebas de laboratorio y de gabinete de control.

b) **Mediato.** Se denomina así al tiempo en el cual el paciente se ha recuperado de los efectos de la anestesia, y en el que los niveles de conciencia permiten que el profesional responsable emita órdenes que sean comprensibles al paciente. En esta etapa, se deben realizar las curaciones requeridas en la herida operatoria, controlando signos de infección local o sistémica, así como complicaciones esperables resultantes del acto quirúrgico.

c) **Tardío.** Es el momento en el cual el paciente se retira del hospital a su domicilio y realiza controles en forma externa hasta el retiro de los puntos, suspensión de los medicamentos y/o proceso de rehabilitación concluido. El tiempo esperable de este periodo es de hasta uno o dos meses.

Del mismo modo, en este momento los pacientes reactivan el contacto con sus familiares y es de gran importancia la intervención educativa para los pacientes y sus familiares (50), mediante la cual puedan “conocer los cuidados a seguir, la pauta analgésica, el tipo de alimentación, los límites a la actividad física y los signos de alarma de posibles complicaciones” (51).

3.3 Paciente en revascularización miocárdica

Según Ariza, en su artículo titulado “Cuidados de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica”, el término paciente se define en POP RVM: “Como un ser abierto, que se integra consigo mismo, con los otros seres humanos y con el ambiente que lo rodea, es decir, con el mundo que encierra el servicio de hospitalización en el que se halla” (11).

Continuó Ariza afirmando que es una persona que requiere ser vista de manera integral, desde su subjetividad y objetividad, dado que no solo ha tenido cambios fisiológicos propios del infarto, sino también en sus sentimientos, emociones y preocupaciones de su futuro, de su vida personal y laboral; es un ser humano, en suma, que encierra varias vivencias en el ambiente que lo rodea y en su experiencia de haber estado en riesgo de perder su vida durante horas anteriores (11).

Por lo tanto, para el presente estudio se toman las consideraciones emitidas por Ariza (11), reconociendo al paciente revascularizado como un ser humano abierto dispuesto a interactuar con el entorno que lo rodea y que requiere ser atendido de manera integral, teniendo en cuenta sus necesidades tanto físicas como emocionales.

Así, siendo un ser humano integral, requiere de un proceso de comunicación ético que parta de unos principios sólidos y humanos, como lo expresó la Sociedad Europea de Cardiología en su Guía de práctica clínica, donde sus autores explicaron que la información para el paciente se basa en los cuatro principios de la ética médica: autonomía, beneficio, no maleficencia y justicia; puesto que todos los factores relacionados con el paciente tienen un impacto en el proceso de su tratamiento y recuperación. Por este motivo, elementos como el consentimiento informado se basan en la transparencia, la comunicación asertiva, la comprensión y la confianza. Los pacientes pueden tener una comprensión limitada de la enfermedad y en algunas ocasiones, expectativas infundadas en lo que se refiere a los resultados de la intervención propuesta, pues los pacientes solo pueden sospechar dicha información a partir de sus valores personales y su bagaje cultural (3).

De este modo, el paciente en revascularización miocárdica es una persona que debe estar dispuesta a seguir con constancia un tratamiento y adoptar medidas para modificar el estilo de vida y otras estrategias de prevención secundaria; teniendo en su pensamiento una iniciativa de transformación.

3.4 Rehabilitación cardíaca relacionada con el postoperatorio tardío de RVM

De acuerdo con la OMS citado por López-Jiménez (53), la RCV es “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad”.

Por otra parte, sus objetivos son los siguientes:

Asistir a aquellos pacientes con ECV y pacientes de alto riesgo a desarrollar enfermedad coronaria. Rehabilitar al paciente en forma integral; tanto en su aspecto físico, psíquico, social, vocacional y espiritual. Educar a los pacientes para que puedan mantener hábitos saludables y adherencia a estos cambios de estilo de vida y al tratamiento farmacológico. Reducir la incapacidad y promover un cambio en el estilo de vida con un rol pro activo del paciente en su salud. Mejorar la calidad de vida. Prevenir eventos cardiovasculares. Adecuado control de factores de riesgo. (53)

Es de resaltar que la rehabilitación cardíaca relacionada con el postoperatorio tardío de RVM tiene cuatro fases. En la fase 1, durante la hospitalización, se tiene la oportunidad de ver al paciente en alta receptividad. En la mayoría de los casos las personas son muy vulnerables y están abiertas a nuevas propuestas para el cambio de estilo de vida. Además de los ejercicios para la movilización precoz se requiere de un proceso educativo, donde se brinde información sobre la enfermedad y sobre la importancia de controlar los factores de riesgo (53).

En la fase 2, el paciente necesita cuidados de forma individualizada puesto que es el inicio de las actividades físicas formales.

La duración de la fase 2 es variable y depende de cada paciente, aunque, en promedio, vaya de 1 a 3 meses. Aquí los ejercicios se inician con baja

intensidad y bajo impacto, en las primeras semanas para prevenir las lesiones músculo-esqueléticas.

[...] Las fases 3 y 4 tienen una duración indefinida. La diferencia entre ambas está principalmente en el hecho de que la fase 4 se logra con control a distancia, también conocida como rehabilitación sin supervisión o comunitaria en donde los ejercicios ya son parte de la vida cotidiana. La prescripción debe actualizarse periódicamente para adaptarse al perfil y comorbilidades de cada paciente. Se sugiere, para iniciar la tercera fase, una reevaluación que se puede repetir a los seis meses. (53)

3.5 Significado de la experiencia

La significancia está relacionada con el valor que cada persona da a un objeto, persona, situación o experiencia, de modo que el contacto con alguno de estos se generan en el sujeto diversas sensaciones que pueden ser positivas o negativas y a su vez, estas pueden condicionar una acción del sujeto, relacionada con lo que representó dicha experiencia.

En materia del proceso salud – enfermedad, los significados otorgados a las experiencias son resultado de cambios que acontecen y que pueden reflejarse en la participación de dicho proceso. Así, estos significados están determinados por el tipo de experiencia vivida por los pacientes. Al respecto, el investigador Beltrán-Salazar argumentó que el significado que dan las personas a cada una de las experiencias de enfermedad es único y propio, pues en este influyen múltiples elementos que atribuyen significados a las experiencias. Algunos de estos factores pueden ser personales, familiares, sociales, culturales y religiosos (54).

Por tanto, desde un ámbito personal, entre los factores que influyen en la asignación de significados se encuentran el nivel de afectación de la enfermedad en el organismo, las limitaciones físicas y cognitivas, y las áreas del cuerpo afectadas. También, la intensidad, la regularidad, el efecto de los síntomas de la

enfermedad en la vida cotidiana de las personas, los tratamientos y procedimientos terapéuticos que se realizan para restaurar el bienestar y las formas personales de afrontar las situaciones difíciles. Los factores familiares que también podrían influir para la asignación de significados a la experiencia de la enfermedad por parte del paciente incluyen la percepción de los síntomas por las personas que lo rodean, como padres, esposos, hijos y amigos; el impacto de la enfermedad en la dinámica familiar, y la participación y el apoyo de la familia en el tratamiento y la recuperación (54).

Entonces, se puede decir que son diversos los elementos que repercuten ampliamente sobre la significancia que asignan las personas a sus experiencias de afectación de la salud, más aún cuando se trata de un compromiso hemodinámico serio, como es en el caso de la RVM, reconocida por los clínicos y personas del común como una cirugía mayor, de forma que la afectación al corazón representa una experiencia cercana con el fin de la vida, como lo expresan muchos pacientes. Es aquí donde la Enfermería debe trascender en su manera de brindar el cuidado, hacia una experiencia que signifique esperanza, tranquilidad, oportunidad y compromiso en el paciente.

4 Marco de diseño

En este apartado se presenta el diseño de estudio seleccionado para comprender el significado de la experiencia de los pacientes revascularizados en postoperatorio tardío, con el propósito de construir un conocimiento teórico como base para la práctica de la Enfermería. Se expone el tipo de estudio, la población y la muestra, los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, el instrumento y la técnica para la recolección de la información, el marco de análisis, los criterios de rigor metodológico; y se disponen las consideraciones éticas del estudio.

4.1 Enfoque y tipo de estudio

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, utilizando como metodología la fenomenología interpretativa. El enfoque cualitativo de la investigación, según Bonilla-Castro y Rodríguez (55), se basa en “el interés por captar la realidad social “a través de los ojos” de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto”. Además, no parte de supuestos derivados teóricamente, sino que busca conceptualizar la realidad con base en el comportamiento de las personas estudiadas, explorando sistemáticamente los conocimientos y valores que comparten los individuos en un determinado contexto espacial y temporal. De Souza agregó:

[Que] la investigación cualitativa requiere como actitudes fundamentales la abertura, la flexibilidad, la capacidad de observación y de la interacción con el grupo de investigadores y con los actores sociales envueltos. Sus instrumentos acostumbran a ser fácilmente corregidos y readaptados durante el proceso del trabajo de campo, acercándose a las finalidades de la investigación. (56)

Por otro lado, la Fenomenología, según Barbera e Inicarte citado por Contreras y Castillo (57):

“Se entiende como la ciencia que versa sobre cómo revelar y hacer visibles las realidades a través de la experiencia subjetiva en busca de las razones y no las causas de los hechos”, para alcanzar el conocimiento, fundamentándose en la experiencia vivida y regresando a las cosas mismas para mirarlas tal como ellas se manifiestan.

Por su parte, Terral y cols. citado por Pavan (58) resaltaron que para Husserl “la fenomenología se fundamenta en la experiencia vivida, posibilitando la mirada de las cosas tal como ellas se manifiestan; describiendo el fenómeno sin explicarlo, sin analizarlo y no importando la búsqueda de relaciones causales”.

A su vez, Wojnar y Swanson (59) plantearon:

[Que] el objetivo de la investigación fenomenológica consiste en identificar los significados de los participantes a partir de la combinación de tres elementos: comprensión del investigador acerca del fenómeno; la información generada por el participante y los datos obtenidos de otras fuentes pertinentes.

Por ello, una de las características importantes fue la creencia de que el significado de las experiencias vividas puede ser aclarado solo a través de las transacciones uno a uno entre el investigador y los objetos de investigación. Estas transacciones deben involucrar escucha atenta, interacción y observación para crear una representación de la realidad más sofisticada que la de previos entendimientos.

[Así pues], el foco de la investigación fenomenológica son las experiencias de la persona en relación con un fenómeno. En este sentido, los expertos en esta tradición investigativa asumen que las experiencias dan sentido a la percepción de cada persona sobre un fenómeno particular; siendo su objetivo la descripción total de la experiencia y de las percepciones que ella expresa. Lo anterior propone la representación de la estructura total de la experiencia vivida, incluyendo el significado que estas experiencias tienen para los individuos que en ellas participan, preocupándose de la comprensión y no de la explicación. (46)

Ahora, dentro del enfoque cualitativo se asumió la fenomenología hermenéutica que según Castillo (60), como método investigativo se basa en la filosofía ontológica de Heidegger y como tal, está interesada en entender los fenómenos en sus propios términos. Para lograr esto, se deben descubrir y entender los significados, hábitos y prácticas del ser humano. Se fundamenta en los siguientes supuestos filosóficos sobre la persona o el ser humano: los seres humanos tienen mundo, la persona entendida como un ser para quien las cosas tienen significado y es un ser autointerpretativo, el ser humano como corporalidad y temporalidad.

Por otra parte, el objetivo fue comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas y articular similitudes y las diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias, con el fin de desarrollar un entendimiento e interpretación del ser humano y ello exige escuchar voces, sus historias y experiencias (60).

Este diseño metodológico implica la articulación de cuatro momentos: a) aplicar la epojé, b) un momento descriptivo en el que se analiza la intencionalidad y el —ser en el mundo—, c) la reducción, que se interpreta como el paso del momento descriptivo de la estructura fenoménica para lograr establecer patrones —la esencia— y d) la constitución que son los pasos objetivantes que se dan para construir el conocimiento”. (61)

- a) Aplicar la epojé: en sentido estricto hacer epojé implica poner entre paréntesis el saber natural (sentido común, los prejuicios cotidianos) y el saber naturalista (la actitud de la ciencia positiva frente al fenómeno en cuestión). Heidegger plantea poner entre paréntesis la existencia del fenómeno a estudiar haciéndolo de una manera reflexiva e interpretativa, “aspecto que es necesario para la reducción y que conduce a una visión de la esencia”. (62)

- b) Intencionalidad:

Es la descripción de las vivencias de los informantes a partir de la analítica existencial de Heidegger. Se explica a partir de la disposición afectiva, comprensión, interpretación y lenguaje.

Noesis es el acto reflexivo que vuelve sobre el noema, es el acto de pensar, el análisis intencional desde la vivencia, la descripción y el origen desde cómo se va presentando la vivencia. [...] Comprender cómo viven el fenómeno en sí, a partir de lo que nos comunican, el interpretar el fenómeno. Se presenta como un análisis descriptivo de las vivencias. Es decir, es la descripción de las vivencias en torno al tema o el fenómeno en sí.

Noema: es el objeto pensado, [...] es construir lo que es común en los sujetos participantes, los aspectos generalizables, lo pensado, es poder llegar a encontrar la unidad de significado de las vivencias en torno al fenómeno en sí [...].

- c) Reducción: es el paso del plano descriptivo a la descripción de la estructura fenoménica, operación que permite acceder a lo constitutivo del fenómeno, opera en casos ejemplares, elementos que pueden explicar comportamientos y actitudes comunes. Este momento el fenómeno se fractura para poder volver a construirlo según las vivencias de los participantes [...]
- d) La constitución: en esta etapa se pretende dar cuenta de manera reflexiva del proceso de construcción del conocimiento, se explican las operaciones de síntesis, el cómo se hizo para dar cuenta de lo dado, lo dable, la unidad de significado; es decir, el cómo se sintetizó la estructura. En conclusión, el investigador da cuenta como realizó la síntesis para generar la comprensión de la vivencia del fenómeno. (61)

4.2 Población de estudio

Según las estadísticas internas de la clínica Mediláser dadas por el departamento de epidemiología, en el año 2016 se realizaron 119 cirugías de RVM (63). Para el presente estudio se invitó a participar a hombres y mujeres que se encontraron en postoperatorio tardío con aproximadamente cuatro meses después del alta hospitalaria de la cirugía de RVM, los cuales fueron atendidos en la Clínica Mediláser durante los años 2017 y 2018 en la ciudad de Neiva.

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- Su residencia fue en la ciudad de Neiva.
- Fueron intervenidos quirúrgicamente de RVM
- Estaban en su postoperatorio mayor a cuatro meses después del alta de la cirugía.

- Criterios de exclusión

Hombres y mujeres que hayan sido intervenidos quirúrgicamente de RVM y presenten dificultad para comunicarse.

(Nota aclaratoria: esta dificultad de comunicación es posible por complicaciones postoperatorias como accidentes cerebrovasculares, secuelas de hipoxia cerebral por reanimación, lo cual implica un problema para comunicarse con la entrevistadora).

4.3 Tipo y estrategia de muestreo

Se utilizó muestreo teórico, el cual se inició con informantes voluntarios y se completó con nuevos participantes en un proceso en avalancha, con el tiempo. En la investigación cualitativa, este es un muestreo intencionado, independientemente

de cuántos participantes iniciales se seleccionen, el investigador suele esforzarse deliberadamente por hacerlo con base en las necesidades de información detectadas en los primeros resultados (64).

Para definir el tamaño de la muestra se tomó en cuenta el criterio de saturación de la información (64). Este define el tamaño de la muestra por la cantidad y la calidad de la información que brindan los participantes. Es decir, se seleccionaron hasta el punto en que ya no se obtuvo nueva información que permita ampliar o profundizar en el fenómeno de estudio, y esta comenzó a ser redundante. Cuando en el análisis de los datos, que se desarrolló paralelamente con la recolección de la información, no se adicionaron aspectos o hallazgos que aportaron evidencias adicionales, se consideró que se alcanzó la saturación de la información.

4.4 Procedimiento para la recolección de información

Posterior a la aprobación dada por el Comité de Ética de la Universidad Nacional y el Comité de Ética de la Clínica Mediláser se realizó búsqueda de los participantes por medio de la base de datos de las cirugías realizadas, se escogieron las personas que llevaran más de cuatro meses de haber egresado de su hospitalización. Se realizó contacto telefónicamente para la invitación a participar y se acordó el lugar de encuentro; la mayoría prefirió el domicilio, solo dos prefirieron que fuera en la clínica. Antes de iniciar las entrevistas se explicó de manera clara el objetivo y el alcance del estudio, y se obtuvo de manera escrita el consentimiento para realizar la entrevista.

4.5 Instrumento de recolección de la información

La investigadora utilizó como instrumento de recolección de la información la entrevista a profundidad según Krause (41). En la entrevista cualitativa, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema. La entrevista a profundidad se fundamenta en

una guía general de contenido y el entrevistador tiene toda la flexibilidad para manejarla (el ritmo, la estructura y el contenido) (65).

- Se realizaron llamadas telefónicas a los participantes, explicando el objetivo y pidiendo la autorización para realizar la entrevista, se acordó con ellos el sitio para realizarla, la mayoría prefirió que fuera en el domicilio, solo dos individuos prefirieron que se realizará en la clínica Mediláser; con lo anterior se favoreció un ambiente tranquilo y de privacidad durante los relatos para que el paciente expresara libre y tranquilamente su experiencia. La entrevista fue realizada por la investigadora.
- Cada entrevista, al ser a profundidad, tuvo una duración que osciló entre los 60 y 90 minutos. Durante el primer encuentro, la introducción previo al abordaje del tema del estudio, explicación del objetivo del estudio y firma de consentimiento escrito, se procedió a realizar la entrevista; primero se estableció una relación de empatía, conversando con los individuos acerca de sus características personales, familiares, sus condiciones de vida, datos sociodemográficos, los cuales se relacionan en la Tabla (4-1) de aspectos sociodemográficos; se omitieron nombres, dirección, teléfono, asegurando total anonimato en los resultados.
- Luego se continuó la entrevista guiada por preguntas orientadoras, se empezó a profundizar sobre el fenómeno de estudio, partiendo de las preguntas orientadoras:
- ¿Cómo ha sido su experiencia en el postoperatorio tardío (después que le dieron de alta del hospital)?
 - Por favor, cuéntame ¿cómo ha sido su experiencia después que le realizaron la RVM?
 - Por favor, ¿me podría decir qué sentimientos se generaron durante esta experiencia?

- Por favor, hábleme de los factores que influyeron en la superación de esta experiencia.
 - ¿Qué cree que se puede mejorar para ayudarlo a vivir la experiencia de la RVM?
- Finalmente, se culminó preguntando si había algo más para agregar, en medio de un ambiente de cordialidad, confianza y agradecimiento por la participación.
- Todas las entrevistas se grabaron en audio con una grabadora y se transcribieron en su totalidad dentro de las 24 horas siguientes. Fueron codificadas para proteger el anonimato de los participantes y almacenadas en archivo bajo custodia de la siguiente manera P: informante, E: entrevista, y numero de la cita.
- Estas fueron transcritas fielmente en Word por la investigadora, íntegramente para su análisis y a partir de la información obtenida, se preparó una nueva entrevista hasta alcanzar la saturación de la información en cada participante. Una vez saturada la información ofrecida por cada participante, se pasó a entrevistar a la siguiente. La segunda entrevista se previó para profundizar y aclarar acerca de los temas tratados en la primera entrevista.
- Cada participante fue entrevistado hasta en dos ocasiones para que pudiera narrar abiertamente y sin limitantes sus vivencias con respecto al fenómeno de estudio. Se llevó un diario de campo o notas de campo para cada uno de los participantes, registrando gesticulaciones, movimientos corporales, la entonación de cada una de las expresiones que el participante logró exteriorizar o referir en las entrevistas. Además, cada entrevista ayudó a profundizar y aclarar todos los temas tratados. Es de resaltar que durante la realización de la investigación existieron dos participantes que el recordar momentos les emanó llanto, se suspendió la entrevista y se le brindó la opción de acompañarlo al

servicio de psicología de la Clínica Mediláser para el manejo correspondiente, pero los usuarios se negaron y decidieron continuar con la entrevista.

- Posterior a haber completado las entrevistas, se realizó una socialización de los resultados en grupo junto con todos los participantes.
- Una vez concluido el estudio, los audios y las transcripciones se guardarán por dos años y luego serán destruidos.

4.5.1 Prueba piloto

La prueba piloto se realizó con un participante seleccionado con todos los criterios de inclusión, se contactó telefónicamente se acordó día de la entrevista, se analizó junto con la tutora minuciosamente la entrevista, con él se ajustó el proceso de recolección y análisis de la información, y como parte del ajuste de la investigadora como entrevistadora, tratando de corregir errores para realizar la recolección de la información sin sesgos.

4.5.2 Plan de análisis de la información

El análisis de la información se llevó a cabo siguiendo la propuesta de la Fenomenología hermenéutica de Heidegger, Diekelman, Allen y Tanner citados por Wojnar y Swanson (59), quienes desarrollaron un proceso para analizar todo texto narrativo basado en siete pasos:

1. “Leer las entrevistas para obtener un entendimiento global.
2. Escribir resúmenes interpretativos y codificar temas emergentes.
3. Analizar todas las transcripciones como un grupo para identificar temas.
4. Volver al texto o a los participantes para aclarar desacuerdos en la interpretación y escribir un análisis combinado para cada texto.

5. Comparar y contrastar textos para identificar y describir prácticas compartidas y significados comunes.
6. Identificar patrones que vinculan los temas.
7. Generar respuestas y sugerencias sobre un borrador final hecho por el equipo interpretativo y por otros familiarizados con el contenido o los métodos de estudio.

De la misma forma, el análisis de la información se realizó de forma conjunta a la recolección de la información. Así, este proceso condujo al análisis y discusión continua entre la investigadora y la asesora de la tesis.

A continuación se detalla la forma en la que se realizó el análisis de la información obtenida, mediante el método basado en la propuesta hermenéutica de Diekelman, Allen y Tanner citados por Wojnar y Swanson (59). Con base en las herramientas heideggerianas de descontextualización y recontextualización.

1. Leer las entrevistas para obtener un entendimiento global: cada entrevista fue grabada por medio de una grabadora de voz y transcritas de manera manual por medio de un software para transcripción Express Scribe, dentro de las primeras 24 horas para evitar sesgos, se incluyeron aspectos paralingüísticos como entonaciones de exclamación o interrogación, se digitó en un archivo de Word, formato de texto para leer y releer; y así recopilar y organizar la información, junto con el diario de campo.

“El momento más difícil de mi vida que he pasado es este, porque pensé... (silencio), yo en una palabra pensé en morirme, pensé muchas veces en morirme y decía yo entre mí, pues que, si yo voy quedar, así como dormida la pierna y con esto, con esta memoria, no paga la vida, como que le pido a Dios más bien que se lo lleve, pero no”.

P8, E8, 8:56

El objetivo de la transcripción fue realizarla lo más fiel posible, sin caer en situaciones de corrección como se realiza en una conversación ordinaria, permitiendo expresar a cada participante su experiencia. El código operacional se realizó de la siguiente manera P8, E8, 8:56; lo cual permite identificarlo del resto del grupo total de entrevistas: (P), (E), cuya interpretación es:

- P: Participante
- E: Entrevista
- Número de la cita 8:56

1. **Escribir resúmenes interpretativos y codificar temas emergentes.** Cada entrevista de cada informante fue analizada teniendo en cuenta la pregunta de investigación y el objetivo trazado.

Luego de leer todas las entrevistas, se comenzaron a extraer todas las declaraciones o descripciones importantes para el estudio y posteriormente asignarles un código o nombre; como se muestra a continuación:

“...de pronto el único inconveniente que he tenido es que yo, la EPS, la terapeuta me activó un horario muy dispendioso porque me puso cita de 12 a 1 para las terapias y entonces yo me iba, por ejemplo, tenía alguna audiencia y alguna diligencia judicial me iba vestido para la diligencia y tenía que irme hacer primero ejercicios, entonces yo acudí más o menos un mes, entonces yo dije pero allá en la finca tengo una estática y tengo como se llama una elíptica y es lo mismo que vengo a hacer aquí, pues lo voy a hacer en la finca, aquí vine e hice unos días pero ya como que le da a uno pereza porque no alguien que le está diciendo ¡bueno tiene que hacer este tratamiento, tiene que hacer esto que le sirve! Yo me hacía el de la vista gorda y volví a sentir el cansancio, que me agitaba, por eso estuve por llamar al Dr., por ir allá decirle, como que estoy igual que antes”. (Comunicación personal)

Esta información se almacenó en una "unidad hermenéutica" a través del programa ATLAS TI, versión 7, donde se logró consolidar 677 citas o fragmentos significativo, a las cuales se les asignaron códigos descriptores o temas emergentes significativos que se relacionaban directamente con el fenómeno investigado.

2. Analizar todas las transcripciones como un grupo para identificar temas.

Simultáneamente, mientras se iba realizando la extracción de los temas emergentes se fueron estableciendo las posibles ramas de agrupación a las cuales pertenecían esos fragmentos. Se estableció para cada tema emergente un código o nombre de identificación, permitiendo la construcción de 56 significado comunes. Se realizó una lista con los respectivos fragmentos significativos de la siguiente manera:

CÓDIGOS [Depresión]

"...no dormía, no dormía, lloraba todo el tiempo, lloraba porque entré en depresión, entonces si alguien me decía algo me ponía a llorar". P1,E1,1:25

3. Volver al texto y/o a las participantes para aclarar desacuerdos en la interpretación y escribir un análisis combinado para cada texto.

Teniendo en cuenta la analogía de los fragmentos de significado y los posibles significado común halladas en las expresiones de las pacientes que se encontraban en postoperatorio tardío, se volvieron a leer, se analizaron en contexto y se asignó un nombre específico a cada una; estableciéndose de esta forma 26 y luego 13 significados comunes. Por ejemplo, se agruparon los posibles significados comunes. Depresión, tristeza, llanto, baja autoestima; lo que dio paso a un solo significado común: sentimientos.

Es de resaltar que la investigadora realizó una selección de tres participantes que se efectuó con aquellas que residían en la ciudad de Neiva; este encuentro se dio en el domicilio de los participantes, donde se mostraron los resultados de la información obtenida y los temas que emergieron durante el proceso del análisis, dichas participantes

manifestaron estar de acuerdo con los resultados y no agregaron otra información.

4. **Comparar y contrastar textos para identificar y describir prácticas comunes.** Con ayuda de las notas de campo se comenzaron a escribir las interpretaciones que iban surgiendo, tanto de los temas como los significados comunes que permitieran ir dando respuesta a la pregunta de investigación, los objetivos y la descripción del fenómeno:

Tabla 4-1. Interpretación de los fragmentos significativos o temas emergentes

| Código operacional | Fragmento significativo tema emergente | Significado comunes | Interpretación |
|--------------------|---|-------------------------|--|
| P3, E3, 3:26 | <i>“Una experiencia pues buena porque después de sentirse uno tan mala y salir y sentir uno la mejoría... que ya me podía estar acostada en la cama y no me afectó para nada la respiración, entonces eso trae muchos beneficios hacerse operar”.</i> | BENEFECIO PARA LA SALUD | La mayoría de participantes coincidían en que el hecho de hacerse operar trajo consigo bastantes beneficios especialmente para salud, ellos lo traducen como que después de eso su funcionalidad cambió, sus afecciones fueron disminuyendo y se encuentran más seguros para realizar sus actividades. |
| | <i>“La seguridad de que estoy alentado, no tengo nada, ese fue el cambio y en lo físico</i> | | |

| | | | |
|-------------------|---|--|--|
| P4,E4,4:57 | <i>me siento con más energías porque yo ya sé que tengo unos puentes, uno bypass que llaman, que ayudan a impulsar la sangre y no voy a tener problemas de un infarto. Esas cosas fueron muy positivas porque me siento como muy seguro”.</i> | | |
|-------------------|---|--|--|

Fuente: elaboración propia

- 5. Identificar patrones que vincula el tema.** Sus fragmentos significativos, estas fueron agrupadas en una red por similitudes en concordancia con las experiencias y de esta manera, se identificaron los respectivos temas. Como se muestra a continuación:

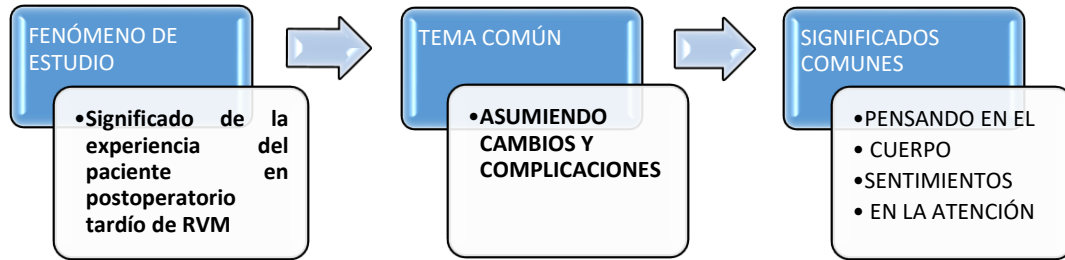


Figura 4-1. Red de tema y significados comunes del fenómeno de estudio

Fuente: elaboración propia

7. Generar respuestas y sugerencias sobre un borrador final hecho por el equipo. Se generó un documento donde se registraron los resultados obtenidos al reconocer la experiencia vivida por los pacientes en postoperatorio tardío de RVM, y donde se expresaron las experiencias y sentimientos que se produjeron tras vivir esta experiencia en la cual los participantes exteriorizaron sus sentimientos al observar los resultados, lo que permitió describir de la manera exacta la experiencia.

4.5.3 Criterios de rigor metodológico

Los criterios para determinar el rigor metodológico que se tuvo en cuenta son los propuestos por Lincoln y Guba, referidos por Vásquez y Castillo (66). Las acciones para velar por la calidad metodológica de la investigación en este estudio, teniendo en cuenta cada criterio, fueron las siguientes:

Credibilidad. Se refiere al modo en el que los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado. El criterio de credibilidad se alcanzó mediante la retroalimentación y confirmación de la información brindada al final del análisis de la información. Además, se aseguró mediante la definición del estudio y de su abordaje teórico, tomando en cuenta las experiencias de otros estudios en torno al fenómeno estudiado.

Asimismo, los resultados se compararon a la luz de otras experiencias investigativas, transcripciones textuales de las entrevistas y análisis de la información a medida que se recolectó, lo cual permitió la comparación permanente entre cada participante y con la entrevistadora misma. Entrevistas a cada participante todas las veces que sean necesarias. Presentación de los resultados a los participantes antes de su publicación. Con la información ofrecida por ellas se retroalimentaron los resultados antes de su socialización. Diario de campo para evitar que las creencias de la investigadora acerca del fenómeno se impongan sobre las interpretaciones de las participantes (66). Por su parte, auditabilidad. Se refiere a lo siguiente:

La habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. (66)

Entre tanto, para estructurar este criterio las participantes fueron seleccionados por los investigadores según los criterios de participación definidos y no por intermediarios. La selección progresiva de los participantes se hizo teniendo en cuenta los criterios de participación previamente definidos. La información se recolectó y analizó en un período de tiempo (8 meses). Se grabaron en audio todas las entrevistas que se realizaron. Se describió el contexto del estudio y las características de los participantes.

Transferibilidad o aplicabilidad. Este criterio hace referencia a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones similares. El objetivo es examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. Para esto, se tuvo en cuenta el cotejo de la información obtenida en el estudio con las investigaciones ya existentes sobre el fenómeno. Igualmente, se describió el contexto particular del

estudio, así como las características de las participantes. Para preservar la credibilidad de la información, el proceso de recolección, análisis e interpretación fue realizado por la investigadora y dirigido por la asesora, planteando una discusión permanente. Con esto se trató de evitar que las creencias y suposiciones de la investigadora acerca del fenómeno prevalecieran en la interpretación de la información brindada por las participantes.

4.6 Consideraciones éticas

Este estudio tuvo en cuenta la Ley 911 de 2004 o Código Deontológico del Ejercicio de la Profesión de Enfermería, Capítulo IV Art. 29, el cual reza que los procesos de investigación en que participe el Profesional de Enfermería deben salvaguardar la dignidad, la integralidad y los derechos de los seres humanos. Además, se aplicaron las disposiciones éticas y legales vigentes que la ley colombiana adopta, y las declaraciones de las organizaciones de enfermería nacionales e internacionales. Para ello se tuvieron presentes los criterios éticos planteados por el Ministerio de Salud en la Resolución 008430, de 4 de octubre de 1993 (67). Según el capítulo II, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo.

[Pues] emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (67)

Ahora, los principios éticos que se tuvieron en cuenta, según la presente normatividad y el tipo de estudio, fueron los siguientes:

En el Título II, capítulo, I artículo 6, literales d, e, f, g, señalan la importancia de dar a conocer a las personas que participan en las investigaciones los riesgos mínimos,

así como el consentimiento informado y que la investigación se adelanta por profesionales con experiencia en el área, previo respaldo de una institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; además, es fundamental la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Institución. En el artículo 8, donde se establece que en las investigaciones en seres humanos se protege la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Por lo anterior, a fin de mantener la privacidad y confidencialidad de los y las participantes en el estudio, los nombres no aparecen en las transcripciones de las entrevistas ni en otro documento de esta investigación. Estos solo son del conocimiento de la investigadora y la asesora. Una vez transcritas las entrevistas, estas fueron identificadas con un código. La información obtenida en este estudio solo fue utilizada para los fines de esta investigación y una vez concluida, serán guardadas durante 2 años y luego serán destruidas (las grabaciones y transcripciones). Vale mencionar que el artículo 14 plantea:

[Que] se entiende por consentimiento informado el acuerdo escrito mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

(Ver Anexo 1, consentimiento informado). Se tiene en cuenta una consideración especial:

- Si durante la realización de la investigación se sospechaba la presencia de alteraciones psicológicas, o descompensación por recordar momentos dolorosos o que tuvieron impacto negativo, se disponía del apoyo de Psicología para acompañar a los participantes, procurando el manejo correspondiente.

De igual manera, el artículo 15 exige:

[Que] el consentimiento informado deberá presentar la información completa sobre el proyecto de investigación, la cual fue explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla. (67)

Por lo anterior, para llevar a cabo esta investigación, se contó con la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y del Comité de Ética de la Clínica Mediláser sucursal Neiva; sin las anteriores aprobaciones no se iniciaron las entrevistas.

Para la Clínica Mediláser, esta investigación contribuirá a la atención de calidad basada en la evidencia científica y referente para crear una política de cuidado fundamentada en las vivencias y necesidades existentes en esta población, desde una visión integrativa y humanizada.

También, la influencia de este trabajo fue de gran importancia para la población de pacientes revascularizados porque permitió reconocer su sentir y el significado de la vivencia de esta experiencia; esto permitiendo proponer a futuro posibles estrategias de cuidado que favorezcan la atención en el postoperatorio tardío. Estos resultados fortalecen el desarrollo de la línea de cuidado a los pacientes cardiovasculares, específicamente los revascularizados, en la medida en que aporta elementos esenciales que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar intervenciones de enfermería encaminadas a ofrecer un cuidado individualizado y holístico.

4.7 Propiedad Intelectual

La Universidad Nacional de Colombia, según el Acuerdo 035 del 2003, expide el reglamento sobre propiedad intelectual, la cual es definida así:

Un derecho complejo de dominio especial sobre las creaciones del talento humano que se concede a los autores o inventores y que a la vez permite a

la sociedad hacer uso de esas creaciones. La propiedad intelectual comprende: el derecho de autor y los derechos conexos [...] (68)

En el artículo 24 de este acuerdo se fija:

[Que] la propiedad intelectual sobre los productos, informaciones, resultados, diseños o datos útiles y susceptibles de ser protegidos como propiedad industrial corresponderá a la Universidad y/o al financiador, según contrato previa y debidamente suscrito con los estudiantes, el cual podrá incluir cláusulas de manejo confidencial de la información usada y alcanzada. De ninguna manera esa condición deberá constituirse en obstáculo para la publicación del trabajo de grado o la tesis.

[Además, establece que], si a partir de un trabajo de grado, pasantía o tesis se alcanzan obras derivadas, tales como artículos, traducciones, representaciones, etc., quienes hayan participado en la elaboración de la obra derivada director, estudiantes, etc. deberán aparecer como autores de la misma. En todo caso deberá contarse con la autorización del autor de la obra original. (68)

La Universidad Nacional tiene los derechos de propiedad intelectual, y la Institución Clínica Mediláser tendrá el reconocimiento a partir de la difusión de los resultados con la comunidad científica.

4.8 Estrategias de difusión y socialización

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la investigación es garantizar la socialización de los resultados a la comunidad científica y a los participantes, se desarrolló:

- Socialización de los resultados con los participantes y miembros administrativos de la Clínica Mediláser, además del equipo de cirugía Cardiovascular donde se realizó el estudio.

- Envío para publicación de un artículo científico en revista indexada.
- Con los resultados de la investigación se participará en eventos científicos en modalidad de ponentes, una vez sea aprobada la investigación, con el objetivo de dar a conocer a la comunidad científica los avances del estudio.

4.9 Limitaciones

A continuación se detallan las principales dificultades:

La búsqueda de participantes debido que la población revascularizada son de diferentes departamentos como Florencia, Putumayo y Amazonas no permitía acceder a esta población debido a las distancias.

5 Resultados

En este aparte se encuentran los resultados del presente estudio y el análisis de los temas emergentes, los significados comunes, y los fragmentos de significados de temas emergentes que dan respuesta al retrato exhaustivo de la experiencia de los participantes en postoperatorio tardío de la RVM. Primero se describe el contexto del estudio, luego las características de los participantes del estudio, consecutivamente se describen los temas y los significados agrupados que sustentan el significado de la experiencia de las personas que fueron operados y se encuentran en la fase de postoperatorio tardío.

Así pues, se realizaron 12 entrevistas a profundidad que garantizaron la saturación de la información, dichas entrevistas se transcribieron de forma textual en un archivo con formato de Word, gracias al software para transcripción Express Scribe. El investigador realizó observaciones y elaboró notas de campo a cada uno de los participantes, registrando gesticulaciones, movimientos corporales, la entonación de cada una de las expresiones que el participante logró exteriorizar o referir en las entrevistas.

5.1 Contexto del estudio

El presente estudio se llevó a cabo en la ciudad de Neiva, con las personas que fueron operados de RVM en la Clínica Mediláser y se encontraban en el postoperatorio tardío. Esta clínica es punto de referencia para todo el territorio surcolombiano, sur del Huila, Caquetá, Putumayo entre otras; además de ser catalogada como cuarto nivel por su complejidad, lo que le permite ofrecer servicios como cirugía cardiovascular como la revascularización miocárdica. Los

participantes, luego de ser operados, son llevados a recuperarse a las Unidades de Cuidado Intensivo, pasan a hospitalización y se les da egreso según sus condiciones lo permitan para sus domicilios, pero con ciertas indicaciones y controles. El estudio se efectuó con personas que se encontraban en postoperatorio tardío mayor a cuatro meses para acentuar la experiencia, en un sitio cómodo acordado con el participante se realizaron las entrevistas, con la mayoría se concertó realizarla en sitio de domicilio y dos prefirieron que se realizara en la clínica.

5.2 Participantes del estudio

Participaron voluntariamente 12 personas, tres mujeres y nueve hombres, todos con diagnóstico médico derivación aortocoronaria (CIE 10 Z 951) con antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus, intervenidos quirúrgicamente, les realizaron RVM y se encontraban en la fase de recuperación, postoperatorio tardío, cumpliendo todos los criterios de inclusión determinados para el estudio. El promedio de edad fue de 68 años, con mayor número de hombres que mujeres.

De las 12 participantes del estudio, el nivel de formación académica se distribuyó de la siguiente manera: tres con estudio profesional, cuatro con bachillerato, otros con estudios técnicos y una persona refirió no haber estudiado. En cuanto a la ocupación, cinco hombres son pensionados, dos son amas de casa, uno es comerciante y el otro, a pesar de ser pensionado, aún ejerce actividad laboral como asesor; dos participantes refieren que en el momento no son pensionados, pero tampoco laboran, otra participante trabajaba pero por la cirugía decidió no trabajar más.

Tabla 5-1. *Caracterización sociodemográfica de las participantes*

| NOMBRE | EDAD | GÉNERO | PROCEDENCIA | NIVEL EDUCATIVO | ESTADO CIVIL | TRABAJO | FECHA CIRUGÍA |
|---------------|---------|-----------|-------------|-----------------|--------------|---------------------------------------|---------------|
| INFORMANTE 1 | 63 AÑOS | FEMENINA | NEIVA | PROFESIONAL | SEPARADA | PSICÓLOGA, YA NO LABORA | jul.-17 |
| INFORMANTE 2 | 65 AÑOS | MASCULINO | NEIVA | PROFESIONAL | CASADA | PENSIONADO | jul.-17 |
| INFORMANTE 3 | 69 AÑOS | FEMENINA | NEIVA | NINGUNO | CASADA | AMA DE CASA | ago.-17 |
| INFORMANTE 4 | 65 AÑOS | MASCULINO | RIVERA | TECNICO | SEPARADO | PENSIONADO | jul.-17 |
| INFORMANTE 5 | 65 AÑOS | MASCULINO | NEIVA | BACHILLER | CASADO | COMERCIANTE | feb.-18 |
| INFORMANTE 6 | 66 AÑOS | MASCULINO | NEIVA | TÉCNICO | CASADO | PENSIONADO | ene.-18 |
| INFORMANTE 7 | 77 AÑOS | MASCULINO | GARZÓN | TÉCNICO | CASADO | PENSIONADO | ene.-18 |
| INFORMANTE 8 | 79 AÑOS | MASCULINO | PITALITO | BACHILLER | CASADO | CONDUCTOR, NO LABORA | feb.-18 |
| INFORMANTE 9 | 69 AÑOS | MASCULINO | NEIVA | BACHILLER | CASADO | OPERADOR DE MÁQUINA PESADA, NO LABORA | ene.-18 |
| INFORMANTE 10 | 70 años | FEMENINA | NEIVA | BACHILLER | CASADA | AMA DE CASA | ene.-18 |
| INFORMANTE 11 | 73 AÑOS | MASCULINO | NEIVA | PROFESIONAL | CASADA | PENSIONADO - INDEPENDIENTE | mar.-18 |
| INFORMANTE 12 | 65 AÑOS | MASCULINO | NEIVA | TECNICO | CASADO | PENSIONADO | mar.-18 |

Fuente: elaboración propia

5.3 Temas emergentes y significados comunes de la experiencia vivida por pacientes en postoperatorio tardío de RVM

Las expresiones de los informantes reflejan el sentir y la vivencia producto de su experiencia, fueron organizadas en fragmentos significativos en el programa Atlas Ti, se encontraron 677 fragmentos que reportan lo manifestado en las entrevistas. Estas citas posteriormente se organizaron en 56 significados comunes, quedando 13 significados con las que se consolidaron cuatro temas comunes, los cuales representan los argumentos que resaltaron y que fueron usuales en las descripciones de los participantes.

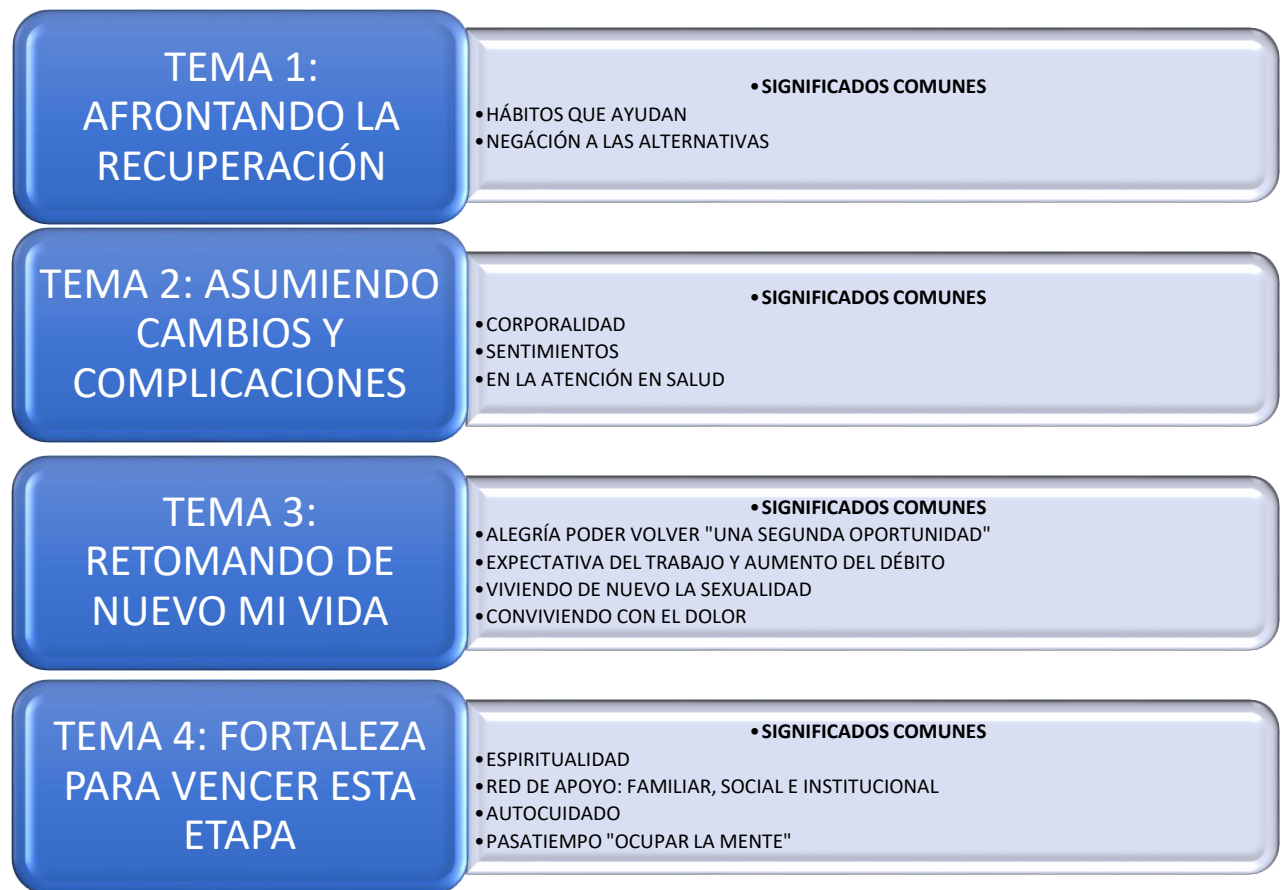


Figura 5-1. Temas emergentes y significados comunes: "Significado de la experiencia vivida por pacientes en postoperatorio tardío de RVM"

Fuente: elaboración propia

5.3.1 Tema 1: Afrontando la recuperación

Bajo este tema se agrupan las diferentes significados comunes que resaltan las expresiones de las participantes relacionadas con los hábitos que ayudan a hacer frente a la recuperación en el proceso postquirúrgico tardío, como la toma de medicamentos, cambio hacia una sana alimentación, reactivación de la actividad física, manejo de estrés y esfuerzo; y por otro lado, la negación a las alternativas como el no seguimiento de las indicaciones médicas.

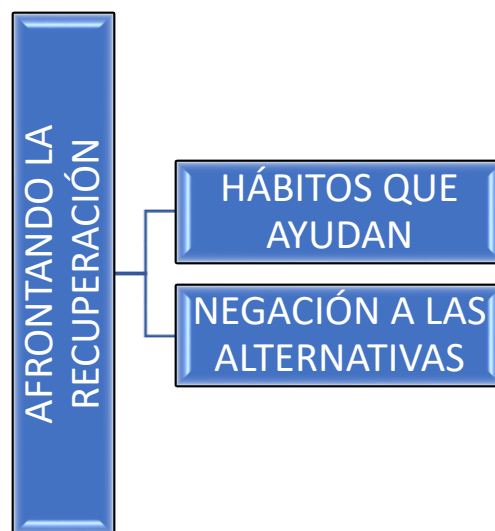


Figura 5-2. Tema 1 - Afrontando la recuperación

Fuente: elaboración propia

Para los participantes, el confrontar el proceso de recuperación postquirúrgico está enmarcado en el seguimiento de distintas indicaciones, resaltando la toma de medicamentos, el cambio y seguimiento a una sana alimentación, incorporar el ejercicio y la actividad física y el manejo de estrés. A continuación se expone el significado que le ha dado la población que participó en este estudio, y le ayudó a confrontar esta situación en sus vidas.

TOMA DE MEDICAMENTOS: los participantes que han sido revascularizados relatan que al egresar de la clínica después de su cirugía, el médico les indica los medicamentos que deben seguir tomando, entre los cuales resaltan los antiagregantes, antiplaquetarios y los indicados para el tratamiento de sus enfermedades crónicas previas. Para los participantes, tomar los medicamentos hace parte de su recuperación y manejo indicado por el médico.

“Sí, lo que pasa es me dieron como cinco medicamentos, después me quitaron uno, después me dijeron que esta no me la tomara toda, sino que le partiera la cápsula en dos y esa es la única que me estoy tomando, esa y la cardioaspirina y me estoy aplicando 14 unidades de insulina, que eso es

para el azúcar; eso es lo único que me estoy tomando en este momento”.
P4,E4,4:69

“...ehh, la droga debo tomármela toda la que me formularon, después que salí con la cita del cardiólogo, el me quitó ya dos drogas, no me acuerdo ya que es, entonces ya me estoy tomando cinco pastas diarias”. P5,E5, 5:90

“Pero enalapril me lo formularon, pero realmente lo formulan para la hipertensión, yo no soy hipertenso, ni soy diabético, me lo formularon para ayudarme al trabajo del corazón, es decir, era de cinco miligramos, esas tres. Ahora estoy tomando esas tres y dos más, porque ya me dieron clopidogrel de por vida y la lovastatina me la cambiaron por atorvastatina y estoy tomando carvedilol, además del asa y enalapril que ya es de 20 miligramos”. P2,E2, 2:45

“Es lo mismo que el azúcar, ¿sí me entiende?, porque yo me estoy tomando una por la mañana, una por la noche y una intermedia, pero como me dijo la doctora (se refiere a la diabetóloga), no me importa que se la tome a la hora, dos horas antes, dos horas después de la comida, tómese la; entonces es bueno que le expliquen a uno, como hay personas que dicen que si no se la toman a las 8 entonces ya no”. P6, E6, 6.41

Además, para los participantes el hecho de haber sentido que su vida se encontró en riesgo o que pueden volver a presentar episodios similares que afectaron su salud contribuye a la decisión de seguir el tratamiento farmacológico. Incluyen herramientas tecnológicas y el apoyo de la familia para cumplir con esta decisión.

“Lo que sí no voy a dejar nunca son las pastas y hacer ejercicio...”
P6,E6,6.44.

“Yo los tomo, (silencio, entra a la cocina y muestra el orden de los medicamentos y los horarios) yo me he hecho a la idea de que eso es parte

de mi alimentación, entonces yo tengo que alimentarme bien, por lo consiguiente que tomarme los medicamentos como me los han formulado, entonces unos en la mañana, por ahí a las 9 y los otros, a la noche al acostarme. Los mantengo ahí en ese orden y no me fallan. Si se me olvidan, pues mi señora me recuerda”. P2,E2, 2:30

“... ¡Sí! Anteriormente sí tomaba lo de la tensión, lo de la tiroides, el azúcar, pero ahora sí más porque lo del corazón tengo más droga que tomar y el celular me avisa, sí lo utilizo para eso y para sacarme las muestras de sangre todos los días; ahí ellas me pusieron una alarma que suena para a la hora que tengo que tomarme las pastas, entonces suena y yo voy y me tomo la droga”. P10,E10,10:35

“..Yo en este paseo nunca había estado yo, cómo le digo, yo para las drogas yo no, nada de eso sabía, pero ahora sí, uno se da cuenta que en realidad, que el cambio de vida no es igual” P5,E5, 5:77.

En ese orden de ideas, reconocen la importancia de seguir las recomendaciones médicas, la asocian a una segunda oportunidad, es así que asumen la conducta de cumplirlas estrictamente, para evitar revivir la experiencia que los llevó a tener complicaciones y volver a experimentar una cirugía que genera tantos cambios en los estilos de vida, o repetir la situación de angina y opresión. El significado que se construye es de no querer repetir estas experiencias; resaltan la importancia de que se les brinde explicaciones relacionadas con el objetivo del uso terapéutico de los medicamentos y a su vez, la importancia del cumplimiento de estas indicaciones.

“Mis medicamentos son puntuales, eso fue el error que cometí la vez la pasada con el stent, a mí me pusieron los stent y yo dejé de tomarme las pastas, esa las que lo regulan” P6,E5,6:39.

“Porque eso sí, me dijo usted no vaya a dejar las pastas ni por el diablo” P6,E6, 6:40.

“Me dijeron ahí están las pastas para que se la tome toda la vida, pero no me dijeron mire esta pasta hace esta función, ayuda a trabajar el corazón y le ayuda a no tapar el stent, en cambio esta vez sí me lo explicaron; yo por eso no la dejo yo me la tomo y si me voy sin tomármela, me la llevo acá en el bolsillo y llego al carro, yo cargo agüita y me la tomo, no puede ser la misma hora como las de allá pero me la tomo”. P6,E6: 6.41

CAMBIO HACIA UNA ALIMENTACIÓN SANA:

En esta nueva etapa los cambios en los hábitos alimenticios son parte fundamental para la recuperación y el éxito de la cirugía, los participantes hicieron consciencia frente a la forma de alimentarse, comprenden que es necesario modificar los alimentos ricos en grasas como fritos, harinas procesadas y azúcares, por una nutrición enmarcada en proteínas, frutas y verduras. Además, reconocen al personal médico y en especial al cirujano como las personas que les ofrecen la información relacionada con los cambios en la alimentación, como parte del autocuidado durante el periodo de postoperatorio tardío.

“...tratando de cuidarme en las comidas, lo que más le recomiendan a uno, que al principio es duro porque el cambio de alimentación y pues que uno, yo lo reconozco que ha sido desordenado en las comidas”. P5,E5,5:17

“La doctora ahí nos dan la explicación de la comida, me mandaron también para donde la dietista, ...y qué le cuento recomendaciones de la comida, no fritos, no grasas, baja en sal...”P5,E5, 5:21.

“Semisaludable, ...trababa de evitar las empanadas, los pasteles todo eso, pero sin embargo todavía se comía así, pues no es tan fácil... ehh, las ensaladas sí, las

“toca, toca porque qué más se puede hacer uno, uno no puede seguir en la misma, que comer yo por lo menos la harina ya uno por lo menos no come

tanta harina porque ya tiene que cuidarse, ya tiene que tener o empezar a cuidarse así quiera o no quiera". P10,E10,10:44

"No, no comía así, sí procuraba evitar las grasas y la azúcar y todo eso, pero no como ahora que pues me cuido más" P3,E3, 3:18.

Otros reconocen que las porciones que comían anteriormente fueron disminuyendo según las necesidades requeridas; además realizan actividades de autocuidado como preparar sus comidas o hacer jugos ricos en frutas y verduras para completar su alimentación.

"Pero de todas maneras yo tengo un hábito de alimentarme moderadamente no, no exagero con la dieta pero tampoco exagero con, evito las grasas, carbohidratos demasiado" P4,E4, 4:14.

"Pero otra vez tengo que volverme a concientizar de que no debo comer tanto" P5,E5, 5.20.

"O a veces preparamos acá, ya aprendí hacer mis jugos verdes, no con agua sino con jugo de mandarina o de naranja y le echo las verduras" P4,E4, 4:51.

Sin embargo, reconocen la importancia del papel de la familia en este proceso, pues se convierte en un pilar fundamental, especialmente la pareja, son ellas quienes acompañan y colaboran para que el individuo continúe con el proceso de la adherencia a las indicaciones médicas y no desfallezcan en el intento; todo lo anterior buscando el beneficio del individuo amado. Por otro lado, la mayoría de participantes manifiestan la voluntad personal de querer cambiar, aunque ellos refieren que la alimentación autóctona de la región como tamales o asado huilense o asados de parrilla que para ellos es deliciosa, deciden dejarla o disminuir su consumo porque saben e identifican que esta alimentación se debe reemplazar por verduras, frutas y carnes baja en grasas.

"Entonces debo cuidarme, pero sí, entonces la señora mía me cuidaba con frutas, ensaladas, carnes magras, sí, el pollo, el pollo, el pollo no grasoso.

De vez en cuando uno lo hace, uno no dice que vez en cuando uno lo hace, pero en lo posible me trato y tratan de cuidarme mi señora y mis hijos en ese aspecto, esa ha sido la constante, no, la regla". P12,E12,12:12

"...ya no puedo comer los tamales que son tan ricos, que la carne de marrano que me gustaba, no puedo comer carne de marrano, todo ya es con su medida y pues comer lo mejor que se pueda en el sentido de hierbas y legumbres". P8,E8, 8:57

"...claro, aunque yo no sabía que tenía eso pero como le digo, las comidas de nosotros de la otra vez, de pelados, de la comida de la casa de mi mamá, pues la otra vez comíamos mucha grasa, muchas cosas de la calle se comía mucho que pastel, que una cosa, que empanada, buñuelos que yo comía mucho de eso, ya lo dejé a un lado". P12,E12, 12:31

REACTIVACIÓN DEL EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA

Todos los participantes resaltan la importancia de la realización de ejercicios como coadyuvante en el proceso de la recuperación, continúan realizando los ejercicios aprendidos en el servicio de rehabilitación, con empoderamiento y compromiso consigo mismo, traducándose en bienestar y actividad.

"Pero yo aquí las hago perfectamente bien, relajado, pongo música, me pongo a hacer una hora, mínimo una hora, de ahí para allá ya es ganancia, pero yo tengo un compromiso conmigo mismo que tengo que hacerlo siquiera una hora diaria y eso me mantiene perfectamente bien y me sirve para todo, para todo es todo, porque es que ya vivo más activo, ya no me da pereza hacer nada". P4,E4, 4:24

"Yo hago una hora diaria por la mañana sí, hago cardio 30 minutos y una cuestión que le dicen banda porque yo voy es a un gimnasio, hago banda unos 20 minutos..." P6,E6,6:17.

“Pues las indicaciones que me dio fue una doctora que no me acuerdo, pues que tenía que reposar suave, pero que sí tenía que hacer mucho ejercicio” P6,E6, 6:4.

“Hago ejercicio porque el deportólogo me recomendó que siguiera haciendo ejercicios, caminando cortamente, pues entonces en el corredor de la casa hago el ejercicio de caminar durante 20 minutos hasta que sudo ve”. P:7,E7, 7:44

Incluso, algunos en un momento creyeron que no era importante realizar actividad física, pero al mismo tiempo cuando dejan de realizarla reconocen que su salud se ve alterada, lo que lleva a que decidan retomar su ejercicio diario.

“...entonces yo acudí más o menos un mes, entonces yo dije pero allá en la finca tengo una estática y tengo, cómo se llama, una elíptica y es lo mismo que vengo a hacer aquí pues lo voy hacer en la finca, aquí vine e hice unos días y dejé...”. P4,E4, 4:20

“La rehabilitación que tenía que hacerla yo no la hice cuando salí, yo empecé a hacerla a los 8 días, vi que no era muy importante pero mentiras, eso era importante, desde ahí después empecé hacer la rehabilitación suave...” P6,E6, 6:5.

Algunos de participantes relatan que iniciaron hacer ejercicio solo en el momento que sintieron su vida en riesgo; otros participantes ya venían haciendo ejercicio y manifiestan estar convencidos que les trae beneficios para su recuperación. Otros reconocen sus limitaciones, pero no dejan de realizarlo y se acomodan a lo que su cuerpo puede u optan por otros ejercicios afines.

“Lo que pasa es que cuando yo voy a hacer ejercicio, voy a hacer ejercicio, al gimnasio llegan algunos a hablar un rato. Yo no, yo desde que yo llego hasta que me vengo hago mi ejercicio” P6,E6,6:31.

“...entonces que no son ejercicios tan fuertes, en el gimnasio ya la orden era que los ejercicios eran suaves, yo nunca pude estar así como los demás en esas máquinas que ellos se subían y alzaban pesas, yo no, yo nunca alcancé a estar porque no lo permitían ellos, ahorita lo que hago es caminar, camino de vez en cuando me subo a la bicicleta porque me da pereza sola, pero sí camino, sí camino una hora diaria, estos días no lo he hecho porque lo que ha llovido”. P1,E1,1:29

“...sí, los ejercicios, como le digo he mermado los ejercicios, porque yo considero como que ya el cuerpo le dice a uno que tiene que hacer menos, o sea de pronto puede ser pereza, pero sí los hago” P2,E2,2:46.

“Camino un rato, hago ejercicio que me dijeron cuando hice terapia...”
P3,E3, 3:29.

“Sí, ahora sí hago ejercicios, claro que antes yo hacía ejercicios, yo caminaba me ha gustado salir a caminar siempre, pero pues ejercicio casi no hacía, apenas caminar...” P3,E3,3:31.

MANEJO DE ESTRÉS Y ESFUERZO: para los participantes, la tranquilidad es un factor esencial para la recuperación, igualmente asumen como prioridad la indicación de no realizar esfuerzos.

“Nada de preocupaciones, tratar de estar uno lo más tranquilo que sea”
P5,E5,5:21.

“...Nada de manejar, nada de fuerza, entonces en la parte que yo trabajo es manejando y usted sabe que subiendo y bajando huevos eso es lo otro, por eso lado y la otra es... el ajetreo en el carro, huecos, dejé de trabar en este tiempo...”. P5.E5,5:61

“Traté de levantar nada que sea muy pesado” P4,E4,4:38.

“Sí claro, ya poquito, ahora más tranquilo, y sé que ahora sé que tengo que descansar, el cuerpo lo pide, eso es una recomendación más”
P11,E11,11:22.

NEGACIÓN A LAS ALTERNATIVAS :

El no seguimiento de algunas recomendaciones se vive por factores como la voluntad del sujeto involucrado, aspectos culturales como las creencias en las cuales han sido formados y son difíciles de modificar. Aunque existe un reconocimiento del daño que pueden generar las conductas aprendidas, continúan justificándolas como una forma de vida.

“...lo único es el sábado no, porque el sábado hago otro ejercicio: la cervecita” P6,E6,6:32.

“Yo sé que el cigarrillo es malo, toda esa vaina, pero yo he mermado sí, para lo que era yo he mermado, por eso es que hago mucho ejercicio, yo lo hago más por el cigarrillo...” P6, E6, 6:34.

En ese mismo sentido, la falta de conocimiento, acompañamiento y asesoría individualizada, para dar continuidad a los cuidados postoperatorios, genera supuestos que pueden llevar a cometer errores; así mismo, a alterar el bienestar de la salud. Ejemplo de ello es que asumen sentirse bien y ante esta condición adoptan conductas como omitir ciertas indicaciones (abandonar ciertos fármacos como el clopidogrel o el ejercicio). Lo anterior está asociado a la falta de conocimiento de la importancia del tratamiento y asumen que está bien, exponiéndose a una complicación como la trombosis u oclusión de los vasos donadores y receptores.

“... aquí vine y hice unos días, pero ya como que le da a uno pereza porque no hay alguien que le está diciendo ¡bueno tiene que hacer este tratamiento, tiene que hacer esto que le sirve! Yo me hacía el de la vista gorda y volví a sentir el cansancio, que me agitaba, por eso tuve por llamar al doctor, por ir allá a decirle como que estoy igual que antes”. P4E4,4:20

“En estos momentos no me va a creer me estoy tomando solamente dos medicamentos, porque he tenido un desorden en los medicamentos y sumercé me toma la tensión ahoritica y estoy bien, me siento muy; entonces yo digo que bueno que no vuelva a tomar medicamentos para la tensión, ni para el corazón, ni para nada si me siento bien, de pronto lo que está ocurriendo tiene que ocurrir para que yo no tomé tantos medicamentos”. P4,E4, 4:63

“Que esta es la fecha que llevo como 3 meses que no me he tomado ese medicamento, me estoy tomando solamente la cardioaspirina y otro medicamento que no recuerdo como el nombre (pero ahí tengo la cajita), los demás los he suspendido”. P4,E4, 4:63

“Cuando estaba tomándome todos los medicamentos que me había mandado sentía una diferencia, es que me cortaba tantico y sentía la sangre o cuando me tomaba la glucometría, veía que la sangre era demasiado clarita, demasiado clara y ahora que he suspendido esos medicamentos que me tomo la glucometría, pues se me ve la sangra más espesa, como mejor ¿no?”. P4,E4, 4:68

“Sí, ahora yo estoy comiendo más poco, pero estoy comiendo mucha harina ahora”.

Tabla 5-2. Significados del tema afrontando la recuperación

| TEMA EMERGENTES | SIGNIFICADOS COMUNES | INTERPRETACIÓN |
|---|-----------------------------|--|
| TEMA 1: AFRONTANDO LA RECUPERACIÓN | HÁBITOS QUE AYUDAN | SEGUIMIENTO A INDICACIONES |
| | | SANA ALIMENTACIÓN |
| | | REACTIVACIÓN DE EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA |
| | NEGACIÓN A LAS ALTERNATIVAS | MANEJO DE ESTRÉS |
| | | NEGACIÓN FRENTE A LA REALIDAD |
| | | ASPECTOS CULTURALES |
| | | CONDUCTAS NOCIVAS APRENDIDAS |

Fuente: elaboración propia

5.3.2 Tema 2: asumiendo cambios y complicaciones

La cirugía trae complicaciones o alteraciones que se reflejan tardíamente, los participantes se refieren a los cambios en su cuerpo con las diferentes sensaciones de malestar físico y emocional, expresan sus sentimientos ante lo vivido y las dificultades experimentadas durante la atención de salud.

Cabe señalar que es un reto volver a casa y continuar con el proceso de recuperación, la mayoría de ámbitos se alteran. El nuevo camino trazado con la experiencia vivida conlleva a iniciar un proceso de adaptación, el cual resulta para algunos más complicados que para otros. Situación que depende de los diferentes soportes sociales y familiares que los rodeen, en el ambiente en el que se encuentren.

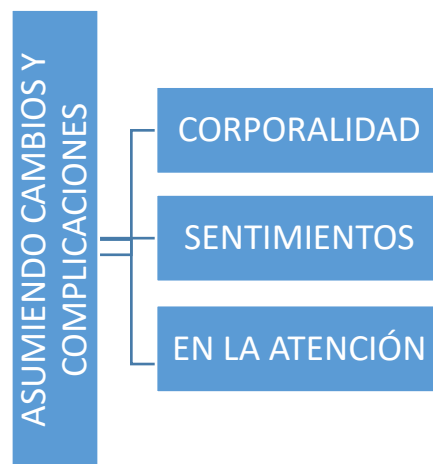


Figura 5-3. Tema 2 - Asumiendo cambios y complicaciones

Fuente: elaboración propia

- CORPORALIDAD

Los participantes en situación de postoperatorio tardío de RVM experimentan diferentes cambios o alteraciones que surgen debido a múltiples factores que intervienen en el estado físico, comorbilidades, entre otras; cada paciente tiene su propio mundo, por ende, sus respuestas a este proceso son diferentes y únicas, aunque algunos tengan algunas similitudes.

Por ejemplo, la cirugía trae secuelas en la apariencia física como la cicatriz (esternotomía y safenectomía), los participantes reconocen que el proceso de cicatrización en la mayoría fue excelente, lo muestran con agrado como signo de haber ganado una batalla, es el recuerdo para toda una vida de salir ilesos en este proceso tan difícil; incluso utilizan comparativos como tatuajes y lo traducen en victoria, pero esta victoria va acompañada de los cuidados de sus seres queridos, que utilizan estrategias o medios como cremas o masajes para contribuir a la cicatrización.

“No nada, no nada es que las heridas, usted me puede mirar, mire, (señala el pecho), las heridas mías nunca fueron heridas, es decir, yo nunca las consideré como heridas, porque mire esta, (señala nuevamente el pecho) hasta hace un momento, hasta hace unos dos meses que yo me di cuenta que tengo como una, que me abrieron el tórax y siento, sí, pero no más, y las venas de aquí del pie (señala la pierna) que me sacaron, viéndolas, espectacular, nunca tuve el problema, que se me hayan infectado, nada, nada; sí sí, aquí me sacaron otra y aquí otra pequeñita, pero no tuve ningún problema, la cicatrización fue perfecta, todo fue perfecto. (Muestra con agrado). P4,E4,4:40

“Pues yo lo tomé como más tranquilamente no, pues hasta me gustaba tomar del pelo, entonces era que ahora no necesito mandarme, me pensaba mandar a hacer unos tatuajes, pero ya no porque quedo con tatuajes naturales sí, y que la cesárea ahora a las mujeres, ahora a los hombres nos la hacen arriba, la trataba de llevar con tranquilidad, pero que diga ahora bestia qué voy a hacer, no, no”. P5,E5, 5:32

“No, no, me daba alegría de verme las heridas cómo estaban perfectas, es que ni siquiera curaciones me hacía, yo no me hacía curación, ellas cicatrizaron solitas, como por arte de magia” P4,E4,4:41.

En tanto, lo que más los afecta son las molestias de adormecimiento en el sitio de la cicatriz que a través del tiempo se iba quitando o muchas veces se acostumbran a vivir con ellas.

“...lo más impresionante era acá en el pecho no, pues siempre fue como un ardorcito, como unas picadas, como un ardor, como si estuviera uno acá, y todavía uno lo siente, esta parte de acá, todavía como si estuviera dormido...”. P5,E5,5:30

“No, lo único es que sentía dormido, incluso por aquí (muestra la herida en el pecho) ya se me quito realmente, eeeeh, sentía dormido la parte donde se hizo la cirugía no, aquí en la parte externa, pero eso se fue quitando...”. P2,E2,2:13

“Como que, como que se le va a abrir a uno acá, como una sensación aquí rara en la operación. Tenía que pararme con mucho cuidado para no hacer fuerza” P3,E3, 3:3.

“...me pegan unos destemples sobre todo en este, este punto me hace así, como que me hormiguelo y y todo esto lo tengo todavía privadito.. P7,E7,7:13.

“Este pedazo de aquí hasta aquí, la rodilla dormida, todavía está dormida” P8,E8, 8:18.

De igual forma, manifiestan que las heridas mientras cicatrizaban presentaban salida de líquido, pero con el tiempo y con los cuidados van sanando y hacen parte de esta experiencia. Además, estas molestias se convirtieron en limitantes para realizar actividades diarias como el hecho de sentarse o caminar, y al presentar dolor prefirieron suspender las actividades cotidianas.

“Esto me duele, vuelvo y le digo, yo le creo al doctor, al cardiólogo que hay personas que se le queda dormidas para siempre esta vaina, hay otras que se le despiertan, yo me raspo y yo siento solo por afuera”. P6,E6,6:81

“Yo he sido, que me ha gustado andar mucho la calle pero ya ahora que me duele la pierna ya como que se limita a uno a salir sí, y esas caminadas aunque no son, esas caminadas a uno le sirven, ir al a un centro comercial, mirar vitrinas pero yo camino un poco me toca buscar dónde sentarme sí, las piernas como que se me cansan un poco...”. P12,E12, 12:30

“A veces, a veces me molesta y a veces siento un dolor acá profundo(se toca el pecho) pero se me pasa, como una picada...” P1,E1, 1:5.

“... Solo una por acá si me dreño varios días como casi un mes, pero de resto así dolor y que me dé impresión de ver todo esto, pues no lo normal.” P3,E3,3:7.

No obstante, aunque las heridas significan un signo de victoria, algunos las ocultan y realizan cambios en su vestuario. Además, reconocen que las heridas cicatrizan bien, siempre y cuando se sigan indicaciones médicas sencillas para el cuidado como la limpieza con agua y jabón.

“...lo he tomado como tranquilo, no me incomoda que por decir algo, que salir a la tienda algo, que me vean las heridas, natural para mí, lo tomo como una cuestión natural, de que tocó, nos tocó pues que... ya es natural prácticamente, a cualquiera nos puede pasar”. P5, E5,5:34

“Pero mire, a mí por ejemplo la pierna me cicatrizo lo mas de bien, vea ya no se me ve nada sí, muy poquito y acá en el pecho lo mismo, entonces sí, ya uno con esa herida ya no salgo en pantaloneta o bermudas, salgo en pantalón largo ya sin saber qué le dirán, de pronto pues pena que le vean la herida, aunque ya no se me nota, pero pues siempre, no, yo sé que nadie

se va a fijar en eso pero uno ya lo toma de otra manera, pero no más no hubo depresión sobre eso”. P2,E2, 2:27

“...yo dije pues, no le voy a ofrecer el pecho a todo el mundo no, esto sí un poquitico, un poquito por las bermudas, porque sí me gusta ponerme bermudas, yo uso mucha bermuda, pero ya, eso sí me fue durando un poquito, hasta bonitas quedaron las piernas mías, muy lindas (risas), yo no le voy a mostrar el pecho a ninguno”. P6,E6,6:82

“Pues los cuidados del baño no, que no fuera bañarme con cualquier jabón sino antibacterial o el que usan en la clínica, por lo menos que utilizara antibacterial, nosotros acá compramos líquido antibacterial y pues con ese nos bañamos”. P12,e12,12:5

Estas manifestaciones ocasionan preocupación, recuerdan que al decidir realizarse la cirugía buscaban mejorar su calidad de vida y bienestar. En este sentido, presentar las complicaciones mencionadas se suma a la experiencia sentimientos de desesperanza y preocupación.

“El desasosiego tan tremendo, eso más que todo, porque aquí siente, claro que uno siente en el corazón y esa cosa que es como que lo tienen agarrado así, como que lo están halando así, así un poco de tiempo...”. P8,E8, 8:11

“Claro, lo que siento es cansancio para caminar, tengo que caminar corto y descansar porque siento cansancio un poco, pero seguro que eso se me va quitando no, si o que” P8,E8, 8:43.

“Los senos, a veces lo siento dormidos, toda la parte de acá, entonces quiero ir a eso, a ver qué me dicen, porque me asfixio, porque yo tenía o me habían quedado unas venas tapadas, pero él me mandó a hacer un examen...”. P10,E10, 10:8

“Los médicos me dijeron que yo había salido muy bien de la operación, que me había ido muy bien y yo estuve bien, lo que cuento es ahora que a veces me asfixio...” P10,E10, 10:10.

Ahora bien, en los hombres el problema de la retención urinaria se traduce en un grado de afectación mayor y más cuando su proceso urinario era normal y mucho más cuando ve alterado su vida sexual; esto los conduce a realizar varios estudios, buscando la normalidad de este proceso fisiológico. También se observó la resignación por el deseo ferviente de volver a tener este proceso urinario normal, dado que causa dolor.

“Es que le cuento, después de que salí de la operación tuve un problema como eso lo sondan a uno, un problema con la orina, yo nunca había estado, no podía orinar...” P5,E5,5:38.

“Seguí con eso y de ahí para acá he tenido ese problema, de que un ardor para orinar, ehh, de noche es pararme, bueno a raíz de eso...” 5:39.

“...yo nunca he estado así, pues me mando también una ecografía de la vejiga y la próstata, y salió bien también, ese es el problema que yo tengo, después del postoperatorio que he tenido; entonces estoy esperando, tengo cita la otra semana, para llevarle ese examen para ver cuándo me va a hacer la cistoscopia”. P5,E5,5:40

Por otra parte, en las alteraciones hemodinámicas postoperatorias tardías, las taquicardias son frecuentes, pero son alertas y deben ser estudiadas para tener certeza de que sí se debe realizar una intervención por el servicio de electrofisiología. Otras complicaciones que pueden presentar son las alteraciones valvulares, las cuales pueden llevar a la aparición de fallas cardiacas a futuro siendo candidata para cambios valvulares.

“...me pusieron un Holter, no he ido por los resultados, porque me dan taquicardias yo siempre, me despierta la taquicardia, pero esos días creo que no me dio nada porque yo no sentí” P1.E1,1:28.

“...apareció que, que hay una válvula que no está bombeando bien después de la cirugía que no bombea bien, suficiente, muy lenta y hay un flujo de sangre que llega y da la vuelta, y queda ahí mismo y no sale, un flujo de sangre que tiene, entonces ellos dicen que tienen que esperar a ver si de pronto es, me tienen que hacer un cambio de válvula o yo no sé qué...”.
P1,E1,1:16

Otras complicaciones se encaminaron al estado anímico, después de esta experiencia el cuerpo queda débil, la nutrición es una fuente principal para recuperarse, para recargar energías y seguir luchando este camino de redención. El hecho de llegar y observarse con los cambios físicos y la falta de ánimo son causas de alteración emocionales, reflejado en desánimo para realizar actividades cotidianas, aislamiento, quizás sea una manera para evitar que se reconozcan los nuevos cambios vividos. No desean generar lástima, más bien desean que los vean y sentirse como héroes.

“...obvio, yo casi no quería que vinieran, mire hija, ellos estuvieron pendientes, llamaban, yo les decía no me llamen, es que una vaina como yo estaba anémicamente es tremendo; yo le decía, mire hija, cuando yo ya esté un poquito mejor venga y llámeme, qué le iba a contestar hija, es que la anemia que me dio, ni siquiera se imagina”. P6,E6,6:58

“Sí, todo bien, yo bien, que sí me desmoralicé fue cuando ya estaba en la casa, cuando estaba la anemia, es que usted me viera verde, verde, flaco, santísima, tenaz, pero estaba desmoralizado, por eso por la anemia”
P6,E6,6:38.

“Pues al principio se presentó un desvanecimiento pero ya fue como una parte de oxigenación, ...uno llega de allá, como dice el cuento vulgarmente,

muy desnutrido; entonces eso repercute que uno tenga sus bajones pero muy leve” P11,E11,11:38.

De otro lado, algunos sienten que los órganos de los sentidos se alteraron: la audición, la visión se disminuye al igual que el proceso de asimilación, la memoria; haciendo más difícil la adaptación a este proceso y en algunos casos llevando a la depresión por su imposibilidad de independencia:

“Se me agotó la vista, los oídos, ella (esposa) hay veces que le da ira repetirme las cosas, es que no entiendo, escucho pero no entiendo...” P8,E8,8:15.

“Las fuerzas, este brazo me quedó, me quedó, bueno no lo podía mover, por medio de las terapias ya me he sentido mejor, esta pierna la siento dormida...” P8,E8, 8:17.

“...lo que pasa es que yo quedé tan mal de memoria...” P8,E8 8:29.

“Quedé como bajo de la vista, de los oídos, el sabor que todavía no siento el sabor como yo quisiera sentirlo en las comidas...” P8,E8,8:86.

De la misma forma, cada uno de los participantes expresó cómo vivió cada una de sus dificultades, sensación de asfixia y erisipela; pero su común denominador es que esta cirugía trae muchos cambios o problemas que medianamente o casi nunca son resueltos. Así mismo, no se sienten preparados para poder afrontarlo desde su domicilio, puesto que presentan ausencia de herramientas o conocimiento para sobrellevarlas. Los controles son limitados y tampoco alcanzan a cubrir las necesidades de acompañamiento en este proceso. Para algunos, estas alteraciones han creado limitaciones para ser independientes, necesitando la mayoría de veces un apoyo familiar estricto; algunos de los participantes lo han sabido sobrellevar bien pero otros se encuentran solos, lo que los hace más vulnerables a sufrir episodios de alteraciones del estado de ánimo.

“... fuera de eso, hace poquito hace, como unas 3 semanas, me dio una erisipela, estuve en urgencias dos días, el cardiólogo me dijo que me fuera de urgencias; estuve dos días, me mandaron hospitalización en casa, seguí con los medicamentos, el rojo de la pierna mermó bastante, me ha quedado es negro poco está mermando el negro pero muy lento...”. P12,e12,12:27

“Es que a veces que me falta el aire, pero no es seguido, no; estos días he tenido tos pero yo pensaba que era cuestión de la gripa, mi esposa estaba preocupada porque pues le dijeron que esa cuestión de la tos era por el mismo problema del corazón...”. P12,E12, 12:41

“Pero hay días que amanezco que me agitó con caminar, con darle una vuelta al corredor de una vez me agito y me toca que, que ir qué como o tomo para que pase ve, porque me siento como débil, eso que me pongo a sudar y se me va enfriando el cuerpo rápidamente después...”. P7,E7,7:45

Igualmente, la movilidad se vio alterada, los participantes presentan dificultades en la coordinación para caminar; de la misma manera, el dolor en el sitio de la safenectomía promueve la intolerancia a la actividad física, convirtiéndose en riesgo para la recuperación debido a que el ejercicio hace parte fundamental en este proceso. Al mismo tiempo, las molestias físicas que no permiten la manipulación de objetos con las manos les genera preocupación, puesto que es una situación que los obliga a ser dependientes de otros para realizar actividades cotidianas. Esta dependencia es otro factor de riesgo que propicia la alteración de ánimo y el surgimiento de sentimientos de impotencia e inutilidad.

“...no puedo caminar mucho porque comenzando que el equilibrio mío es malo y la pierna izquierda donde me sacaron la vena o algo así para colocarme en el corazón, pues esa me ha quedado con mucho dolor, me canso demasiado...”. P12,E12, 12:4

“Esta mano apenas me está dando para cerrarla pero no me cerraba las manos ve, está todavía no me cierra y yo me pongo a hacer terapia con unas

pelotas y entonces me parece que se me encoge el cuero acá (señala el pecho) en la orilla de eso; es lo único raro". P7,E7,7:21

"Como no puedo cerrar la mano para cerrar la tijera de podar entonces he utilizado una navaja en estos dos, cogida en estos dos dedos" P7,E7,7:49.

Es de señalar que el sueño es el momento en el cual el organismo descansa y se recupera para seguir adelante, pero este proceso se ve afectado por manifestaciones como dolor, desasosiego e insomnio, lo cual afecta la recuperación. Ante esta situación se opta por utilizar estrategias de distracción y el uso terapéutico de la medicación.

"El dolor en el pecho no me dejaba dormir, entonces me tocaba dormir boca arriba, eee no dormía, no dormía" P1.E1. 1:10.

"Ahhh, también mucho insomnio y todavía nosotros nos acostamos a las 10:00 y yo tengo que acostarme por ahí a las 11:00 de la noche, a veces me pongo a ver televisión, lo que no me gusta... A veces me tocaba acostarme tarde porque me acuesto por ejemplo las 10:00, anoche nos acostamos a las 10:00 y a las 1:00 ya estaba despierto y me despierto a la 1 a las 2 o a las 3 o 4 de la mañana". P8,E8, P8,E8,8:73

"Hay veces que yo duermo mucho boca abajo, pero a veces no lo puedo hacer porque como duele me toca dormir de medio lado y yo duermo mucho por el lado izquierdo, a veces por el lado derecho, pero más que todo por el lado izquierdo. Yo la verdad duermo boca abajo, normalmente duermo boca abajo, a veces me duele un poquito, pero no es de todas las veces". P12.E12, 12:43

No obstante, para otros participantes este momento mejoró porque ya no presentan molestias como la asfixia; encuentran y reconocen que es saludable el buen descanso y por lo tanto, lo disfrutan.

“Después, consecutivamente, con todos los cuidados antes me mejoró la parte de dormir completamente, entonces ya uno valora lo que es el proceso de dormir las horas recomendables científicamente, entonces uno siente que es necesario, lógico el descanso”. P11,E11, 11:23

“No, ahora sí gracias a Dios ya puedo dormir” P3,E3, 3:22.

Resulta pertinente indicar que algunos otros, gracias a las estrategias de sus familiares, lograron obtener el descanso, así como superar la incomodidad para dormir; estas molestias afectan a la familia, y por eso generan estrategias para lograr el alivio y el confort, o búsqueda de ayuda profesional.

“No podía dormir, pasaba las noches enteras hasta que mi hijo inventó un parapeto para ponerme el pie alto porque yo no me aguantaba, ni boca abajo, ni boca arriba, ni de lado, hasta que me inventó una cosa y me puso el pie alto y así vine a sentir descanso; seguro la circulación estaba mal, pasando mal la sangre y eso fue lo que me vino a dar descanso...”. P8,E8,8:48

“Al acostarme sí yo sentía una molestia, era como que me faltaba el aire o la respiración cuando me estaba quedando dormido. Claro, yo me preocupé, entonces yo llamé al médico, le pregunté al doctor (cirujano cardiovascular), porque él me dio el teléfono y me dijo que no me preocupara, que eso era normal, yo opté por poner una blandura, una almohada más alta, dos almohadas...”. P2,E2,2:8

Además de mostrar fortaleza, los participantes manifestaron de diversas formas sentimientos de vulnerabilidad, tristeza o depresión, cambios en el estado de ánimo, ante la sensación de experimentar el inminente final de la vida.

“Con cualquier cosa me iba a morir, en la muerte, seguro quedé, quedé con la impresión de la operación y pienso que cualquier hora me puedo morir, me da un infarto y me muero, en eso vivo pensando” P8,E8,8:82.

“Nooo, no no, sí quería, yo quería, yo quería salir, yo quería salir, tenía el ánimo por el piso, es que los ojos los tenía aquí, es que es en serio cadavérico” P6,E6,6:85.

“Apenas sale el sol, el sol me deprime tremendamente y me manda otra vez para adentro, me da malestar con el sol, me sirve los días lluviosos porque los días lluviosos lo paso bien, pero los días de sol me están maltratando en estos momentos, entonces quiere decir que el sol seguro le hace daño recién operado (se ríe)”. P7,E7,7:51

“...a mí me dio una caída emocional tremenda y hasta lloré” P7, E7, 7:71.

“...me da tristeza, cómo le digo, siento tristeza, ay días que se me vienen las lágrimas porque ya no puedo hacer lo que hacía, si porque todos me están prohibiendo, ella me dice no haga esto, no nada lo otro...” P8,E8, 8:87.

“No dormía, no dormía, lloraba todo el tiempo, lloraba porque entré en depresión, entonces si alguien me decía algo me ponía a llorar...” P1,E1,1:25.

“ ...que a veces lloro, de ver que no puedo hacer nada de (usuario se le humedecen los ojos) que no puedo comer todo lo que uno quiere...” P8,E8, 8:28.

En el pos operatorio tardío, la tristeza fue un sentimiento que los acompañó, sienten que su vida cambió, no son los mismos, sus afecciones los llevan a sentirse inútiles, haciendo que piensen que la muerte sería la mejor alidada si no mejoran.

“...confiando en mi Dios que yo vuelva a quedar, que me pase porque todavía tengo esa tristeza, tengo esta tristeza, me da tristeza después de ser un tipo tan alentado quedar así...” P8,E8,8:58.

“El momento más difícil de mi vida que he pasado es este, porque pensé... yo en una palabra pensé en morirme, pensé muchas veces en morirme y decía yo entre mí, pues que si yo voy quedar así como dormida la pierna y

con esto, con esta memoria, no paga la vida, como que le pido a Dios más bien que se lo lleve pero no". P8,E8,8:55

"... entonces a mí me tocó venirme solo, más sin embargo siempre yo como que me siento en una soledad pues" P7,E7, 7:40.

Del mismo modo, la tranquilidad se ve alterada y esto puede ser producto de infecciones, sangrados por la toma de antiagregantes, y deben volver a la clínica; lo que se vuelve sinónimo de angustia y que algo no anda bien.

"...caminé para urgencias y nos fuimos para urgencias, fue cuando ordenaron otra vez para la UCI, allá me vio el cardiólogo..." P8,E8, 8:14

"Yo regresé porque yo ni me di cuenta como dice el cuento, le voy a contar la historia: nosotros estamos aquí, compramos unas uvas, la mujer compró de esas campesinas... pues me estaba comiendo las uvas, compramos una buena cantidad de uva, entonces yo me la pasaba comiendo uvitas y esa vaina no era de las uvas, era de la sangre que me estaba saliendo, pero no sabía el porqué ni nada". P9,E9,9:11

"...sí claro, tuve un desmayo y tuve que recurrir nuevamente allá, pero eso fue pasajero, ya después se manifestó con el cuidado y con la alimentación, de todas maneras uno no está exento, como si uno fuera un muchacho de 20 años, pues ciento por ciento". P11,E11,11:39

ATENCIÓN EN SALUD

Los inconvenientes durante el postoperatorio tardío, frente a la atención de salud en los servicios de la EPS e IPS, también fueron significativos; se manifestaron en procesos largos, dispendiosos, horarios inflexibles que logran la deserción al tratamiento médico, farmacológico y de rehabilitación, exponiendo a estas personas a reingresos con mayores complicaciones.

"En la IPS hice un mes, pero muy descontrolado porque a veces llegaba tarde y ya no había cupo o ya había llegado otra paciente, entonces y esa

incomodidad de que tenía que pegarme un viaje hasta Neiva para hacerme la terapia, cuando yo la podía hacer aquí, claro que ella tenía ya la guía, que era ella...”. P4,E4,4:23

“Sí claro, es decir, lo he suspendido es porque ha sido por ejemplo le cuento, el sistema no dejó botar la fórmula, entonces me la hizo a mano y eso es un proceso muy dispendioso que esta es la fecha que llevo como tres meses que no me he tomado ese medicamento, me estoy tomando solamente la cardioaspirina y otro medicamento que no recuerdo como el nombre (pero ahí tengo la cajita), los demás los he suspendido”. P4,E4,4:65

“...llegué como a las 2 de la tarde y salí como a las once casi a las 12 de la noche, me sacaron exámenes y todo pero eso es muy demorado, uno se pone como más estresado, entonces me sacaron todos los exámenes otra vez de sangre del corazón, electrocardiograma, no sé, los que saben son ellos, sé que eran del corazón y me salió... me atendió una doctora joven y me dijo no eso es porque... yo ni le entendí, porque era que me he asfixiado. En todo caso, allá llegué y me dieron unas pastas, me dieron tres clases de pastas y me las tomé y me fue pasando y después me mandaron para la casa”. P10,E10, 10:16

A su vez, la inflexibilidad en algunos procesos como la rehabilitación hace que los participantes no tengan clara la importancia del mismo y lo abandonen.

“... que estaba fallando era yo porque había suspendido las terapias, ni siquiera la EPS porque ahí tengo la fórmula, pero es que fue por el horario, falta de comunicación con la terapeuta, de decir venga pongamos un horarios diferente o de ir acondicionado de ir con la sudadera en el carro y decir bueno, allá me cambió y llegó a mi actividad que estoy haciendo; sino que cuando a usted no le gustó mucho una cosa y hay espacio para evadirlo, pues bacano, no lo hago”. P4,E4,4:59

En tanto, el problema de la deshumanización de la atención derivado de las exigencias de las políticas de atención al público y el alto trabajo administrativo delegado al personal asistencial no favorece que los participantes reciban una atención de calidad que les brinde seguridad; producto de ello, estos asumen el autocuidado como cree que está bien, incluso poniendo en riesgo su vida.

“Por esa razón, claro y no sé, siento que son como muy folclórico, como muy mecanizados, sí, pienso que todos los pacientes somos muy diferentes y yo sé que no todos han evolucionado como evolucioné yo y otros han sido mucho mejores; pero es un profesional que como que no deja llegar que el paciente tenga confianza porque es como muy mecanizado, además el tiempo que le dan para consulta, es decir, de los 15, 20 minutos, él se gasta 15 minutos o 18 minutos con el sistema haciendo la fórmula y a mí me revisa en 3 minutos y uno le habla, le cuenta, mire, la experiencia, mire doctor que he sentido esto y aquello, que aquello y a uno ni le ponen cuidado, en tres meses, vuelve en tres meses, en cuatro meses y aquí tiene los medicamentos; entonces siente uno que como que lo tienen como un objeto y eso hace que uno diga ¡ash!, yo a qué vengo si la cardioaspirina al final la puedo comprar y me la sigo tomando, y si yo me siento bien entonces para qué me la sigo tomando ese medicamento. Entonces uno como que se autoalimenta o se autoformula y pienso que de pronto no debe ser así, porque sí me siento bien pero en cualquier momento me puede afectar porque no estoy controlado”. P4,E4, 4:67

Por otra parte, la no empatía y la rotación de los médicos no crean un ambiente de confianza en los usuarios, creando inconformidad y descontento que lleva a que muchos no quieran volver a consultar.

“He tenido controles con el cardiólogo, pero he tenido muchos inconvenientes, porque en este momento no tengo un cardiólogo de confianza. Yo estoy afiliado a la EPS y IPS que me presta el servicio, no ha

tenido especialistas estables, los modifica, los cambia y la verdad que nunca me sentido como muy satisfecho con las citas de cardiología”. P4,E4, 4:62

Tabla 5-3. Significado del tema “Asumiendo cambios y complicaciones”

| TEMA EMERGENTE | INTERPRETACIÓN |
|---|--|
| TEMA 2: ASUMIENDO CAMBIOS Y COMPLICACIONES | CORPORALIDAD |
| | MOLESTIAS FÍSICAS: HERIDAS, DOLOR, ARDOR, ADORMECIMIENTO |
| | INCOMODIDAD, LUEGO LLEGA LA COSTUMBRE Y RESIGNACIÓN |
| | HÁBITOS DE SUEÑO CAMBIA |
| | ADINAMIA Y DECAIMIENTO |
| | DEPENDENCIA FÍSICA PROVOCA CAMBIOS EMOCIONALES |
| | SENTIMIENTOS |
| | ANGUSTIA POR LA NO MEJORÍA |
| | TRISTEZA, DEPRESIÓN |
| | SOLEDAD, NECESIDAD DE COMPAÑÍA |
| ATENCIÓN EN SALUD | |
| TEMOR POR SENTIR CERCA EL FINAL DE LA VIDA | |
| REPENSAR SU VIDA, VIVIRLA AL MÁXIMO | |
| PROCESOS ADMINISTRATIVOS LARGOS Y DISPENDIOSOS | |
| DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN | |
| FALTA DE CONFIANZA TERAPÉUTICA | |

Fuente: elaboración propia

5.3.3 Tema 3: retomando de nuevo mi vida

Dadas las implicaciones que tiene para la persona el proceso de RVM, retomar de nuevo la vida, hace que esta vivencia sea vista como la alegría de poder volver, a gozar de salud, surgen expectativas sobre el trabajo y la afectación del bolsillo traducido en gastos; además de la experiencia de volver a vivir su sexualidad y convivir con el dolor.

Después que egresa de la clínica y vuelven a su domicilio viven un nuevo camino| donde se generan ciertas dudas y preocupaciones. El volver a retomar las riendas de la vida exige una autorreflexión sobre el hecho de que en la vida se deben

generar cambios que beneficien una pronta recuperación, muchos ámbitos van a ser afectados, pero en cada individuo es diferente, cada uno es un mundo diferente pero que necesitan ser afrontados y sacarle el mejor provecho para adaptarse y seguir luchando por ganar esta batalla.

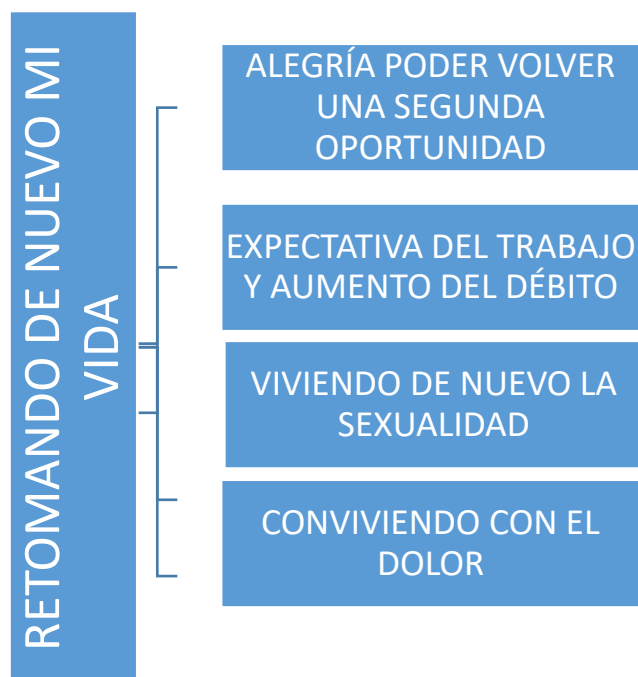


Figura 5-4. Tema 3 - Retomando de nuevo mi vida

Fuente: elaboración propia

ALEGRÍA PODER VOLVER “UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD”

Los participantes expresaron que el vivir esta experiencia después de ser operados se manifestó en alegría, porque con anterioridad se sentían limitados por pérdida de la funcionalidad.

“No pues, los sentimientos fueron como de alegría, no porque yo ya podía caminar bien, caminaba harto y ya no me asfixiaba, yo seguí bien... contenta, cambié para bien y no para mal” P3.E3, 311.

Otros expresaban alegría porque su afección fue descubierta a tiempo y se pudo realizar este procedimiento para seguir protegiendo la vida; para otros, el simple hecho de sentir sanación de sus heridas es motivo de regocijo.

“Nada, nada, contento, felicidad, pues bien porque me descubrieron lo que yo no sabía” P6,E6, 6:45.

“La verdad fue una experiencia maravillosa, créeme, maravillosa” P4,E4,4:1.

“... me daba alegría de verme las heridas cómo estaban perfectas, es que ni siquiera curaciones me hacía, yo no me hacía curación, ellas cicatrizaron solitas, como por arte de magia” P4,E4,4:41.

Pero lo que más llamó la atención fue la expresión sobre el hecho de que al volver ellos a su casa sintieron que esta experiencia los marcó como una segunda oportunidad para volver a hacer las cosas que se hicieron mal, corregirlas, por ejemplo: los malos hábitos de vida; es un retomar de nuevo sus vidas, pero con la idea de cambio. Lo anterior puede ser producto de sentir la inminencia de la muerte, traduciéndose en querer hacer las cosas bien, lo toman como una alerta.

“...pues no la misma alegría que a uno le da como dicen esta es una segunda oportunidad, pues es mucho mejor aún...” P12,E12, 12:23.

“Fue cuestión de mi diosito que me dio, como quien dice otro tiempito más, no se cuento pero me dijo bueno, de aquí para adelante usted verá qué hace, si sigue su forma de vida como venía, o si va a cambiar o qué, entonces uno debe tomar consciencia...”. P5,E5,5:48

“No, no, pues la cuestión es como la alegría que a uno le dan una segunda oportunidad, sí...” P12,e12 12:25.

“...es aceptar que se brinda otra oportunidad de vida poner en consideración muchas cosas que uno debe hacer o no hacer...” P11,E11,11:28

En cuanto a comprender la magnitud de la cirugía, reconocen que su bienestar es una bendición. El estar vivo después de estas intervenciones es fuente de alegría, por lo cual tienen presente que la vida se debe disfrutar y desean vivir cada momento como si fuese el último.

“...es que gracias que el corazón de uno, después de una cosa de esas, que le incomoden, que le corten allá, y volver a seguir esa sangre ehh... cómo se dice, fluyendo, pasando y luego vuelve a quedar bien y yo he visto gente que sí están bien, es otra oportunidad de vida, claro”. P8,E8,8:44

“...yo mismo he dicho pues Dios me dio la oportunidad de seguir viviendo, pues a disfrutar” P4,E4,4:36.

En ese orden de ideas, la mayoría de participantes coincidían en que el hecho de hacerse operar trajo consigo beneficios especialmente para salud, ellos lo traducen en que después de eso su funcionalidad cambió, sus afecciones fueron disminuyendo y se encuentran más seguros para realizar sus actividades.

“Una experiencia pues buena porque después de sentirse uno tan mala y salir y sentir uno la mejoría... que ya me podía estar acostada en la cama y no me afectó para nada la respiración, entonces eso trae muchos beneficios hacerse operar”. P3,E3, 3:26

“La seguridad de que estoy alentado, no tengo nada, ese fue el cambio y en lo físico me siento con más energías porque yo ya sé que tengo unos puentes, un bypass que llaman, que ayudan a impulsar la sangre y no voy a tener problemas de un infarto. Esas cosas fueron muy positivas porque me siento como muy seguro...”. P4,E4, 4:57

“El único cambio era que ya yo puedo caminar tranquilo y no me asfixio ni nada, es lo único que yo he cambiado; claro, eso cambió, o mejor dicho yo caminaba de aquí a la cocina me faltaba el aire, ay Dios mío...”. P9,E9,9:14

De la misma manera, para algunas personas la edad no es impedimento para sentirse bien, el resultado de la cirugía los llevó a sentirse con energía. Utilizan estrategias como la música y el baile para seguirse cuidando. Lo que tienen presente es que el fin de la cirugía es recuperar su salud, sentirse bien y continuar con las mínimas dificultades de salud.

“Pues yo me siento con sesenta años que tengo, me siento todavía bien, yo, todo mundo me dice ¡uy, pero usted tiene sesenta y no lo demuestra!, pero o sea yo me siento bien, yo enérgicamente me siento bien también, yo a veces me pongo acá a hacer ejercicio, pongo música, bailo una hora seguida moviéndome...”. P5,E5. 6:68

“Sííí, pues claro, empezó a quitarme el dolor, el malestar, el desánimo tremendo, como sin ganas, eso me fue mejorando, que eso fue bueno” P6,E6,6:28.

“...claro que la cirugía sirve muchísimo...” P8,E8, 8:41.

“Dios le manda a uno también ese mensaje no, de que usted tiene esto, va a sufrir de tal cuestión, de una vez hay que prevenir un infarto. De una vez prevenir para tener un mejor vivir, tener una mejor salud”. P12,E12, 12:20

“Los cambios en la alimentación, pues eso sí fue muy benéfico, porque pues bajé de peso... mucha ensalada, mucha fruta, entonces bueno, en eso sí he sido muy juiciosa” P1,E1,1:14.

- **EXPECTATIVA DEL TRABAJO**

La mayoría de los participantes desean volver a retomar el trabajo, tienen claro que el ritmo de trabajo debe disminuirse, por lo cual algunos decidieron renunciar por tener trabajos que causan estrés.

“El otro cambio es que yo estaba trabajando pero después entonces que porque trabajo con población totalmente vulnerable y en la cárcel pues, lógicamente ve uno toda clase de problemas y situaciones, entonces se

maneja mucho estrés con los internos... eso es pesado, el personal de allá es pesado, entonces la recomendación era que más bien en otro lado, que no tuviera, no manejara tanto estrés, ahora la jornada era muy larga, de 7 a.m., yo sabía que salía de aquí a las 7 de la mañana, pero no sabía a qué hora llegaba”. P1.E1.1:19

“Ya llevo mi tiempo que llevo, yo no he ido a trabajar” P5.E5. 5:59.

Por su parte, otros decidieron no dejar aparte sus funciones, y apenas se recuperaron volvieron a retomar sus tareas, aunque dicen que con mayor precaución, porque reconocen que les gusta lo que hacen y es motivo de alegría sentirse útil.

“Llevo unos procesos, pero a veces se siente uno como agotado con el mismo tema toda la vida, lo que pasa es que ese tema sí me gusta y pues cuando a uno le gustan las cosas que hace pues no piensa para dejarlo de hacer “ P4.E4.4:53.

“...pues de toda manera en recepcionar, la parte de diligencias técnicas y de trabajo porque eso implicaba que tenía que estar en la casa con el cuidado correspondiente para no tener riesgos y eso se ha llevado a cabo y ya paulatinamente me volví a integrar al trabajo cotidiano “ P11.E1. 11:19.

“Pero eso de que uno está en el postoperatorio y lo llaman para consultarlo, para hacer esos trabajos si uno los puede hacer porque uno puede delegar a la secretaria, entonces eso me llena de vida“ P11.E11.11:55.

También, otros participantes sintieron limitantes para retomar sus funciones laborales, lo cual les genera preocupación y sentimiento de tristeza, más aún cuando reconocen que por su edad ya no son contratados, a pesar de tener una actitud positiva, poseer el conocimiento. Se resignan y aprenden a convivir con ello, incluso aceptan que deben empezar a depender económicamente de sus familiares.

“Lo que más me ha hecho sufrir también es la falta de poder uno trabajar de poder hacer uno algo, porque es que mire no puedo (se señala los dedos de la mano derecha) y eso me ha quedado, yo creo que siempre los nervios, no será que quedan afectados”. P7.E7.7:34

“Salí con hartito ánimo, salí con hartito ánimo para ver si de pronto seguía trabajando y todo no, no se pudo, porque primero por la edad no le dan trabajo a uno y segundo, pues sí hay que sufrir las consecuencias de la vida”. P9.E9.9:29

... Sí, esa es otra, en la parte económica porque uno enseñado a recibir su sueldo... eso sí me ha afectado, cuando nunca me ha faltado la plata, ni me ha faltado nada pero es que me dan, entonces que si no manda el papá de ellas entonces son ellas las que me dan, tome mami, que mire que de pronto que necesita, sí...”. P1,E1,1:21

“Han pasado tiempos que... difíciles y más ahora que... que... he estado como incapacitado no; yo soy pensionado, me llega la plata, ella tiene o recibe buenos recursos por propiedades que tiene, pero me hace gastar la plata a mí para después seguir uhhh, como demostrarme que como que yo no estoy contribuyendo”. P7,E7,7:29

Además, reconocen que necesitan ingresos económicos para poder realizar por ejemplo, los copagos de salud, y el transporte, y al no tener los recursos algunos dejan de asistir a las consultas médicas, convirtiéndose en una limitante para seguir las indicaciones médicas.

“Todo entonces tenía otras 10 sesiones que me ha ordenado el doctor, pero entonces esa valían cuarenta y pico y como no tenía la plata no he podido ir” P9,E9, 9:36.

“La dificultad es que yo no puedo subirme a un bus, tengo que a toda parte que vaya tengo que pagar taxi para ida, taxi para venida, para donde vaya,

anteriormente no porque yo salía y cogía bus y me iba para donde fuera con el bus pero ahorita ya no puedo porque esos buses son demasiados altos, entonces uno tiene que hacer mucha fuerza para subirse, yo evito la fuerza, porque eso es malo, para uno es malo ya hacer fuerza, entonces eso es una dificultad para mí, para transportarme debo coger siempre, siempre tengo que coger taxi, entonces debe haber plata para eso...". P10,E10,10:28

"...o a veces como ahora me mandan a ver videos de que uno ya llega a la edad y ya que anhelo de la pensión, pero que la pensión que para gastársela en droga, en el médico, que el copago, que vez me puse a analizar y le digo yo a mi esposa, en realidad y la verdad mijita, tanto que se gasta uno que vaya a las terapias, que pasaje, que la droga, que va usted, que no, que no hay, vuelva, que se le acabo la droga y a veces toca que ir a comprarla...". P5,E5, 5:76

- VIVIENDO DE NUEVO LA SEXUALIDAD

Volver a retomar la vida de las personas que fueron operadas también incluye su vida sexual, la mayoría son personas que mantienen su pareja y el significado de volver a retomar esta parte al principio, está lleno de dudas, de preocupaciones, pero al intentarlo se dan cuenta de que siguen bien y que están en óptimas condiciones para seguir su vida sexual normal.

"Pues la verdad es yo a los dos meses comencé otra vez a tener relaciones íntimas y pues al principio como que me agitaba, pero ya después estrené corazón y me salió muy bacano" P4,E4, 4:42.

"Pues no ha habido restricción porque mi esposa dice que no quiere que vaya a tener algo que me pueda molestar sí, pero pues ya digamos la intensidad es más poca por lo mismo ella dice que nos debemos de cuidar, entonces bien, ninguna sin alteraciones y dentro de lo normal, si ya para la edad de uno, pues sería muy vanidoso decir que uff". P12,E12,12:39

“Yo a los dos meses le dije a mi esposa, miya la necesito, vamos a ver cómo quedó esa vaina, cómo quedó esa cuestión” P6,E6.6:49.

“Le dije yo, uno tiene que hacer con esta vaina, hacer como cuando manda a reparar un carro, un motor, cuando se lo entregan a usted que tiene que hacer con el carro, arranque y hágale, métale la pata a ver si sirvió o no, así es esto, se reía y es verdad, yo tenía que probar cómo quede”. P6,E6,6:53

Pero también existe participantes que manifestaron que su vida sexual se vio alterada, lo relacionan como producto de la cirugía, sienten el cambio para responder en su vida sexual, los afecta psicológicamente y los mantiene en una continua, preocupación por recuperarse y poder retomar de nuevo este aspecto, al punto de llegar a compararse con personas de su edad.

“Prácticamente he estado impotente, ya no es igual, sí” P5,E5,5:65.

“Entonces eso es lo que más le preocupa a uno porque me he dado cuenta, pongámosle de amigos que están de la misma edad mía, mejor dicho uno tiene que reconocer que pues uno ya no es el mismo, pero son tipos que responden prácticamente, no la berraquera, pero sí me he dado cuenta que yo he estado o he desmejorado prácticamente, pues eso psicológicamente siempre lo pone a uno mal...”. P5,E5,5:6.

“Casualmente, los amigos me joden, pero que usted qué, yo digo no nada, quieto, pero digo yo, yo me siento, yo creo que es o cuando uno tiene esa actividad, pues el acelere del corazón y todo, pero yo tenido mis sensaciones y no normal, no”. P6,E6, 6:66

CONVIENDO CON EL DOLOR

La principal consecuencia de esta cirugía es el dolor relacionado con la magnitud de las heridas y el procedimiento, aunque pase el tiempo de su recuperación el dolor se vuelve un compañero y aprenden a convivir con él, algunos logran

superarlo. En este proceso resulta claro que además de las medidas farmacológicas se requieren estrategias diferentes para manejarlo.

“A veces, a veces me molesta yyyy, a veces siento un dolor acá profundo (se toca el pecho)” P1,E1,1:9.

“...o sea casi 6 meses de la operación, no se me ha quitado el dolor, es constante“ P6,E6,6:13.

“El único cambio que yo veo es que ya llevo cuatro meses y el pecho me sigue doliendo, me duele bastante a veces, yo me tomo a veces una pepa de Meloxicam, eso me calma el dolor, el dolor de la pierna...”. P12,E12, 12:26

“Dolor y estrés ahí, como que lo cogen y lo halan, como si lo tuvieran apretado, como un peso ahí, hasta ahora es que me va pasando, yo voy a completar cinco meses y hasta ahora es que me va pasando eso y no me ha pasado del todo”. P8,E8, 8:72

Aunque existan dificultades en los primeros días de regreso a casa, necesitan del apoyo de su familia para tolerar el dolor y adaptarse, necesitan de una mano amiga que los apoye en el proceso de independencia pero que los acompañe para que sea más llevadera esta situación.

“Siempre duele no, y otra cosa es que todo para caminar uno, no tiene que agacharse, todo, ay que le ayuden a uno, darle la mano...” P5,E5,5:29.

“Más cuando uno se trasportaba, téngase ese pecho y para toser todo, téngase siempre el dolor que le da uno, coge pum... Algo duro siempre le dolía...” P5,5,5:62.

Tabla 5-4. *Significado del tema “Retomando de nuevo de vida”*

| TEMA | SIGNIFICADOS COMUNES | INTERPRETACIÓN |
|-----------------------------|--|--|
| TEMA 3: RETOMAN DO DE | ALEGRÍA DE PODER VOLVER, "UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD" | VOLVER A NACER, HACER LAS COSAS BIEN VIVIR CADA MOMENTO COMO SI FUESE EL ÚLTIMO |

| | |
|---|--|
| NUEVO MI VIDA | BENEFICIOS PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD |
| EXPECTATIVA DEL TRABAJO Y AUMENTO DEL DÉBITO | DISMINUCIÓN RITMO DEL TRABAJO |
| | ALEGRÍA DE SENTIRSE ÚTIL |
| | DEPENDENCIA ECONÓMICA |
| | AUMENTO DE GASTOS (COPAGOS, TAXIS, MEDICAMENTOS) |
| VIVIENDO DE NUEVO LA SEXUALIDAD | DUDAS, PREOCUPACIÓN |
| | MITOS, TABÚS |
| | COMPRENSIÓN DE LA PAREJA |
| CONVIENDO CON EL DOLOR | COMPAÑERO FIEL HASTA SUPERARLO |
| | RESIGNACIÓN Y AFRONTAMIENTO |
| | COMPAÑÍA APOYO PARA SUPERARLO |

Fuente: elaboración propia

5.3.4 Tema 4: fortalezas para avanzar en esta travesía

El postoperatorio tardío de la cirugía de RVM es una travesía que debe contar con elementos para poder superarlo y en esta investigación, los participantes encontraron que sus fortalezas fueron su apoyo espiritual, la red de apoyo: familiar, social e institucional (personal de salud, programa de rehabilitación), el autocuidado desglosado en la convicción de seguir luchando y la propia voluntad, también el tener pasatiempos ayuda a sobrellevar de esta circunstancia.



Figura 5-5. Tema 4 - Fortaleza para avanzar esta travesía

Fuente: elaboración propia

- **ESPIRITUALIDAD**

Los participantes refirieron que el apoyo espiritual fue un gran sustento para soportar y avanzar en este proceso de recuperación. Algunos afirmaron que no son tan religiosos, pero que sí colocaron su fe en algo más allá de lo físico, trascienden al ámbito espiritual. La espiritualidad fue vista como fuente de energía para superar las dificultades que surgen y encontrar la adaptación a la experiencia de los nuevos cambios

“Sí, eso fue el apoyo mío, porque le pedí mucho a Dios, a la virgen para que me sacaran bien de esa operación y todo, sí...” P4,E,4,4:36.

“Pero me quedó faltando cómo darle, mejor dicho la esperanza mía al tener el hijo pequeño es que no sé me quedará volando, ...entonces yo le pedí a mi Dios y le dije que me dejara...” P7,E7,7:63.

“Encomendando a Dios mis hijos, mi hogar, mi casa y encomendándome, encomendando a Dios pues, mis enfermedades, que Dios ponga su mano sanadora y que yo vuelva a quedar como antes” P8,E8, 8:61.

“...nunca, eso también me da mucha tristeza, pero pedirle a Dios que le dé a uno fuerzas y sabiduría para soportar todo eso que se nos viene porque no hay más” P8, E8, 8:65.

Pero también en este ámbito existe una arista de agradecimiento con ese ser supremo por permitir salir victorioso de este proceso, entregando su vida a este ser divino, aceptando cualquier desenlace como su voluntad y a la vez, confiando a su familia para que los proteja de pasar por estas circunstancias

“ ...pues la experiencia básica es de que uno como católico, primero darle gracias a Dios por esta nueva oportunidad de vida y apreciar más lo que es el grupo familiar, las amistades en general que han demostrado tanta preocupación por el acontecimiento de salud que he tenido”. p11,e11,11:44

“Si me voy, si Dios me lleva pues ya es un mandato divino y esto lo tenemos que hacer todo mundo y a cualquier hora, si Dios me tiene para llevarme en este momento, pues él me llevará y si él me tiene para salvarla, pues me salvará la vida”. P8,E8.8:8

“Pero bueno soportando las cosas en el nombre de Jesús que nos da las fuerzas para seguir adelante” P8,E8, 8:26.

“Sí, claro. Yo toda la vida le he pedido al Señor, toda la vida le he pedido a mi amado Jesús que me cuide, que me ayude, que me regale la salud hasta el día que esté aquí; entonces yo le pido mucho a él para que mis hijos que me los cuide, porque pues tengo una mano de gorditos...”. P10,E10,10:46

RED DE APOYO: FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL

La figura de la familia y los amigos en este periodo de recuperación son fundamentales. Cuando los participantes vuelven a la realidad y se enfrentan a una

lista de recomendaciones resaltan que las personas que viven con ellos (esposa, esposo, hijos, amigos) son los que están pendientes y colaboran para cumplirlas, convirtiéndose en pieza clave para que sea exitoso el proceso de recuperación en este periodo postoperatorio tardío. Desde la parte afectiva, la compañía y la preocupación permiten al usuario sentirse querido, amado; lo cual es un apoyo para seguir luchando.

“Yo creo que la familia, ¡no!, el apoyo de acá de la familia, ese ha sido el fundamental” P1,E1,1:23.

“...después de que la señora me insistió, por eso le digo que es tan fundamental eso, donde ella no me insista, pues me quedo yo aquí” P2,E2, 2:39.

“...se esmeraron todos y pusieron toda la paciencia para poder lidiar con un enfermo en todas las cosas” P11,E11,1:32.

“ ...pues ella es la que me lleva prácticamente el control de todas las comidas...” P12,E12,12:10.

“...ahora con la familia, aquí estando con la familia pues uno se siente como más seguro, con el apoyo de la familia, los que lo están visitando a uno, que los nietos, que lo uno y lo otro, entonces todo eso le ayuda a uno a la tranquilidad que necesita sobre todo a la recuperación de esta operación”.
P5,E5, 5

El apoyo que experimentan es un pilar fundamental para los participantes, este se vio representado en los cuidados de la alimentación y el acompañamiento en la administración de medicamentos. Las estrategias para sobrellevar este proceso que utilizaron fueron aplicación de cremas, masajes, e incluso su creatividad los llevan a implementar estrategias para mejorar la estancia del paciente y a la vez, sin importar la distancia porque la tecnología permite acortar esta distancia, a pesar de estar lejos, los participantes sintieron a sus familiares muy cercanos.

“Señora mía me ayudó para que cicatrizara bien, tomando caléndula y aplicándole caléndula y sábila...” P2,E2, 2:17.

“...entonces la señora mía me cuidaba con frutas, ensaladas, carnes magras, sí, el pollo, el pollo, el pollo no grasoso” P2,E2, 2:18.

“No podía dormir, pasaba las noches enteras hasta que mi hijo inventó un parapeto para ponerme el pie alto porque yo no me aguantaba...” P8,E8, 8:47.

“ ... mis hijos, mucho apoyo especialmente el médico, me apoyaron demasiado, sí, en el cuidado de acompañarme que yo tenga salir acompañada, que no puedo salir sola. Estarme hablando, él me habla todos los días, me llama, él está en Argentina y me dice ay mami cómo está, cómo se siente...”. P10,E10,10:27

La tristeza también se refleja por la falta de interés de sus seres queridos, especialmente de los hijos en cuanto a preocuparse por el bienestar de sus progenitores, la distancia en kilómetros se ve reflejada en preocupación e interés de su prosperidad, lo cual lleva a estas personas a sentirse solas, tristes y tratando de buscar resignación para afrontar tal desapego y desinterés; esto lleva a que realicen las gestiones como las autorizaciones solos, arriesgándose a presentar caídas y largos procesos administrativos.

“Sí, ellos vinieron (familiares), fue la actitud que vi de todos ellos, todos los cuatro estuvieron presentes en eso, pero esos detallitos no me gustó, esa fue la situación...” P7,E7,7:66.

“...entonces si no fuera por él y por ella pues uno solo qué haría, los demás hijos ni vienen, ni nos llaman, dos viven en Bogotá, por allá de vez en cuando me llaman a mí y hay uno, ahí también dos aquí que no se preocupan por uno, eso también me entristece qué tan cerca que viven, porque están cerca, viven por aquí cerca, en Cándido y ni siquiera llaman, mucho menos venir a

preguntarle a uno ¿cómo amaneció?, ¿cómo sigue?, nunca, eso también me da tristeza, pero pedirle a Dios que le dé a uno fuerzas y sabiduría para soportar todo eso que se nos viene porque no hay más”. P8,E8,8:64

De igual forma, varios participantes al llegar a casa manifiestan haber sentido cohibida su independencia al recibir de sus familiares prohibiciones constantes en el diario vivir. Desean lograr su independencia de manera pronta para retomar las riendas de su vida.

“Porque desde el momento que usted sale y entra a la casa, lo están jodiendo en la casa, le dicen: no se agache, no coja eso, no vaya a coger eso, mire que no haga eso, nooo, noooo, cuidado, no vaya a probar esa vaina, cuidado, empieza a uno a marginarlo...”. P6,E6, 6:47

“Cuidado se cae, que no sé qué, cuando con la comida, no coma esto, para qué pide esto, usted está cansando, siéntese ahí, quédese ahí, eso hay personas y pacientes que lo recogen todo,... lo tratan de arrimar a uno miija, eso lo tratan de arrimar a uno”. P6,E6,6:78

“...como yo he sido tan activo al principio traté de hacer las cosas, que como le digo, yo arregló todos los electrodomésticos y las cosas que se dañan, yo voy arreglando y trataba de arreglar las cosas, pero entonces me frenaban sí, todo me frenaban, no haga eso porque le hace daño...”. P8,E8,8:49

“No, él está en una etapa de que tiene que valerse por sí solo y para adelante porque si no se nos vuelve un inválido....” P11,E11,11:27.

Ahora bien, la oportunidad de algunos participantes de compartir una relación diferente con algunos profesionales de la salud les otorga un significado de seguridad y confianza. Algunos señalaron entre el personal más cercano a los médicos, uno de ellos mencionó a una enfermera por ser su familiar más cercano.

“...uno de los médicos me explicó que qué cómo... qué era lo que hacen con el corazón en ese momento, lo que colocan los puentes y toda la cuestión,

entonces eso era lo que acomodaba nuevamente, buscaban era normalizar el ambiente... personal, pues eso me tranquilizó...". P7,E7,7:10

" Antes de las terapias me vio el médico, él fue que me revisó que como iba, me vio las heridas, me vio todo, está bien, lo veo bien porque me dio mucho ánimo, lo veo bien, o sea el tiempo que me veía operado me veía mejor no, y yo también me sentía mejor, y siempre han sido ellas (se refieren a las rehabilitadoras cardiacas) las que están monitorizando uno, antes de entrar, después de terminadas las sesiones también le toman la tensión a uno". P5, E5, 5:89

"Ay y como ahí trabaja una sobrina mía en Mediláser, ella es jefe, de pronto usted la conozca xxxxxx, entonces dijo venga, allá ella misma me miró y me estrujó, eso y claro tenía prácticamente material, entonces me hizo curación y me seguí haciendo curación y me fue mermando". P5, E5, 5:81

Otro apoyo a nivel institucional son los programas de rehabilitación cardiaca fase II, la mayoría de los participantes reconocen que fueron buenas y beneficiosas para su salud y recuperación, incluso resaltan que es un lugar donde conocen gente y pueden establecer lazos de amistad.

"Claro, conocí gente, nos reunimos incluso en el día del amor y la amistad, compartimos, nos contamos nuestras experiencias buenas y malas, yyy es bueno" P2,E2,2:40.

"Todo eso es buenísimo, yo he estado con este brazo, estaba pensando que me quedará así como dormido, sin poder hacer nada, sin coger nada y no, ese aparatito siempre le digo mónteme ahí que yo con este me siento bien, porque esto hace uno hace así y así y así no, fuercita, y me ha servido muchísimo y lo que ellas le hacen hacer físicamente ahí, pero no, todo bien...". P8,E8,8:54

Por otra parte, las recomendaciones impartidas para el cuidado postinstitucional estuvieron a cargo del personal de terapia o el médico; se desconoce el papel de la educación que el personal de enfermería brinda o brindó, es decir, el papel de enfermería en este periodo de recuperación es invisible.

“...pero la terapeuta fue que me dijo ¡no, no, usted no puede conducir moto ni carro!, porque siempre el movimiento no lo puede, fue cuando dejé de conducir moto...” P4,E4, 4:11.

“Ellas le recomiendan a uno las agachadas, no agacharse tanto, qué más le digo, recomendaciones, que se cuide que pongámosle que a uno le están preguntando, cómo se siente, cómo va, está cansado, o algo, si lo ven que usted está agitado o algo, mérmeme y así, o sea lo están monitoreando en la sesión de terapia”. P5,E5, 5:45

“Divinamente, me atendieron lo más de bien, una persona científico muy buena las doctoras (se refiere a las rehabilitadoras cardiacas), excelentes en sus recomendaciones y gradualmente se fueron haciendo los ejercicios y ve uno la evolución que hay que llevar las recomendaciones, es que cualquier paciente las tome no por cumplirlas no, sino que es para uno, por el bienestar de uno y hay que llevarlas a cabo ciento por ciento, en todo sentido”. P11,E,11, 11:18

Cabe destacar que este sitio es un lugar para aprender y saber cuáles son los ejercicios que su cuerpo puede tolerar, es una adaptación a lo que el resto de su vida debe seguir haciendo. Algunos asumen dicho lugar como agradable y donde aprendieron para luego replicar en su casa lo aprendido. Otros por la falta de economía deciden realizarlo en su casa, pero se evidencia que lo aprendido se lleva a la práctica; otros definitivamente presentan dificultades con el dolor o molestias en la pierna, pero igualmente este ámbito les favorece para construir el conocimiento de nuevos hábitos e identificar cuáles son los ejercicios aptos para su salud.

“Pues claro, como le digo, lo que hago allá, yo vengo y lo hago acá sí, yo me monto en un aparato de esos, ella le dicen cuente 10 o 20 y descanse, y claro que he aprendido uno hartísimo de las terapias, además son unas niñas que tienen mucho modo para decirle a uno haga esto...”. P8,E8, 8:66

“Bien, sí señora, yo hice... hicimos primero 20 terapias y sí terminé las terapias y todo entonces tenía otras 10 que me ha ordenado el doctor, pero entonces esa valían cuarenta y pico y como no tenía la plata no he podido ir; entonces sabe qué hice, me fui para el estadio, allá en el estadio hacia las terapias yo solo, allá, mejor dicho yo sabía que era lo que tenía que hacer cuando íbamos a hacer terapias y todo, no me sentía asfixiado, ni nada, solo cuando me sentía muy asfixiado era que paraba un rato y listo, y volvía y seguía normal”. P9,E9, 9:35

- **AUTOCUIDADO PARA SEGUIR LUCHANDO**

Los participante asumieron que la consciencia y el deseo de querer hacer algo por uno mismo cuenta como unas de las principales fortalezas para superar la experiencia del proceso de postoperatorio de revascularización, así exista apoyo a nivel externo el principal protagonista es el individuo, con el deseo de salir adelante, realizando su autocuidado; esto ligado al amor propio que lleva a cambiar malos hábitos por otros que favorezcan al estado de salud y pronta recuperación.

“Que me ayudó a míí, (silencio) a superar esta experiencia, pues que me he autogestionado, yo mismo me he dado aliento no, yo mismo he dicho pues Dios me dio la oportunidad de seguir viviendo, pues a disfrutar” P4,E4,4:31.

“...que tiene que tomar uno consciencia, que nunca ha tomado consciencia de que a uno le dicen, va uno al médico y siempre que le dicen uno y le recomiendan que esto que lo otro y uno nunca pone porque en realidad uno se siente bien, aparentemente está bien”. P5,E5, 5:46

“Pero ellos pongámosle todavía comen fritos, comen una cosa, comen otra, y pues yo los veo y todo le dan ganas, pero no ya me he concientizado, y no como” P5,E5, 5:57.

“Autoestimarse uno mismo, independizarse, al principio mi hija me dabas las pastas y ya luego me las tomaba yo solo y fuera de eso le mete uno vitaminas, son costosas pero hay que hacerlas para el bien de uno y eso”. P11,E11, 11:51

Entre tanto, las diferentes técnicas que se utilizan hablan del deseo de mejorar, el aprender e ir y replicar en casa, el uso de la tecnología favorece la esperanza de cada día seguir mejorando; además existe la idea de que lo están haciendo por ellos y para ello.

“...bueno, como primera medida resulta que por internet uhh, yo hago unas terapias que pongo la tablet, la pongo allá y eso es una machera pues, pero yo aprendí mucho aquí en Neiva en, en las terapias donde me mandó, me mandaron pues y le puse cuidado al tiempo no”. P7,E7, 7:58

“...acá hay un polideportivo que hay los mismos aparatos que allá, entonces me voy para allá, para el polideportivo y camino una media hora y luego me subo en un aparatico de esos, hay una cicla, hay otro; ese aparato que hace así y hago unos 40 de unos 50 minutos de deporte, porque no tenemos terapia sino los martes y yo no tengo sino los martes, jueves y viernes, entonces el resto de la semana me salgo para allá y eso me ha servido también muchísimo porque esto la recuperación de uno está en la buena alimentación, y en el deporte, caminar y eso es lo que he hecho”. P8,E8, 8:5

De la misma forma, la fuerza de voluntad y la disciplina son piezas fundamentales para realizar y seguir cada indicación correctamente, sumado con el deseo de mejorar y el amor propio son cimientos para salir como triunfador en la lucha por seguir viviendo con una excelente calidad de vida.

“...la fuerza de voluntad, hija, la fuerza de voluntad, si usted no tiene fuerza de voluntad no consigue nada hija, es como usted dice voy a hacer esta vaina y si no le pone voluntad, no sale adelante...” P9,E9, 9:48.

“...cuidarse, lo que pasa es que uno no se cuida, no cuida el cuerpo, uno todo... lo hace las cosas, no mide si eso hace daño o no hace daño, uno no se cuida entonces eso vienen las consecuencias...” P10,E10,10:43.

“Pues cumpliendo las metas de disciplina sale uno adelante...” P11,11,11:05.

“Con esos aparatos yo sé que me subo a esos aparatos y lo estoy haciendo por mí y es para mí y me siento muy bien, anímicamente me siento muy bien...” P4,E4, 4:61.

El ser humano tiene como ventaja el tomar las situaciones de sus vidas desde dos perspectivas: verle el lado positivo y aprender de ella, y por otro lado, quedarse en el problema lamentándose sin buscar soluciones; estas personas resaltan que lo que les ayudó a luchar para superar esta etapa fue su forma y actitud frente a la vida, asumieron y aceptaron que es una situación difícil pero que era posible salir adelante y le colocaron positivismo a sus vidas.

“Otro factor es cómo asumo yo las cosas, yo las asumo con mucha tranquilidad y con mucho positivismo“ P3,3,3:34.

“Uff, la actitud positiva es la que le ayuda a uno ciento por ciento, es decir, muchas veces se está comprobado científicamente que si usted tiene un dolor de cabeza por x o y motivo, usted mismo se pueda hacer muchas terapias, usted mismo sin necesidad de ir a tomar un medicamento, usted se ayuda”. P11,E11, 11:52

“Uno tiene ser así, programarse y vivir la vida y disfrutarla al máximo, porque uno se enfrasca en los problemas y se acaba” P4,E4,. 4:50.

- **PASATIEMPO, OCUPAR LA MENTE**

La mayoría de participantes son personas pensionadas que buscan una ocupación para pasar el tiempo; las personas que tienen definidos su pasatiempos denotan mayor aceptación y tolerancia, son personas positivas que buscan cada día sacarle su mayor beneficio, siendo una protección para no caer en depresión o tristeza.

“Siempre tengo que estar ocupada, no me puedo quedar quieta, entonces yo vengo y así este la señora que viene entonces le ayudo a hacer aseo, me gusta cocinar, entonces yo cocino, miro televisión, leo un rato, de pronto busco artículos por internet, me pongo a leerlos y qué más, me volví novelera, entonces ahora miro novelas, voy donde una amiga que tengo acá, de resto no volví a visitar a nadie”. P1,E1,1:27

“... El ajedrez, yo por ejemplo quería seguir jugando ajedrez, como usted ve, yo tengo un ajedrez siempre ahí, vienen mis amigos, o si no tengo que ir a la casa de ellos voy, nos turnamos, en cuanto a los poemas duré varios meses sin escribir un poema, yo siempre me inspiraba un poema en 20 o 30 minutos, pero duré varios meses, no sé, cómo que no me atraía escribir a pesar de tener la intención de escribir, no lo hacía, pero ya estoy retomando nuevamente”. P2,E2,2:28

Otras alternativas que resaltaron los participantes para ocupar su tiempo libre fue el uso de la tecnología como el uso del celular o ver televisión, pero también existen otras opciones como la búsqueda de la tranquilidad del campo para relajarse y recuperarse o retomar proyectos pendientes; todos con el fin de tener algo que hacer o en qué pensar y que ello les permita ser útiles y estar ocupados.

“Me gusta entretenerme llenando crucigramas y mirando fotos, mis hobbies es mirar fotos y pues tengo mi celular y chateo con mis hijos” P3,E3, 3:1.

“...aquí vivo muy relajado, muy sabroso, el clima... es muy cómoda, tengo piscina, tengo jacuzzi, hay unas vacas que son mías, entonces, tengo aquí por allí, que es ganado, que el pollo, que la gallina, que recoja el huevo, eso

es vida, y eso lo mantiene a uno distraído, lo mantiene pensando en otras cosas diferentes...”. P4,E4, 4:25

“Pues matar el tiempo ahorita porque ha habido mundial, ha habido televisión, ehh, llega el hijo del trabajo, yo soy el que hago las cuentas, yo el negocio sigo, yo le entrego, ahí tengo mis libros...” P5,E5,5:75.

“Me ha gustado toda la vida hacer... esto semilleros de una cosa, semillero de otra, uhhh hacer sembrar maticas, en fin; entonces yo todo los días después que hago el ejercicio, entonces voy y me pongo a regar las maticas que tengo sembrada y ahora con este verano pues con mayor verá ve”. P7,E7,

7:46

“...entonces con eso hago las poditas y todo, eso no es trabajo duro ni nada ve,... que yo siempre todos los días, estoy estudiando la forma de cambiar la apicultura ve...” P7,E7,7:48.

Tabla 5-5. Significado de tema “Fortaleza para avanzar la travesía”

| TEMA | SIGNIFICADOS COMUNES | INTERPRETACIÓN |
|---|---|---|
| TEMA 4. FORTALEZA PARA AVANZAR LA TRAVESÍA | ESPIRITUALIDAD | FORTALEZA |
| | | FUENTE DE ENERGÍA PARA SEGUIR |
| | | AGRADECIMIENTO CON EL SER SUPREMO |
| | RED DE APOYO: FAMILIA, SOCIAL, INSTITUCIONES | INTERÉS POR EL SER AMADO |
| | | SEGURIDAD Y CONFIANZA EN SITUACIONES DESCONOCIDAS |
| | | PROHIBICIÓN PRODUCE MARGINACIÓN, DEPENDENCIA |
| | | CONSTRUCCIÓN DE NUEVO HÁBITOS |
| | AUTOCUIDADO | DESEO DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA |
| | | AUTOESTIMA, VOLUNTAD PROPIA |
| | PASATIEMPO, OCUPAR LA MENTE | PROTECCIÓN PARA NO CAER EN DEPRESIÓN O TRISTEZA |
| | BENEFICIO PARA LA MENTE | |

Fuente: elaboración propia

6 Discusión

Los resultados de la investigación ayudan a comprender el significado de la experiencia de los participantes de este estudio en la etapa de postoperatorio tardío, de la RVM. Para los participantes, la experiencia de la RVM trascendió de los ámbitos fisiológicos a dimensiones emocionales, sociales y espirituales. La literatura reporta que después de la cirugía de RVM, el individuo pasa por un proceso dinámico para lograr la salud desde lo físico, mental espiritual y emocional. Por ello, los cuidados por parte del personal de salud deben extenderse y tener en cuenta dichas dimensiones para su manejo posterior del alta y citas posquirúrgicas, “contemplando el paciente de forma holística en las dimensiones físicas, sociales, espirituales y emocionales” (4).

Así mismo, los resultados indican que los participantes contaban todos con prescripciones médicas relacionadas con transformación de hábitos; como la inclusión de la alimentación sana y el ejercicio diario. En el estudio de Vila (2008) citado por Erdmann y cols. (13), los participantes reconocieron y justificaron como principales factores para el apareamiento de la enfermedad cardíaca: el estrés, la hipertensión y la diabetes, los hábitos alimenticios inadecuados, el tabaquismo y el sedentarismo(13, 16). Por lo tanto, el cumplimiento de estas indicaciones dadas por el personal de salud amortigua los factores causales que los llevaron a estar en esta situación, controlando el riesgo de reingresos y disminuyendo la morbilidad y mortalidad. También, Cielo y cols. (69) resaltaron que tener una alimentación adecuada, tomar el tratamiento farmacológico, realizar la actividad física y el cese de hábitos como el tabaco y el alcohol constituyen posibilidades importantes para el mantenimiento de la salud de los individuos revascularizados.

La literatura describe que la mayoría de personas que experimentan la revascularización miocárdica percibieron al menos un problema después del alta, los problemas más relevantes fueron dificultad para conciliar el sueño, insomnio, dolor de hombro, dolor de espalda, fatiga, pérdida de apetito, introversión, debilidad, problemas respiratorio, edema de la herida en la pierna, vómitos, cicatrización de heridas, enrojecimiento de la herida y dolor en la pierna y en el tórax (25). Los participantes de esta investigación manifiestan complicaciones posquirúrgicas tardías como dolor, insomnio y alteraciones cognitivas, pérdida de la memoria, disminución de la visión y la audición. Por otro lado, la literatura referencia que se pueden presentar alteraciones de origen psicológico, comportamentales e intelectuales hasta un año después de la cirugía, alteraciones como déficit de memoria, dificultades en la solución de problemas, déficit de atención y concentración, delirio, crisis de llanto, insomnio, depresión (4).

Ahora, reconociendo lo que significa la experiencia corporal de manifestaciones físicas no habituales, sensación de adormecimiento y dolor de manera particular en la cicatriz, esto se convierte para algunos participantes en “signo de oportunidad” para iniciar una nueva vida. Otros estudios describen que las marcas físicas dejadas por la cirugía generan sufrimiento y la cicatriz representa la marca de que el paciente es un sobreviviente, remitiendo la idea de renacimiento, pero al mismo tiempo, la incisión puede representar la marca de que el cuerpo perdió su integridad, generando sufrimiento y expectativas en relación a la calidad de vida (69).

Así pues, las vivencias del postoperatorio tardío evidencian expresiones que dejan ver como se sienten los participantes consigo mismo; aquí es particularmente significativo la presencia de sentimientos de tristeza y soledad expresada muchas veces a través del llanto. Estos sentimientos dan cuenta del estado de dolor y vulnerabilidad en el que se pudieron encontrar en un momento dado, tal vez relacionado con la pérdida de independencia o la ausencia del apoyo familiar. De manera similar, el estudio de Teixeira y cols. (4) registró entre las alteraciones

emocionales más comunes en el postoperatorio tardío RVM, la ansiedad y la depresión.

Por ello la evaluación de estos estados emocionales podrá contribuir a la detección de individuos con dificultades para rehabilitarse, ya que la ansiedad y depresión pueden reflejarse en sentimientos de incapacidad para cambiar y mantener comportamientos favorables a la salud cardiovascular, tales como: adopción de dieta saludable, práctica de ejercicios físicos y abandono del cigarro (4).

Además, en el mismo estudio se recomendó la implementación de la de consulta de enfermería: "Utilizando protocolos que posibiliten la evaluación sistemática del paciente, identificando sus reales problemas para la planificación y realización de intervenciones de enfermería postquirúrgica" (4).

De ese modo, los participantes enfrentaron dificultades frente a la atención prestada por la institución de salud, no solo por estar dirigida en su mayoría de veces a aspectos técnicos y terapéuticos que por supuesto contribuyen a aliviar los desequilibrios somáticos por los que atraviesa la persona en postoperatorio tardío de RVM, sino también enfrentan dificultades administrativas relacionadas por ejemplo, con los horarios inflexibles para realizar las terapias, a los trámites largos y dispendioso para la dispensación de medicamentos, que se convierten en barrera para seguir las prescripciones. Otro estudio describe que la continuidad del tratamiento se obstaculiza: "[Por] las dificultades para la marcación de consultas en la agenda de los profesionales y la dificultad para la adquisición de medicamentos con recursos propios, cuando no son disponibles por el Sistema de Salud" (43).

Aunado a ello, la ausencia de un cuidado que refleje la apuesta por ayudar a la persona cuidada a promover su singularidad, a velar por su integridad emocional y social, a fortalecer el crecimiento y desarrollo personal y al descubrimiento de recursos para recuperar su bienestar.

Resulta evidente que el postoperatorio tardío de RVM es una situación compleja y dolorosa. Implica, como ya se ha dicho, vivir sensaciones diferentes a través del cuerpo, pero el cuerpo no es simplemente un objeto físico o un estado fisiológico, sino un agente de experiencias emocionales, espirituales y sociales. Vale la pena anotar que la experiencia del postoperatorio tardío de RVM, significa superar la sensación de muerte sentida antes y durante la cirugía, también significa, a través del tiempo y de las experiencias vividas, tener la ocasión de llevar a cabo una construcción propia, asumir un papel activo en el cuidado de sí, para aprender a vivir de otro modo, fortalecido. Significa una nueva oportunidad de vida, enfrentando los significativos cambios en el estilo de vida(13,15). Por otro lado, al superar las limitaciones diarias impuestas por la enfermedad, aumentan la posibilidad de comprender la situación vivida y adaptación a los nuevos cambios de estilo de vida tanto físicos como emocionales (19).

Asimismo, la experiencia de los participantes muestra reacciones de inconformidad que se encuentran en estrecha relación con el dolor en la herida quirúrgica que persiste en el tiempo. Coelho y cols. (38) afirmaron que “la experiencia del dolor es subjetiva, compleja y multidimensional”, por lo tanto, para manejar este fenómeno de manera efectiva, se necesita un enfoque multidisciplinario para incluir tratamientos alternativos además de los tradicionales e investigar continuamente cómo son los métodos apropiados para aliviar el dolor, considerando tanto los aspectos positivos como los negativos (38).

La voz de los participantes del estudio deja ver, en gran medida, la sensación de derrumbamiento de su realidad cotidiana que comienza con experimentar una situación crítica de salud, y después de largos días regresar a sus lugares de vivienda para retomar de nuevo las riendas de su vida. Para algunos, la mayor preocupación gira alrededor del trabajo, ya sea porque decidieron dejar de trabajar o porque prefirieron bajarle el ritmo al trabajo, pero siempre argumentando la necesidad de cuidar su salud, aunque su ingreso económico disminuyera. Existe evidencia que respalda el hecho del retorno laboral como un indicador que favorece la recuperación de la capacidad funcional, así como también en el bienestar del

paciente luego de la RVM (12). En otro estudio, la cirugía RVM parece ser percibida por los sujetos como una limitante para la actividad laboral, repercutiendo en el estado emocional de las personas, en términos de percepción de baja autoestima y dependencia financiera (70).

La experiencia vivida de los participantes le da significado no solo a sus alteraciones físicas, sino también a la incertidumbre sobre la posibilidad o no de mantener relaciones sexuales, expresan creencias, prejuicios y falta de conocimiento sobre el manejo de su sexualidad. En esta experiencia incluyen a sus respectivas parejas. Después de la cirugía cardíaca, la frecuencia de las relaciones sexuales disminuyen (13), tal vez se relacione por la necesidad del uso de diversos fármacos, capaces de producir efectos adversos que perjudican el rendimiento sexual (disfunción eréctil y / o pérdida de la libido) (69). Lo anterior refleja la necesidad de realizar acompañamiento para aclarar dudas y disminuir la incertidumbre, se deben generar estrategias y objetivos que deben incluir la atención individual y en pareja, teniendo en cuenta que los temas de sexualidad sigue siendo un tabú en la sociedad (5).

Por lo tanto, la principal preocupación de los participantes en este estudio es su bienestar, su salud. Asumen cuidados para mantener la salud, mejoran su alimentación, realizan actividad física, cuidan de sus heridas, acogen el tratamiento farmacológico y las recomendaciones dadas por el personal de la salud; lo que es probablemente un indicio que se reconocen como personas que viven una situación compleja del periodo pos operatorio tardío de RVM y que requieren de guías y de apoyos del personal de salud, de los familiares y de algo superior, divino, llamado espiritualidad. Almonacid y cols. (8) resaltaron que los recursos espirituales para los pacientes son fuente de esperanza para el enfrentamiento del proceso quirúrgico y trasciende a la experiencia de postoperatorio. Dichos recursos ayudan a superar, afrontar, y continuar esta experiencia. Además, la relación espiritual se sustenta por la conciencia del riesgo de morir y por el deseo de vivir, de solucionar

cuentas pendientes o simplemente con la esperanza de hacer bien las cosas si se tiene otra oportunidad (71).

Nuevamente, la voz de los participantes deja ver que para cuidar la salud y lograr el bienestar necesitan de la ayuda de otro, aunque no sea un experto, sino aquella persona que persuade que aconseja. Para estas personas es muy importante contar con el apoyo de la familia, la pareja, con quienes pueden arriesgarse a contar sus dolores, molestias y en quienes afloran sentimientos de solidaridad, que les permite disminuir sus sensaciones de estrés y alteraciones emocionales y físicas. La familia se convierte en un pilar en el proceso de recuperación, se cree que son ellos los que ayudan a complementar la parte faltante del autocuidado brindando apoyo, compañía, amor, sensación de seguridad y contribuye en la disminución de la ansiedad y del estrés quirúrgico (13).

Los participantes valoran y le dan significado al encuentro con el personal de salud, de manera particular con los médicos y terapeutas físicos; establecieron una relación terapéutica donde prima las indicaciones para el cuidado físico, el seguimiento de indicaciones farmacológicas, de actividad física y alimentación sana. Akbari y cols. señalaron que los pacientes en postoperatorio deben ser incluidos en programas de descarga, los cuales son servicios importantes para la continuidad del tratamiento y abarcar aspectos físicos, psicológicos y sociales de la atención al paciente de manera individual (25). En el contexto donde se realizó este estudio aún no se tiene planteado un equipo multidisciplinario que incluya al personal de enfermería. Si esto se lograra, sería posible con la participación de las enfermeras garantizar una atención integral, trascendiendo de una visión particular determinística a una visión simultánea integrativa, la cual permite ver al ser humano como único, diferente y organizado por patrones (72).

Así, el postoperatorio tardío de la cirugía RVM se convierte para los participantes de este estudio en la sensación de que la realidad que Vivian ha cambiado y que adquieren importancia cosas muy distintas en su nueva vida. Partiendo de reconocer lo que significa la experiencia corporal de manifestaciones físicas no

habituales, la falta de conocimiento sobre las complicaciones postoperatorias y sobre los efectos de algunos medicamentos, la posible dificultad para relacionarse con otros, hasta la marea de sensaciones y de ansiedad y estrés. Surge la decisión de hacer las cosas por sí mismo, en otras palabras, la “autonomía para el autocuidado” (8). Los participantes asumen el reto del cuidado de sí mismo, retoman la experiencia singular que ha vivido cada uno de ellos, tratan de valorar positivamente su nueva realidad e intentan aprender a negociar con ella, a pesar de las múltiples limitaciones y el sufrimiento que conlleva. Además, deciden abandonar formas de diversión y de interacción social –ahora contempladas como inapropiadas para su bienestar– que mantenían antes de la cirugía para abordar otras formas como la poesía, el jugar ajedrez, el reunirse con sus amistades. Todo ello se requiere para lograr un equilibrio entre la corporeidad y la interioridad de los sujetos y para asumir el cuidado de sí.

7 Conclusiones

A partir de los hallazgos obtenidos en este estudio, mediante el análisis de las narraciones de los participantes leídos a la luz de algunos referentes investigativos, en este capítulo se presentan las reflexiones que ganaron mayor fuerza argumentativa e interpretativa y permiten, al tiempo, configurar conclusiones e identificar temas que requieren más profundización y plantean otros retos investigativos.

Si bien, en el contenido de la tesis se presentaron fragmentos de las narraciones de lo que significa la experiencia vivida en el postoperatorio tardío de la cirugía RVM, estos fragmentos se interconectan para formar un todo. La experiencia supone para los afectados tiempos y acontecimientos que complejizan y diversifican sus vivencias, percepciones, valoraciones, decisiones y actuaciones y que sugieren diversas formas de vivir el pos operatorio tardío.

Vivir esta experiencia no es solo el enlace de unos signos y síntomas con el diagnóstico, la intervención quirúrgica y las expresiones corpóreas, sino que va más allá: el cuerpo no es simplemente un objeto físico o un estado fisiológico, sino un agente de experiencias emocionales, espirituales y sociales, las cuales hacen que tal experiencia sea conmovedora por el sufrimiento, el dolor y la sensación de derrumbamiento de la realidad habitual que propicia el postoperatorio en estas personas.

La experiencia de vivir el pos operatorio tardío RVM supone también un sistema de transacciones. Este es uno de los aportes del presente estudio, pues las narraciones no solo se concentran en la experiencia de sufrimiento de las personas, sino que narran cómo estas reaccionan a la misma, movilizan recursos, buscan

alternativas, tratando de resignificar su nueva realidad física, social, espiritual y emocional; del mismo modo que se intenta dar cuenta de cómo estas personas se adentran en el ahora y en el futuro para asumir el reto, *de autocuidado*. Como se ha explicitado, ello implica acudir y acoger los tratamientos médicos y tomar medidas de autocuidado para mantener la salud, lo que de alguna forma, evita nuevos ingresos hospitalarios o complicaciones secundarias.

Entonces, el reto *de autocuidado*, asumido por algunos de los participantes, se torna también en un reto para los profesionales de la salud y particularmente, para las enfermeras(os). Este último reto se traduce en la necesidad de hacer preguntas que cuestionen tanto las actuales políticas de salud como el actuar imperante. Apropiarse de fundamentos de reflexión ética e insistir en la necesidad que se resignifique la noción de cuidado, no como un concepto puramente higiénico, o de cumplimiento exclusivo de un tratamiento con medicamentos, sino como una forma de vida que defienda la libertad de las personas para que estén en capacidad de agenciar sus propios proyectos de vida, de modo que la acción individual y el compromiso personal se vinculen al cuidado mutuo y al bienestar colectivo.

Igualmente, la familia, la pareja, las personas con quienes pueden arriesgarse a contar sus preocupaciones, se constituyeron, según algunos de las narraciones, en un grupo significativo para llegar al autocuidado. En ellos, muchas veces, afloran acciones de solidaridad que les permiten disminuir la tensión que causa el dolor, las alteraciones emocionales, las cognitivas y les aportan algunos motivos y razones para subsistir y para llevar una vida digna tanto física como opcional. Sin embargo, aquí se abre un trabajo amplio en el que se requiere profundizar en la forma que se afectan los miembros de la familia que acompañan esta experiencia.

De acuerdo con todo lo anterior, conocer lo que significa la experiencia de vivir el postoperatorio tardío RVM, a partir de la voz de los implicados, es para las enfermeras de vital importancia, para comprender de manera amplia y cabal que se encuentran ante sujetos que están en una dinámica de estructuración y desestructuración permanente de sus proyectos de vida, para quienes las

demandas de la cirugía pueden alterar la integración imaginaria de sí mismos; igualmente, para comprender que existe un llamado para cuidar a estas personas, que demandan un cuidado especial para recuperar su imagen de integridad corporal, no solo en el orden exclusivamente biológico, sino también en el psicológico y social, y que requieren en el diálogo, en la interacción construir escenarios en los que se pueda agenciar el autocuidado.

8 Recomendaciones

Este aporte investigativo sirve a la disciplina y los currículos para que a partir de la comprensión de la experiencia de las personas sometidas a la cirugía RVM y durante el postoperatorio tardío, se propongan otras investigaciones y estrategias de atención con miras a minimizar los problemas de salud, desde una mirada diferente. Vale la pena insistir en un trabajo interdisciplinar en el que las enfermeras se apropien de las teorías disponibles de enfermería para sustentar las acciones de cuidado. Comprender la experiencia vivida de este grupo de participantes permitió reflexionar en este sentido y parafraseando por ejemplo, a Meleis; este grupo de personas pasaron de una condición de vida a otra, afrontan diversos sucesos, lo que implica cambios en su estado de salud, en sus roles familiares y laborales, en sus expectativas y demandas, es decir, viven transiciones. Es allí donde la Enfermería debe actuar, debe apoyar, para lograr que las personas en esta situación de salud puedan afrontar estas transiciones logrando niveles de estabilidad y crecimiento frente a lo que están afrontando (73, 74).

Así mismo, se requiere que las enfermeras retomen el cuidado de las personas en el postoperatorio tardío, en el proceso de alta, en los programas de plan de egreso. Las indicaciones médicas y de otros profesionales de la salud no son suficientes, por supuesto necesarias, pero se necesita un acercamiento del personal de Enfermería a través del diálogo, de la generación de confianza, de respeto, de estrategias tecnológicas y de otras acciones innovadoras para lograr que las personas agencien su autocuidado y retomen sus proyectos de vida.

APORTE TEÓRICO:

Con la descripción del primer nivel teórico del significado de la experiencia vivida por pacientes en posoperatorio tardío de revascularización miocárdica, es el primer paso para dar inicio a la formulación de un instrumento que permita medir este fenómeno además aportan conceptos para futuras estudios en otras poblaciones.

APORTE PARA LA PRÁCTICA

Esta investigación muestra unos resultados que pueden ser utilizados para la implementación de planes de cuidados individualizados para pacientes post-revascularización miocárdica en el proceso de la transición (alta) del hospital al hogar con intervenciones integrales y oportunas mediante consultas de Enfermería.

9 Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud [OMS] ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? 2016 [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es.
2. García-Tornel MJ, Cañas AC, Hernández TC, Ayala JMC, Romero JMC, Castillo JJC, et al. Cirugía cardiovascular. Definición, organización, actividad, estándares y recomendaciones. *Cir. Cardio*. 2012;19(1):15-38.
3. Windecker S., Kolh P, Alfonso F, Collet J, Cremer J, Falk V, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre revascularización miocárdica, 2014. *Rev Española de Cardiología*. 2015; 68(2):92-97.
4. Teixeira FE, Leite TL, Gomes EC, Lopes I. Protocolo de consultas de enfermería al paciente después de la revascularización del miocardio: influencia en la ansiedad y depresión. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18:34-41.
5. Alves MP, Lanzoni GMdM, Koerich C, Higashi GDC, Baggio MA, Erdmann AL. O processo de viver a cirurgia de revascularização cardíaca: uma análise de gênero. *Escola Anna Nery*. 2016;20(4):1-9.
6. Benjamín E, Blaha M, Chiuve S, Cushman M, Das S, Deo R, et al. Resumen de estadísticas de 2017 Enfermedad del corazón y ataque cerebral. *Rev Circul*. 2017;135(10):e146-e603.
7. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and stroke statistics--2015 update: A report from the American Heart Association. *Rev Circul*. 2015;131(4):e29-e322.
8. Almonacid Urrego CC, Camarillo Romero MdS, Gil Murcia Z, Medina Medina CY, Rebellón Marulanda JV, Mendieta Zerón H. Evaluación de factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular en jóvenes universitarios de la Localidad Santafé en Bogotá, Colombia. *Nova*. 2016;14(25):35-45.
9. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Indicadores de salud: Perfil Colombia 2012. [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135.
10. Mennen A, Garner K. Recent advances in the management of cardiothoracic patients. *Austr Nurs J*. 2003;11(3):19-22.
11. Ariza C. Cuidado de enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica. *Rev Col Cardiol*. 2013;20:372-380.
12. Dayan V, Ricca R. Rehabilitación cardíaca luego de la cirugía de revascularización miocárdica. *Arch Cardiol Mex*. 2014;84(4):286-92.

13. Erdmann AL, Lanzoni GMdM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Understanding the process of living as signified by myocardial revascularization surgery patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(1):332-339.
14. Cebei F, Şenol Çelik S. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *J Clin Nurs*. 2008;17(3):412-420.
15. Pereira PF, Góes R, Gasparino RC. Dúvidas dos pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio. *Cogitare Enferm*. 2009;14(4):675-681.
16. Da Silva VdSC, Aparecida L, Costa MCS. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Rev. salud públic*. 2008;42:750-6.
17. Spadoti RA, Aparecida L, Silva MC, Carvalho VdS. Qualidade de vida após revascularização do miocárdio: avaliação segundo duas perspectivas metodológicas. *Acta paul. enferm*. 2010;23(2):163-8.
18. Banner D, Miers M, Clarke B, Albarran J. Women's experiences of undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Adv Nurs*. 2012;68(4):919-30.
19. Matos AL, Martínez JE, Da Silva ICR. Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013;26(6):575-80.
20. Esmite N, Pouso J, Reinoso JC, Gutiérrez F, Ruso N, Bigalli D. Percepción de calidad de vida antes y después de la cirugía de revascularización miocárdica. *Rev.Urug.Cardiol*. 2015;30:268-79.
21. Bak E, Marcisz C. Quality of life in elderly patients following coronary artery bypass grafting. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:289-99.
22. Tung H-H, Chen Y-C, Wei J, Liu C-Y, Chang C-Y, Wang T-J. Leisure physical activity and quality of life after coronary artery bypass graft surgery for patients with metabolic syndrome in Taiwan. *Heart Lung*.39(5):410-20.
23. Bikmoradi A, Masmouei B, Ghomeisi M, Roshanaei G. Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study in Iran. *Int J Med Inform*.86:43-8.
24. De Melo GMdM, Callegaro GDC, Koerich C, Erdmann AL, Aparecida M. Factors which influence the process of experiencing cardiac revascularization. *Texto contexto - enferm*.. 2015;24:270-8.
25. Akbari M, Celik SS. The effects of discharge training and counseling on post-discharge problems in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20(4):442-9.
26. Solano Ruiz MdC. Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cult cuid*. 2012;(19):1-2.
27. Robledo R, Escobar FAE. Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del observatorio en salud*. 2010;3(4):1-9.
28. Organización Mundial de la Salud [OMS] Cada Año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 Millones de defunciones prematuras, por Lo Que La OMS insta a redoblar Esfuerzo [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>.

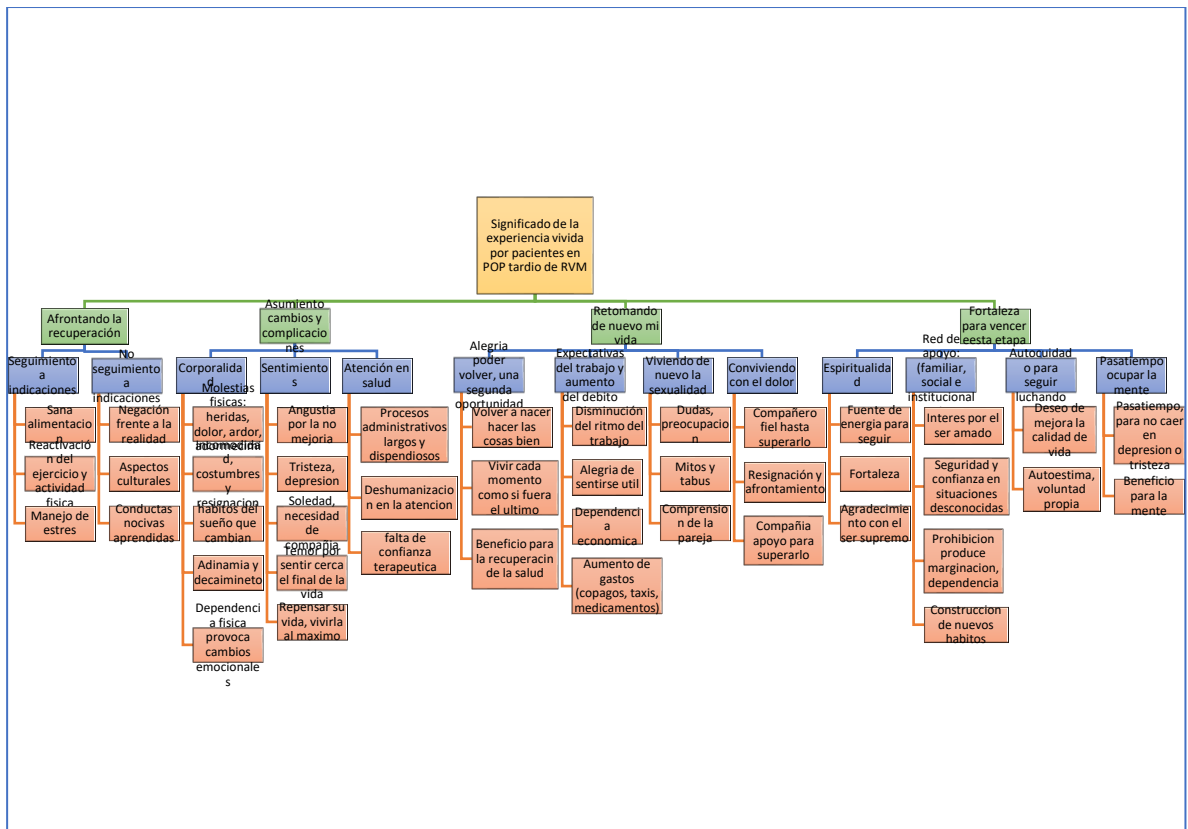
29. Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. Guía Metodológica para el Observatorio de Salud Cardiovascular, Diabetes y Enfermedad Renal Crónica OCADER -Colombia. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
30. Hospital Hernando Moncaleano. Boletín [Internet]. s.f. Recuperado a partir de:
<http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co/dotnetnuke/LinkClick.aspx?fileticket=eszeW85fopI%3D&tabid=86&language=es-CO>.
31. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Informe sobre la Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, Resumen de Orientación. Ginebra, Suiza: OMS; 2011.
32. Fernández A, Restrepo R, Villa P, Garcés J, Montero G. Angioplastia con stent vs. cirugía de revascularización coronaria en enfermedad multivaso (ACIRE). *Rev. Colom. Cardiol.* 2009;16(2):53-63.
33. García García Á, Ramos Ramos C, Toledo Hervás B, Inchausti Sánchez V, González Ramirez C, Fernández Bardisa H, et al. Evolución del impacto de la cardiopatía isquémica en la reincorporación laboral de trabajadores españoles. *Med. segur. trab.* 2015;61(240):325-41.
34. Woolf SH. A closer look at the economic argument for disease prevention. *Jama.* 2009;301(5):536-8.
35. Moser DK, Dracup K. Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event. *Psychosom Med.* 2004;66(4):527-32.
36. Juffé-Stein A. Nuevas guías de revascularización miocárdica. Punto de vista del cirujano. *Cirugía Cardiovascular.* 2011;18(4):263-7.
37. Moscoso LF, Bernal CY. Cuidado y manejo del dolor en el paciente en posoperatorio de revascularización miocárdica. *Av. enferm.* 2015;33(2):209-21.
38. Coelho L, Castro S, Hortense P. Evaluación del dolor en reposo y durante actividades en el posoperatorio de cirugía cardíaca. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(1):136-43.
39. Quiroz Madrid S, Castro López C, Tirado Otálvaro AF, Rodríguez Padilla LM. Alteraciones hemodinámicas del paciente crítico cardiovascular durante la realización del baño diario. *Medicina UPB.* 2012;31(1): 19-26.
40. Hernández Cortina A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enferm.* 2004;20(2):1-1.
41. Krause M. La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Rev Tem. Educ.* 1995;(7):19-39.
42. Newman MA, Smith MC, Pharris MD, Jones D. The Focus of the Discipline Revisited. *Adv Nurs Sci.* 2008;31(1):E16-E27.
43. Lorenzini A, de Melo G, Dorneles G, Aparecida M, Koerich, C. Comprendiendo el proceso de vivir significado por pacientes sometidos a la cirugía de Revascularización del Miocardio. *Rev. Enferm. Referên.* 2013;21(1):332-339.
44. Cohen M. The experience of surgery: phenomenological clinical nursing research. En: Omery A, Kasper C, Page G, editores. *Search of nursing science.* Londres: SAGE Publications; 1995. p.159-74.

45. Cuesta Benjumea Cdl. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto contexto - enferm.* 2010; 19(4) 762-766.
46. Laza Vásquez C, Pulido Acuña GP, Castiblanco Montañez RA. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Enferm. glob.* 2012;11(28):295-305.
47. Gomes M, Da Silva LC, Camponogara S, Atherino EK, Jatobá AI, Lorenzini AL. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Texto contexto - enferm.* 2006;5(4):672-8.
48. Uribe C, Rivera MS, Contreras A, Bravo P, Cornejo M. Significado del bienestar materno en la experiencia de parto. *Horizon Enferm.* 2006;18(1):89-100.
49. Bustamante C. G, Chui Rivas MR, Coca Flores BI. Pre y Postoperatorio. *Rev. Act. Clin. Med.* 2011;15:856-60.
50. Betancourt J. Manejo postoperatorio de cirugía cardiovascular del adulto. En: Lemus J, García C, Urina M. *Cuidado crítico cardiovascular.* Bogotá, D.C.: Sociedad Colombiana de Cradiología; 2012. p. 193-206.
51. Del Amo F, García J, Gil E, Giménez D, Giménez Ma, Giner E, et al. Fisiopatología médica, Proceso quirúrgico: postoperatorio [Internet]. s.f. Recuperado a partir de: http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf
52. Pivatto F, Valle FH, Pereira EMC, Aguiar FM, Henn NT, Behr PEB, et al. Sobrevida em longo prazo de octogenários submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica isolada. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011;26:21-6.
53. López-Jiménez F, Pérez-Terzic C, Zeballos PC, Anchique CV, Burdiat G, González K, et al. Consenso de rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. *Rev Urug Cardiol.* 2013;28(2):189-224.
54. Beltrán-Salazar ÓA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2009;9(1):23-37.
55. Bonilla-Castro E, Rodriguez Sehk P. Mas allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. Bogotá, D.C.: Editorial Norma / Ediciones Uniandes; 2005. 424 p.
Bsalud, 2a edición. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. 227 p.
57. Contreras H, Castillo-Arcos L. Fenomenología: una visión investigativa para enfermería. *Cult cuid.* 2016;(44):15-24.
58. Pavan PC, Barbosa MA, Fernandes G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cult. cuid.* 2011;(29):9-15.
59. Wojnar DM, Swanson KM. Phenomenology: An Exploration. *J Holist Nurs.* 2007;25(3):172-80.
60. Castillo E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Invest. educ. enferm.* 2000; 18(1): 27-35
61. Mendieta-Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez JC, Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015; 33(3): 435-443.

62. Fuerte JA. El problema del psicologismo en Husserl y su superación por medio de la intencionalidad constituyente. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara; 2010.
63. Medilaser C. Base de datos de Epidemiología. 2016.
64. Hungler B, Polit D. Investigación científica en ciencias de la salud. México, D.F.: Mcgraw-Hill / Interamericana de México; 2000. 725 p.
65. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. México, D.F.: Mcgraw-Hill / Interamericana de México; 2010. 656 p.
66. Castillo, E, Vásquez, M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med.* 2003; 34(3): 164-67.
67. Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución 8430 del 04 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C. 1993.
68. Universidad Nacional de Colombia. Consejo Académico. Acuerdo 035 del 3 de diciembre de 2003. Por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia; 2003.
69. Cielo C, Arboit ÉL, Silveira M, Camponogara S. Expectations of patients submitted to myocardial revascularization surgery at the time of hospital discharge. *J. res.: fundam. care.* 2015;7(3): 2670-2687.
70. Nery RM, Barbisan JN. Efeito da atividade física de lazer no prognóstico da cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010;25(1):73-8.
71. Flórez Torres IE, Giraldo Mora CV, Arzuaga Salazar MA. La experiencia vivida de una mujer revascularizada por enfermedad coronaria: estudio de caso. *Av. enferm.* 2016;34(3):236-250.
72. Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. *Cienc. enferm.* 2011;17(1):37-43.
73. Zea Herrera MdC, Torres Marín BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. 2007.
74. Mora-López G, Berbís Morelló C, Montesó-Curto P, Martínez-Segura E, Font-Jimenez I, Ferré-Grau CUhwsmpspssa, et al. Análisis de la transición de los postcuidadores familiares desde la teoría de las transiciones de Meleis: Una aproximación cualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 2018:37-45.

10 Anexos

Anexo 1. Significado de la experiencia vivida de los pacientes en postoperatorio tardío



Anexo 2. Consentimiento



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTÁ CONSENTIMIENTO INFORMADO

PACIENTES REVASCULARIZADOS EN POSTOPERATORIO TARDÍO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Magda Lorena Vargas Zúñiga, en calidad de estudiante de Maestría de enfermería e investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, lo estoy invitando a participar en el proyecto de investigación titulado "Significado de la experiencia del paciente revascularizados en postoperatorio tardío" que se desarrollara los periodos 2017 y 2018. El objetivo de esta investigación es la de "comprender la experiencia vivida de pacientes en postoperatorio tardío de RVM". El relato de la experiencia ayudara al participante a comprender esta experiencia pero el mayor beneficio se reflejará en el momento que las enfermeras y enfermeros conozcan esta experiencia y propongan cuidados específicos para futuros pacientes revascularizados. Esta investigación está respaldada por la Universidad Nacional de Colombia, con una duración de 4 a 6 meses.

Lo invito a participar voluntariamente en este proyecto, autorizando que se le realice una entrevista en el lugar acordado, en los horarios que usted disponga. Esta entrevista será más o menos de 1 hora, grabada y utilizada para fines del estudio, su identidad será anónima por medio de codificación. El investigador puede contactarse con usted a futuro para aclarar o complementar la información. Esta información será custodiada por dos años, luego será destruida tanto física como digitalmente

Su participación voluntaria permitirá conocer lo que las personas sienten y experimentan en el proceso de revascularización miocárdica en el postoperatorio tardío, lo que a futuro permitirá efectuar cuidados específicos para esta población, mejorando su adherencia y proceso de recuperación.

Su participación no tendrá incentivos económicos, es voluntaria. Si da el sí recuerde que se puede retractar o cambiar de opinión y retirarse de la investigación en cualquier momento que lo desee, lo anterior no causará ninguna sanción y a la vez si se siente incómodo durante la conversación, por favor comuníquelo y esta será interrumpida de inmediato. Pueden existir terminología que no comprenda, asegúrese de preguntarles a los investigadores hasta que esté totalmente convencida de su participación.

Esta investigación está catalogada sin riesgo, lo cual significa que no causará ningún daño o lesión vital, sin embargo, si durante la realización de alguna de las entrevistas, usted presenta alguna alteración emocional, descompensación o impacto negativo se suspenderá de inmediato la entrevista, se hará acompañamiento y se contactara el servicio de psicología para su debido manejo.

Los resultados serán presentados y discutirán con usted antes de compartirlo a la sociedad científica y al público en general, dichos resultados se socializarán en eventos y revistas científicas y en ningún momento aparecerá sus nombres, ni datos personales.

En caso se manifestar alguna duda respecto a su participación o requiera algún tipo de información acerca del proyecto ahora y durante su desarrollo, por favor comunicarse con la enfermera y estudiante Magda Lorena Vargas. Teléfono: 320 803 80 72.

Después de haber leído el consentimiento informado y entendido la información proporcionada, lo invito a participar en este proyecto de investigación y autorizar la grabación de la entrevista. Si está de acuerdo, por favor firme este formato.

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. No. _____

Ciudad y fecha: _____

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, acta 17 del día 20 del mes de noviembre de 2016.

Para mayor información sobre la revisión y aval ético de este proyecto contactar a la Doctora Alba Idaly Muñoz Sánchez, presidente del Comité de ética de la Facultad de Enfermería-Universidad Nacional de Colombia al correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co.

Magda Lorena Vargas

Estudiante Programa de Maestría en Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Correo: mlvargas@unal.edu.co

Teléfono: 320 803 80 72

Yuriam Lida Rubiano

Directora de tesis y docente

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Correo: ylrubianom@unal.edu.co

Teléfono: 3165000 Ext. 1741

Anexo 3. Carta de aceptación de la institución



COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA DE LA CLÍNICA MEDILASER S.A ACTA DE APROBACIÓN

ACTA DE APROBACIÓN N° 008

Fecha en que sesiono el comité: 27-06-2017

Nombre del Proyecto de Investigación: *SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA VIVIDA POR LOS PACIENTES EN POSOPERATORIO TARDÍO DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA. CLÍNICA MEDILASER NEIVA-HUILA*

Investigador Principal: *MAGNDA LORENA VARGAS*

Co- Investigadores: *Yuriam Lida Rubiano (asesora)*

La Clínica Medilaser S.A constituyó mediante la Acto Administrativo el Comité Científico de Ética e Investigación en cumplimiento a las Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2007 expedidos por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité Científico de Ética e Investigación Certifica que:

1. Todos los miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. Ficha de información del proyecto
 - b. Declaración de aspectos éticos
 - c. Protocolo de Investigación*
 - d. Formato de Consentimiento Informado
 - e. Protocolo de Evento Adverso
 - f. Formato de recolección de datos*
 - g. Folleto del Investigador (si aplica)
 - h. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
 - i. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores.

*El protocolo de Investigación fue previamente evaluado, revisado y aprobado por el metodólogo y bioético del comité.

VIGILADO POR MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL



Sucursal Neiva: Carrera 7 No. 11 - 31 (PBX. 8724100)
Línea gratuita nacional 018000 932370
Sucursal Florencia: Calle 6 No. 14A - 55 Barrio: Juan XXIII (PBX. 4366000; Telefax: 4359829)
Sucursal Tunja: Cra. 2E No. 67 B - 90 Barrio Suamox (PBX. 7453000)
Sede Administrativa Bogotá: Av. Calle 26 No. 92 - 32 Centro Empresarial Conecta - Edificio BTS 02 oficina 109
(PBX. 7451366 y 7451370)



2. El Comité Científico de Ética e Investigación consideró que el presente Estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera sin riesgo para las personas que participan, la investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
3. El Comité Científico de Ética e Investigación considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El Comité Científico de Ética e Investigación asignará un usuario para la recolección de la información solicitada, su uso será de exclusiva responsabilidad del investigador principal.
5. El área habilitada para la recolección de la información será el aula virtual ubicada en el cuarto piso de la torre principal de la Clínica.
6. El Comité Científico de Ética e Investigación por unanimidad avala el desarrollo de la investigación.
7. Atendiendo a lo anteriormente mencionado, el Investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del Comité Científico de Ética e Investigación de la institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Comunicar cualquier situación imprevista que considera que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva y/o importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo/beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador principal se compromete a entregar informes escrito trimestrales respecto a los avances y estado de la investigación.



- f. El investigador principal se compromete a que una vez terminado el proyecto realizará retroalimentación en el servicio donde se realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
- g. El informe final de la investigación se debe entregar al comité en un plazo máximo de un mes después de finalizada la investigación.
- h. Si el producto final es un artículo publicado en una revista indexada, se debe referir al Grupo de Investigación Clínica Medilaser como afiliación y entidad participante, patrocinadora de la investigación.
- i. Si el proyecto de investigación avalado por el comité va a participar en algún evento académico, el investigador principal debe informar de manera escrita al Comité.
- j. El usuario Windows será **INVESTIGACION** contraseña **Medilaser2017**. El usuario del aplicativo Índigo Crystal asignado para la búsqueda de la información solicitada será **IQ1** clave **123**. Una vez finalizada la recolección de la información el investigador principal debe informar para Bloquear el Usuario asignado.
- k. El investigador deberá acordar el horario establecido para la recolección de la información en el aula virtual ubicada en el cuarto piso de la torre principal con la coordinadora docencia-servicio.
- l. El comité puede ser convocado de manera extraordinaria para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

En constancia a lo anteriormente expuesto se firma la presente Acta a los 01 días del mes de Junio de 2017, por medio de la cual se aceptan las condiciones mencionadas por el Comité Científico de Ética e Investigación de la Clínica Medilaser Neiva.

MAGDA LORENA VARGAS
Investigador Principal

JUAN DIEGO FIERRO OLIVEROS
Presidente Comité Científico de Ética

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD



Sucursal Neiva: Carrera 7 No. 11 - 31 (PBX. 8724100)
Línea gratuita nacional 018000 932370
Sucursal Florencia: Calle 6 No. 14A - 55 Barrio: Juan XXIII (PBX. 4366000; Telefax: 4358829)
Sucursal Tunja: Cra. 2E No. 67 B - 90 Barrio Suamox (PBX. 7463000)
Sede Administrativa Bogotá: Av. Calle 26 No. 92 - 32 Centro Empresarial Conecta - Edificio B18, 02 oficina 103 (PBX. 7451366 v 7451370)

Anexo 4. Aval del comité de ética de la Universidad Nacional

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



Bogotá, 24 de noviembre de 2017

[AVAL-062 -17]

Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 20 de noviembre de 2017 - Acta 17, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado "**Significado de la experiencia vivida por los pacientes en posoperatorio tardío de revascularización miocárdica, Clínica Medilaser Neiva-Huila**" Estudiante: Magda Lorena Vargas Zuñiga. Realizando los ajustes enviados en el formato anexo.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*Delegada por la Decana

Copia: Magda Lorena Vargas Zuñiga - Estudiante
Yurian Rubiano Mesa - Docente

SESQUICENTENARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



[Página 1 de 1]

Comité de Ética
Carrera 30 No. 45-03
Edificio 228 Oficina 402
3165000 Ext. 17089-17020-17021-17038
Bogotá D.C., Colombia
ugi_feborg@unal.edu.co

Patrimonio
de todos
los colombianos