

Comprendiendo el proceso de vivir significado por pacientes sometidos a la cirugía de Revascularización del Miocardio

Alacoque Lorenzini Erdmann¹

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni²

Giovana Dorneles Callegaro³

Maria Aparecida Baggio⁴

Cíntia Koerich⁵

Objetivo: Comprender los significados sobre el proceso de vivir para pacientes sometidos a la cirugía de Revascularización do Miocardio, y construir un modelo teórico explicativo. **Método:** se utilizó la Teoría Fundamentada en los datos con colecta realizada de octubre/2010 a la mayo/2012, en una institución de salud referencia en cirugía cardíaca localizada al sur de Brasil. Se entrevistó 33 sujetos (pacientes, profesionales de salud y familiares), distribuidos en 4 grupos de la muestra. **Resultado:** El modelo teórico explicativo fue constituido por 11 categorías y por el fenómeno central. El servicio de referencia y el programa de rehabilitación cardíaca formaron el contexto, el hallazgo de la enfermedad cardíaca y los sentimientos vividos durante período pre-operatorio fueron causa y condiciones interventoras en el proceso de vivir la cirugía de revascularización del miocardio. Las estrategias fueron a contar con apoyo de la familia, tener fe, esperanza y participar del programa de rehabilitación. Las principales consecuencias de este proceso fueron el enfrentamiento de los cambios y consecuentes limitaciones, dificultades y adaptaciones al nuevo estilo de vida después de la cirugía. **Conclusión:** El proceso de vivir la cirugía de revascularización del miocardio se configura como una oportunidad para el mantenimiento de la vida del paciente asociada a las necesidades de enfrentamiento de los significativos cambios en el estilo de vida.

Descriptores: Cirugía Torácica; Enfermería; Revascularización Miocárdica; Dolor.

¹ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Becario del Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

³ MSc, Enfermera.

⁴ Estudiante de doctorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Becario del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁵ Alumna del curso de graduación en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondencia:

Alacoque Lorenzini Erdmann
Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Enfermagem
Rua Delfino Conti, s/n
Bairro: Trindade
CEP: 88040-370, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: alacoque@newsite.com.br

Introducción

Las enfermedades del aparato circulatorio poseen elevada incidencia en el contexto mundial y nacional, siendo consideradas la principal causa de muerte e incapacidad en Brasil y en el mundo⁽¹⁾. El tratamiento de las enfermedades cardiovasculares puede ser clínico o quirúrgico, siendo el tratamiento quirúrgico considerado una opción eficaz en el tratamiento de enfermedades cardíacas isquémicas⁽²⁾ e indicado cuando representa una mayor sobrevida al paciente⁽³⁾. Además de aumento de la expectativa de vida, pacientes sometidos a la revascularización del miocardio presentaron mejor evaluación de la calidad de vida en hasta seis meses después del procedimiento quirúrgico⁽⁴⁾.

El procedimiento quirúrgico es percibido por el paciente, algunas veces, como un evento relacionado a la incapacidad y/o alteración de la imagen corporal⁽⁵⁾, y por tratarse de un situación atípica y estresante para el paciente, lo torna vulnerable tanto en el pre como en lo pos operatorio, generando daños a su recuperación. A través de las dudas e incertidumbres presentadas por los pacientes acerca de la educación alimentar, práctica de ejercicios físicos, retorno al trabajo, práctica de actividades diarias, dificultades con las incisiones quirúrgicas, práctica de actividad sexual, consumo de bebida alcohólica y uso de medicaciones se percibe que ese procedimiento tiene importante impacto en el proceso de vivir del paciente cardíaco⁽⁶⁾.

Importa a la enfermería conocer las experiencias, el modo de vivir, ser saludable y adolecer del ser que pasó por una revascularización, buscando comprender los significados de las experiencias vividas por los sujetos y aportar con las relaciones de cuidado, una vez que presentan significativa interface en la adherencia al autocuidado e incremento en el proceso de rehabilitación⁽⁷⁾. La enfermería puede actuar en el sentido de ofrecer/ ejercer un cuidado personalizado, creativo, comprensivo, contemplando la totalidad y complejidad del ser humano⁽⁸⁾.

Delante del expuesto, se cuestiona: ¿Cómo los pacientes significan su proceso de vivir después de la experiencia quirúrgica de RVM? Y, se objetiva: comprender los significados sobre su proceso de vivir para pacientes sometidos la cirugía de RVM, y construir un modelo teórico explicativo. Estudios de esa naturaleza hacen viable la comprensión de la experiencia vivida por el paciente quirúrgico, aportando para la asistencia de enfermería, enseñanza e investigación. Especialmente, posibilita a la enfermería pensar/reflejar sobre sus acciones de cuidado al paciente cardíaco, comprendiéndola en su multiplicidad de ser y aliando el conocimiento científico a las acciones humanas de cuidado.

Método

Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, que utilizó la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) como referencial metodológico, la cual permite explorar los significados de los fenómenos generando teorías sustantivas que se constituyen en guías para a acción⁽⁹⁾.

El escenario elegido fue una institución de salud referencia en cirugía cardíaca localizada al sur de Brasil. La selección de los participantes fue intencional con base en el objetivo del estudio. Se utilizó como criterio para inclusión para componer el primer grupo de la muestra: pacientes con más de 18 años, que hubiesen realizado RVM en la institución referencia en cirugía cardíaca hace por lo menos 30 días. La recogida de datos fue realizada con entrevista individual, semi-estructurada, grabada en medio digital, en la propia institución o en la residencia de los participantes, en los meses de octubre de 2010 a mayo de 2012. Se utilizó como cuestión inicial: me hable sobre su experiencia de haber realizado cirugía de RVM. El encaminamiento de las demás cuestiones fue dirigido por las investigadoras desde las respuestas de los entrevistados.

Participaron del estudio 33 sujetos, que fueron divididos en 4 grupos de las muestras. El primer grupo fue formado por 8 pacientes, quienes refirieron sobre la importancia de la presencia de los profesionales de la salud y de los familiares en el proceso pre-operatorio. El segundo grupo fue compuesto por 2 enfermeras, una proveniente de la unidad de terapia intensiva (UTI) y a otra de la unidad de internación de las coronarias; 2 médicos, un actuante en el ambulatorio de especialidad médicas y otro en la UTI; una educadora físico y un técnico de enfermería, ambos atestados en el servicio de rehabilitación. El tercer grupo fue formado por 4 pacientes y 5 familiares (cuidadores directos). El cuarto grupo fue constituido por otros 10 pacientes objetivando la confirmación de las hipótesis levantadas. La saturación teórica fue alcanzada en este momento.

La colecta y el análisis de los datos ocurrieron simultáneamente, siguiendo las etapas propuestas por la TFD: codificación abierta, axial y selectiva. En la codificación abierta, los datos fueron analizados línea por línea con el objetivo de identificar cada incidente, formando los códigos preliminares. En la codificación axial los datos fueron agrupados, objetivando relacionar categorías a sus subcategorías, en el sentido de lograr una explicación más clara y completa sobre el fenómeno, así como de sus propiedades y dimensiones. En la fase de la codificación selectiva las categorías y subcategorías encontradas anteriormente fueron comparadas y analizadas continuamente con el objetivo de integrar y refinar la

teoría, identificando de esa manera la categoría central. A continuación fue desarrollada la explicación teórica de las categorías conforme el modelo paradigmático⁽⁹⁾. Se utilizó como referencial teórico la Teoría de la Complejidad⁽⁸⁾.

Del proceso de análisis emergieron 11 categorías que inter-relacionadas sostienen el fenómeno "Percibiendo el proceso de vivir la cirugía de RVM como una oportunidad para el mantenimiento de la vida asociada al enfrentamiento de los significativos cambios en el estilo de vida". La validación del Modelo Teorético fue efectuada por un paciente no deponente que realizó cirugía de RVM en la institución, y una investigadora, enfermera, con *expertise* en el método.

Fueron respetados los aspectos éticos en las diversas etapas de la investigación⁽⁸⁾. Para garantizar el anonimato

de los participantes se optó por las iniciales "Y", "P", "F" y "PA", que identifican, respectivamente, el primero, lo segundo, el tercero y el cuarto grupos de las muestras, seguidas de números ordinales, de acuerdo con el orden de las declaraciones.

Resultados

El fenómeno "Percibiendo el proceso de vivir la cirugía de RVM como una oportunidad para el mantenimiento de la vida asociada al enfrentamiento de los significativos cambios en el estilo de vida" es compuesto por 11 categorías, organizadas en 5 componentes, conforme el modelo paradigmático⁽⁹⁾, cuya presentación gráfica está disponible en la Figura 1.

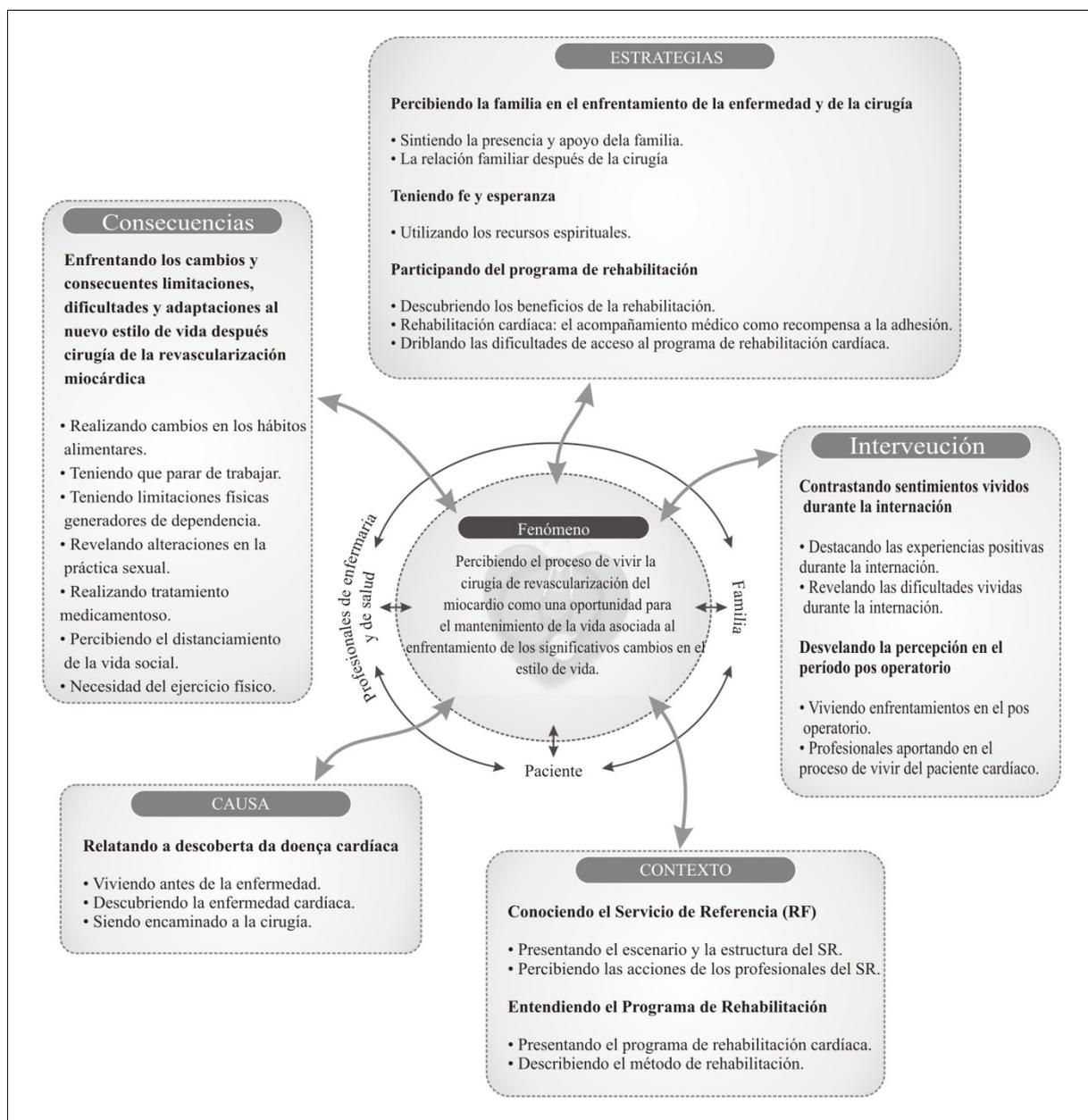


Figura 1 - Diagrama del fenómeno del estudio y sus categorías

Contexto

Las categorías "Conociendo el servicio de referencia" y "Entendiendo el programa de rehabilitación" presentan el contexto en el cual el fenómeno se desarrolla. El hospital es valorado por ser una institución referencia en cardiología, que realiza trasplantes y cirugías de grande porte, todavía presenta fragilidades de diversos órdenes. Entre las fragilidades se resalta la falta de lechos, de aparatos y de profesionales, las cuales generan colas de espera y repercusiones significativas para el paciente, como describe la declaración del profesional: *El motivo para lentitud en el servicio es falta de lecho, no hablo apenas de lecho de UTI de unidad de las coronarias, pero lechos en el sector. [...] La estructura está desechada. Está faltando mucha cosa y falta lo más importante el humano, falta mano de obra.* (P2)

La unidad de terapia intensiva (UTI) fue citada por los participantes como un escenario cruel. En las primeras horas de pos-operatorio de la cirugía de RVM, al acordar, el paciente se percibe con el tubo oro-traqueal, para drenar y dolores, e identifica sonidos que potencian la sensación de desaliento. El sueño y el reposo son dificultados por la presencia constante de los profesionales, por la frecuente monitorización y administración de medicamentos.

Para el acompañamiento del paciente en su recuperación existe en la institución el programa de rehabilitación cardíaca, desarrollado en 1997, con el objetivo de dar soporte en la realización de actividades físicas, haya vista que ni todas las unidades básicas de salud de la Provincia ofrecen ese servicio. Ese programa de manera gradual ha sido valorado y recibido mejorías por la de la institución, las cuales son evidenciadas a través de la ampliación de la estructura física y del número de equipos. El tiempo de rehabilitación para cada paciente es respetado por los profesionales y hay pacientes que continúan vinculados al programa por años.

Condición Causal

El fenómeno es desencadenado por la categoría "Relatando el hallazgo de la enfermedad cardíaca", que contempla desde primeros señales y síntomas del infarto agudo del miocardio hasta la vivencia del proceso quirúrgico. Los participantes relatan que antes de la cirugía poseían una vida activa, con recargo de trabajo, hábito frecuente de realizar comidas ricas en grasas saturadas y animales (carnes rojas) y consumo de alcohol y/o fumo asociados al sedentarismo y al no acompañamiento de la situación de salud.

El hallazgo de la enfermedad cardíaca no fue una sorpresa para la mayoría, una vez que ya tenían conocimiento sobre la presencia de factores hereditarios.

Las manifestaciones iniciales, tales como dolor en el brazo y en el pecho, tontura, sudoresis y sensación de muerte inminente hicieron con que los participantes si dirigiesen a los diferentes servicios de salud: Unidades Locales de Salud, Unidades de Hospital de Urgencias y Emergencias.

Aunque todos los pacientes hayan realizado RVM, algunos, inicialmente, realizaron cateterismo cardíaco seguido de angioplastia, con aplicación de *stents*, mientras otros tuvieron indicación de revascularización como intervención prioritaria. Asociado al relato de los médicos sobre la necesidad de realización quirúrgica, algunos participantes denotan la voluntad de someterse a la cirugía para el mantenimiento de la vida. Según ilustra el habla a continuación: *Tenía 1% de chance de sobrevivir. [...] Cuando llegó la hora de llevarme para cirugía, a aquel carrito era la alegría. Parece que yo estaba alterando de vida.* (E3)

El equipo de salud, en especial a de enfermería, destina atención especial a las orientaciones pre-operatorias a los pacientes y a los familiares por medio de encuentros grupales y/o individualmente, objetivando minimizar el estrés de la hospitalización y del proceso quirúrgico, apocar la ansiedad y las posibles complicaciones.

Condiciones Intervinientes

Las condiciones que interfieren en el proceso de vivir de los pacientes sometidos a la RVM son presentadas en dos categorías. En la primera categoría, "Contrastando sentimientos vividos durante la internación", es revelado que el miedo de la muerte y de la anestesia, los riesgos de la cirugía y el alejamiento de la familia actúan como una barrera en lo acepte del procedimiento quirúrgico. Algunos pacientes se sentían tristes, desesperados, con voluntad de llorar constantemente por no desear realizar el procedimiento. Sin embargo, otros recibieron de manera muy calma la noticia, enorgulleciéndose porque tienen coraje para realizar el procedimiento quirúrgico.

Los participantes destacan la capacidad y la buena relación interpersonal con el equipo de salud. A los enfermeros y equipo de enfermería, enfatizan la gratitud por las atenciones directas, por el apoyo emocional y confianza.

Los participantes consideraron la espera por la cirugía como un obstáculo en el proceso de vivir de los pacientes sometidos a la RVM, pues aguardar por la cirugía aumenta la ansiedad y puede ocasionar empeoramiento de la condición clínica de salud. Algunos pacientes aguardaron sin confort en lechos en los pasillos de la Emergencia por vacantes en la unidad de internación, y posteriormente por vacante en la UTI, aumentando aun más el temor de no salir con vida del procedimiento quirúrgico.

En la segunda categoría, "Desvelando la percepción en el período pos-operatorio", son descritas las

primeras horas después de la cirugía. Los pacientes, al acordar, se percibían desorientados en el tiempo y en el espacio, sentían desaliento con las luces encendidas constantemente y acongojados por la imposibilidad de hablar debido a la presencia del tubo oro-traqueal, sentían dolor y desaliento en el momento de la extubación y dolor en la incisión torácica a cada episodio de tos.

La RVM trae consigo muchos cuestionamientos con relación al porvenir, como la incapacidad para el trabajo, la efectuación de la jubilación y la reducción de la renta familiar. El profesional de enfermería es comprendido como una base, que da atención, orienta y acarrea los enfrentamientos necesarios, como ilustran las declaraciones a continuación: *Ellos se apegan con nosotros, si usted das atención de verdad, quieren aquella persona de confianza. (P3) Fue difícil ir para casa. Aquí tenía enfermeras, médicos, todo a mi vuelta. En casa era apenas yo y mi esposo. (PA4)*

Los profesionales apuntan la continuidad del tratamiento como un obstáculo, pues conocen las dificultades para la marcación de consultas en la agenda de los profesionales de la Atención Básica y la dificultad para la adquisición de medicamentos con recursos propios, cuando no disponibles por el Sistema Único de Salud (SUS).

Estrategias

Emergieron del análisis tres categorías que componen las estrategias utilizadas para el alcance del fenómeno. La categoría "Percibiendo la familia en el enfrentamiento de la enfermedad" describe que la familia es envuelta por los profesionales en los encuentros de orientación pre y postoperatoria, siendo enfatizada su importancia en el acompañamiento del paciente, en la oferta de apoyo y seguridad y en la contribución en la disminución de la ansiedad y del estrés quirúrgico.

Después de la alza, a pesar del cuidado y de la cooperación familiar favorecer la recuperación del paciente, situaciones de atrito familiar causan perjuicios emocionales, de interacción social y familiar, en especial por las cobranzas de los familiares a los pacientes de cambios en el estilo de vida. Todavía, se verifica la importancia de la autonomía del paciente para el autocuidado, conforme declaración del profesional: *Uno hace un estímulo para que ellos también asuman el control, también del proceso de tratamiento y prevención secundaria. (P5)*

La categoría "Teniendo fe y esperanza" apunta la utilización de recursos espirituales por los pacientes como fuente de esperanza y para el enfrentamiento del proceso quirúrgico. Los profesionales afirman incentivar la utilización de este subsidio.

La categoría "Participando del programa de rehabilitación" discute la iniciación de los pacientes en el programa de rehabilitación cardíaca aun en la internación hospitalaria, informando sobre las ventajas de la participación del programa, como el acompañamiento médico facilitado, y envolviendo la familia en el proceso.

La participación en el programa de rehabilitación cardíaca es comprometida debido a la condición socioeconómica desfavorable de algunos pacientes, que porque viven distantes de la institución y depender de transporte, abandonan el programa. En esos casos, es orientada la participación del paciente en otros grupos que trabajen el re-condicionamiento físico, considerando la cirugía cardíaca.

Consecuencias

La categoría "Enfrentando los cambios y consecuentes limitaciones, dificultades y adaptaciones al nuevo estilo de vida después de la cirugía de RVM" destaca la necesidad del paciente parar de trabajar, una de las primeras y más difíciles decisiones que deben ser tomadas. Muchos asocian el hecho de tener que parar de trabajar como si estuviesen segando la propia vida, conforme la asertiva: *Empecé a llorar, si ustedes me sacan eso ahí [el trabajo], estarán sacando mi vida, porque yo siempre fui acostumbrada a trabajar. (E2)*

La alteración de la rutina ocupacional afecta el aspecto emocional y también la condición económica y financiera del sujeto, pues, muchas veces, eran proveedores financieros de la familia. La indisponibilidad de(s) medicamento(s) para el tratamiento cardíaco en el SUS y la necesidad del paciente tener que adquirirlo con recursos propios puede afectar el presupuesto familiar y comprometer la adhesión al tratamiento, conforme relato de los pacientes.

Es destacado por los participantes el desafío de retomar la vida sexual después de la cirugía. Mientras los cambios pueden ser superados cuando el compañero comprende las necesidades y las nuevas posibilidades de lograr placer.

Con la orientación y acompañamiento del equipo de salud el paciente comprende que la actividad física es una herramienta de superación, facilitadora y benéfica para su bien vivir. En contraposición, el paciente denota la idea de privación y de limitación de las actividades habituales, tenidas como de gran placer, pero malélicas a la salud. Relativamente al aspecto social, gradualmente los familiares perciben y se preocupan por el alejamiento del individuo que pasó por una revascularización del convivio familiar, de los hijos, de los nietos, de los amigos.

Discusión

Comprendiendo que los seres humanos son complejos y sufren interferencia de los movimientos/acciones/influencias de su red de relaciones e inter-acciones⁽⁸⁾, se puede columbrar el significativo que es el proceso de RVM, observándose incluso impacto en la esfera social y económica.

El demasiado tiempo de espera para la realización de la cirugía, que genera ansiedad y desaliento para los pacientes y familiares, según investigación realizada en un hospital de enseñanza pública de Rio de Janeiro, puede ser justificado por la falta de vacante en el pos-operatorio, condición que justifica la prórroga de las cirugías cardíacas y consecuentemente aumento del tiempo de internación de los pacientes⁽¹⁰⁾. Este hecho compromete la dinámica institucional diaria, resulta en elevación de los costes públicos y aumenta del riesgo de infección hospitalaria al paciente que aguarda la cirugía⁽¹⁰⁾.

Los índices de ansiedad y de depresión en pacientes en el pre-operatorio de cirugía cardíaca sano elevados, en especial en los de edad, considerando que la internación prolongada favorece esos trastornos emocionales. La ansiedad tiende a aumentar el índice de dolor y consecuentemente uso de analgesia en el postoperatorio⁽¹¹⁾. En el postoperatorio el paciente si depara con un ambiente de atenciones intensivas (UTI), que debido a sus rutinas rígidas e inflexibles acarrea al paciente perturbación del reposo, pérdida de la privacidad y de la autonomía⁽¹²⁾.

Considerando que los pacientes relatan sentir dolor en el postoperatorio inmediato, probablemente debido a la inserción para drenar, de la incisión quirúrgica y de la tos, la administración de opioides y analgésicos para control del dolor se vuelve necesaria para el confort del paciente y para la reducción de las alteraciones fisiológicas consecuentes del dolor, como la elevación de la presión arterial y de la frecuencia respiratoria⁽¹³⁾. Los profesionales de enfermería pueden actuar de manera atenta para garantizar un cuidado que consiga dar cuenta de las diversas dimensiones y necesidades del ser humano, reflejando sobre sus necesidades físicas, emocionales, relacionales, entre otras, en el sentido de tornar el ambiente y la experiencia menos traumatizante⁽⁸⁾.

Se constata que la rehabilitación cardíaca iniciada aun en el período pre-operatorio permite, además de la disminución en las tasas de complicaciones postoperatorias y consecuentemente disminución en el tiempo de internación hospitalaria, que el paciente esté más listo para enfrentar la cirugía⁽¹²⁾.

El apareamiento de la enfermedad cardiovascular es relacionado al estilo de vida estresante y a los hábitos de vida considerados pocos saludables por los pacientes de este estudio, condiciones verificadas en investigación análoga, en la cual los pacientes describen y justifican como principales factores para el apareamiento de la enfermedad cardíaca el estrés, las enfermedades crónicas de base, como hipertensión y diabetes, los hábitos alimentares inadecuados, como ingestión de gordura, el tabaquismo y el sedentarismo⁽¹⁴⁾. Se verifica que el control de esos factores de riesgo cardiovasculares es importante para la prevención de la enfermedad⁽¹⁵⁾.

Conforme investigación realizada en el Hospital de Urgencias Cardiológico de Pernambuco se constata que independientemente de ser un primer episodio de infarto o de ser un nuevo evento, que los pacientes presentan respuesta inmediata inadecuada a los síntomas al tomar analgésico y hacer reposo, prorrogando la busca a la emergencia de los servicios de salud. Tal actitud revela la falta de reconocimiento de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y tienden a desmejorar los finales intra-hospitalares al paciente⁽¹⁶⁾.

Las atenciones del equipo de salud, sean clínicos o interactivos, son considerados esenciales para el paciente cardíaco. En la perspectiva de la complejidad el cuidado es entendido como un proceso de interacciones y asociaciones entre los seres, posibilitando conexiones desde fuerzas subjetivas entre serlo cuidado y el cuidador, siendo parte del sistema de salud, dinamizándolo, organizándolo y co-organizándose junto a los demás sistemas sociales⁽⁸⁾. Además de las atenciones profesionales recibidas, la espiritualidad es percibida cómo coadyuvante, un soporte utilizado por los pacientes cardíacos para los enfrentamientos en los momentos de crisis, como es el caso de la enfermedad cardíaca y el proceso quirúrgico⁽¹⁷⁾.

La participación en el programa de rehabilitación cardíaca, después del alta hospitalario, además de aportar para el mantenimiento del condicionamiento físico del paciente, favorece su interacción social, apocando los índices de depresión y ansiedad después de la cirugía de RVM⁽¹⁸⁾. Los grupos de rehabilitación proporcionan motivación para el cambio y son importantes para la evolución y continuidad del proceso educativo.

Sin embargo, frecuentemente los pacientes presentan dificultades para realizar el mantenimiento de las atenciones recomendados por los profesionales de salud para la prevención de eventos cardiovasculares. La adhesión a los atenciones es influenciada por el significado de salud, enfermedad cardíaca y riesgo personal atribuidos por los pacientes, así como por el estatus socioeconómico, motivación y deseo de cambio, auto-eficacia, y por fuentes

de información en salud consideradas seguras, siendo constituida de una relación concordante entre profesional de salud y paciente por medio de la de la utilización de herramientas adecuadas en el proceso interactivo⁽¹⁹⁾.

Se resalta que estudio realizado con cardiopatía para evaluar la efectividad de un programa educativo de enfermería en el mejoramiento de los comportamientos de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca constató que encuentros educativos, visitas domiciliarias, tele-enfermería y cartilla impresa presentan efecto benéfico sobre el proceso de adherencia y de mantenimiento del tratamiento⁽²⁰⁾. Así, 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.

Los pacientes evitan hablar sobre sexo y refieren recelo con relación a la práctica sexual después de la cirugía. Los cónyuges normalmente entienden la fragilidad de su compañero después del evento cardíaco, actuando con más delicadeza o respeto, sin embargo confirman que después de la cirugía cardíaca la frecuencia de las relaciones sexuales apoca⁽²¹⁾. Se hace necesario discutir la sexualidad del paciente cardíaco, utilizándose de lenguaje adecuado y creando ambientes adecuados de discusión. La formación complementaria de los profesionales de salud, así como investigaciones sobre orientación sexual en el pos-operatorio son necesarias para evaluar problemas de este orden y aconsejar adecuada y oportunamente los pacientes cardíacos y sus cónyuges⁽²²⁾.

Conclusión

Los resultados de este estudio evidenciaron el fenómeno "Percibiendo el proceso de vivir la cirugía de RVM como una oportunidad para el mantenimiento de la vida asociada al enfrentamiento de los significativos cambios en el estilo de vida" desde la interrelación de las once categorías encontradas y del modelo teórico paradigmático construido.

En lo que tañe las limitaciones del estudio, se destaca que la colecta de los datos fue realizada solamente con pacientes y profesionales provenientes de una institución referencia en cirugía cardíaca, que ofrece acompañamiento de ambulatorio con estructurado programa de rehabilitación. De esta manera, se sugiere la producción de estudios posteriores con individuos con revascularización de otras instituciones y que no estén en programa de rehabilitación objetivando identificar otras especificidades.

El proceso de vivir la cirugía de RVM se configura como una oportunidad para el mantenimiento de la vida

del paciente asociada a las necesidades de enfrentamiento de los significativos cambios en el estilo de vida. Mantener la vida, quiere por la oportunidad de estar siendo sometido a un tratamiento quirúrgico complejo, quiere por la necesidad de tener que alterar el estilo de vida, son estados y condiciones mucho fuertes vividas por las personas fragilizadas física y emocionalmente delante de enfermedades cardíacas isquémicas. Los resultados de este estudio apuntan significados importantes para ser considerados en el cuidado de enfermería a las personas sometidas a la cirugía de RVM, principalmente en lo que tañe el mantenimiento de relaciones de cuidado amistosas, de confianza y de soporte emocional para superar las ausencias familiares y cambios en el estilo de vida. Aun, se destaca que el proceso de educación en salud debe ser una constante en el proceso de vivir de pacientes con revascularización objetivando el mantenimiento y motivación para el autocuidado y hábitos saludables.

Referencias

1. Ramos GC. Aspectos relevantes da doença arterial coronariana em candidatos à cirurgia não cardíaca. *Rev Bras Anesthesiol.* 2010;60:662-5.
2. Botega FS, Cipriano JG, Lima FV, Arena R, Fonseca JH, Gerola LR. Cardiovascular behavior during rehabilitation after coronary artery bypass grafting. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010;25(4):527-33.
3. Pivoto FL, Lunardi WD Filho, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Nursing diagnoses in patients in the postoperative period of cardiac surgery. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(5):665-70.
4. Gois CFL, Dantas RAS, Torрати FG. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(4):700-7.
5. Souza NVDO, Silva MF, Assumpção LR, Nunes KSM, Morgado FM, Amorim LKA. Perfil dos clientes que receberam orientações sobre cuidados perioperatórios. *Rev Enferm Atual.* 2008;43(8):34-7.
6. Almeida PFP, Góes-Júnior R, Gasparino RC. Dúvidas dos pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio. *Cogitare Enferm out/dez 2009;14(4):675-81.*
7. Andrade ACV, Soratto MT. Education in Health for Post-Cardiac-Surgery Patients' Self Care. *Saúde Rev.* 2009;11(28/29):37-47.
8. Baggio MA, Erdmann AL. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. *Rev Enferm Referência* 2011;3(3):177-85.

