

Revista Mexicana de

Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

Fundado en 1993

Vol.26 Año 26

Número 1 Enero-Abril 2018

This Journal Welcomes Manuscripts in english



CUIDEN
Incluida en: CANTARIDA
Scopus/SciVerse



This Journal Welcomes Manuscripts in english
An international journal listed in
scopus with free full text articles

· EDITORIAL · TRABAJO DE INVESTIGACIÓN · ESTUDIO DE CASO · TRABAJOS DE REVISIÓN



Send your manuscripts to:

Todos los artículos disponible en:

www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

EDITOR EJECUTIVO

Mtra. Guadalupe Martínez Palomino

EDITORES EN JEFE

Mtra. Sandra Sonalí Olvera Arreola
Mtra. Guadalupe Paredes Balderas
Mtro. Julio César Cadena Estrada

EDITORES ASOCIADOS NACIONALES

Mtra. Gabriela Cortés Villareal
Mtra. Norma Elia González Flores
Mtra. María Carolina Ortega Vargas
Enf. Esp. Ernestina Pinal Moreno
Dr. Noé Sánchez Cisneros
Mtra. Diana Teniza Noguez
Mtra. Magdalena Sierra Pacheco
Mtra. Liliana López Flores
Mtra. Facunda Reyna Campos Rojas
Mtra. Martha María Quintero Barrios
Mtra. Jacqueline Ortíz Gapi
Lic. Jorge Alberto Amaya Aguilar
Mtra. Cristina Münggenburg Rodríguez Vigil

Mtra. Rosa Amaralis Zárate Grajales
Mtra. Reyna Matus Miranda
Dra. Laura Morán Peña
Dra. María Teresa Cuamatzi Peña
Mtra. Victoria Fernández García
Dra. Silvia Crespo Knofler
Dra. María Susana González Velázquez
Dra. Margarita Hernández Zavala
Lic. Enf. Marina Martínez Becerril
Dra. Sandra Hernández Corral
Mtra. Alicia Hernández Cantoral
Dra. Martha Landeros López
Dra. Lucila Cárdenas Becerril

EDITORES ASOCIADOS EXTRANJEROS

Dr. Manuel Amezcua Martínez (España)
Mtra. Claudia Patricia Bonilla Ibañez (Colombia)
Lic. Ana Lane Pinson (EUA)
Dra. María Helena Palucci Marziale (Brasil)
Mtra. María Nuvia Romero Ballén (Colombia)
Mtro. Joan Pedro Gómez (España)
Mtro. José Luis Gómez Urquiza (España)
Dra. Sandra Valenzuela Suazo (Chile)
Mtra. Diana Marcela Achury Saldaña (Colombia)
Mtro. Francisco Carlos Félix Lana (Brasil)

EDITORES CONSULTIVOS

Mtra. Claudia Leija Hernández
Mtro. Severino Rubio Dominguez
Lic. Enf. Susana Salas Chávez
Mtra. Ma. Dolores Zarza Arizmendi
Dra. Juana Jimenéz Sánchez

COLABORACION SECRETARIAL

Lic. Enf. Mónica Nanco Guevara

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Año 26, Volumen 26, Número 1 de Enero-Abril 2018, es una publicación cuatrimestral con 3 números anuales editado y publicado por la Sociedad Mexicana de Cardiología, Juan Badiano N° 1, Col. sección XVI, alcaldía Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México Tel.: (52) (55) 5573 2911, ext. 23300. Sitio web www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx, correo electrónico: ange.reviscard@yahoo.com.mx Editor Responsable: Mtra. Guadalupe Martínez Palomino.

Número de reserva de derecho al uso exclusivo en trámite, ISSN: en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Vicente Romero Ferrer. Fecha de última modificación, 10 de Enero de 2019

La reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de esta publicación se rige de acuerdo a la licencia

Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Revista Mexicana de
Enfermería Cardiológica
Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología



**Sociedad Mexicana de
Cardiología**

**Dr. Ignacio Chávez †
Fundador**

**JUNTA DIRECTIVA
2018-2020**

**Dr. Pedro Iturralde Torres
Presidente**

**Dr. Marco Antonio Alcocer Gamba
Vicepresidente**

**Dr. Hermes Ilarraza Lomelí
Secretario**

**Dra. Clara A. Vázquez Antona
Tesorera**

**Dr. José Luis Ojeda Delgado
Secretario Adjunto**

**Mtra. Guadalupe Martínez Palomino
Vocal de Enfermería**

Revista Mexicana de

Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

SUMARIO

Volumen 26
Número 1
Enero-Abril 2018

EDITORIAL

- 1 *Estar ahí.*
Dr. Sergio A. Trevethan Cravioto.

INVESTIGACIÓN

- 3 *Adolescentes con cardiopatía congénita: conocimientos sobre su enfermedad, sexualidad y posibles complicaciones de un embarazo.*
Rocío Mendoza Rosales, Laura Verónica Miranda Atriano.
- 13 *Experiencia vivida por el paciente de revascularización miocárdica con relación al cuidado de enfermería.*
Claudia Ariza Olarte, Carmen Beatriz Peña Alférez.
- 22 *Efecto de una consejería de enfermería sobre factores de riesgo cardiovascular modificables dirigida a empleados.*
María Olga Quintana-Zavala, Vivian Vilchez-Barboza, Claudia Figueroa-Ibarra, Julio Alfredo García-Puga, Rosa María Tinajero-González, Rosa Elena Salazar-Ruibal.

REVISIÓN

- 30 *Utilidad de la musicoterapia en el cuidado del paciente coronario.*
Diana Achury Saldaña.

Revista Mexicana de

Enfermería Cardiológica

Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología

CONTENTS

Volume 26
Issue 1
January-April 2018

EDITORIAL

- 1 *Be there.*
Dr. Sergio A. Trevethan Cravioto.

INVESTIGACIÓN

- 3 *Adolescents with congenital heart disease: Knowledge about their disease, sexuality and possible complications during pregnancy.*
Rocío Mendoza Rosales, Laura Verónica Miranda Atriano.
- 13 *Experience lived by the myocardial revascularization patient in relation to the nursing care.*
Claudia Ariza Olarte, Carmen Beatriz Peña Alférez.
- 22 *Effect of a Nursing Counseling on modifiable Cardiovascular Risk Factors addressed to Employees.*
María Olga Quintana-Zavala, Vivian Vilchez-Barboza, Claudia Figueroa-Ibarra, Julio Alfredo García-Puga, Rosa María Tinajero-González, Rosa Elena Salazar-Ruibal.

REVISIÓN

- 30 *Music therapy utility in coronary patient care.*
Diana Achury Saldaña.

La Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica es el Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Cardiología y de su Vocalía de Enfermería. Es una publicación trimestral, que recibe manuscritos en idioma español, que cuenta con todas las herramientas modernas de la vía electrónica para la recepción y aceptación de las investigaciones científicas. Tiene por objetivo promover la divulgación científica altamente calificada en el área cardiovascular y ramas afines e incentivar al profesional de enfermería a difundir los resultados de investigación de los siguientes subtemas:

- Cuidados Intensivos Coronarios
- Cuidados Postquirúrgicos
- Cirugía y Perfusión cardiovascular
- Intervencionismo Cardíaco
- Cardiopediatría
- La mujer y enfermedades Cardiovasculares
- Alteraciones Cardiovasculares en el adulto mayor
- Cardioneumología
- Pacientes cardíopatas con afecciones renales
- Clínica y prevención
- Rehabilitación Cardiovascular
- El duelo y las alternativas de intervención en pacientes con alteraciones cardiovasculares
- Investigación
- Educación
- Calidad
- Gestión y Administración
- Temas afines a las alteraciones cardiovasculares.

En las diferentes secciones que conforman la revista:

- Editorial*
 - Cartas al editor.
 - Artículos de investigación.
 - Artículos de revisión sistemática o sistematizada.
 - Artículos de estudio de caso.
 - Misceláneos (artículos de opinión, revisión narrativa).
 - Suplementos.
- *Por invitación a expertos.**

Todos los artículos son evaluados por pares doble ciego por el comité editorial y revisores externos (nacionales e internacionales). La mayor parte del espacio se destina a trabajos originales, el resto a revisión de temas cardiológicos y a comunicaciones breves. Se publican en fascículos trimestrales tanto en forma impresa como en revista electrónica de acceso libre. La revista cuenta con un software Crosscheck que permite analizar cada documento comparándolo con todos los documentos que existen online para evaluar coincidencias. No se permitirán prácticas fraudulentas con particular como la falsificación de datos, duplicidades y el plagio.

Editor Ejecutivo: Mtra. Guadalupe Martínez Palomino.

Autor ID: 15755834100

Correo electrónico: ange.reviscard@yahoo.com.mx

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Escuela de Enfermería, Alcaldía Tlalpan, México

Se aceptará el canje con revistas científicas del país o del extranjero.

Misión

La Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica de la Sociedad Mexicana de Cardiología presta un servicio de publicación de manuscritos científicos de contenido altamente calificado de profesionales expertos en los conocimientos referidos a las alteraciones cardiovasculares y ramas afines; para mejorar el cuidado de los pacientes bajo el compromiso de respetar la confidencialidad, ética y humanismo.

Visión

Ser una revista mexicana de excelencia en la divulgación de la evidencia científica y un referente para la mejora de la práctica de enfermería a nivel nacional e internacional.

Open Acces (Acceso libre)



Disponible en
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

***EDITORIAL**

ESTAR AHÍ BE THERE

¹Dr. Sergio A. Trevethan Cravioto

¹Subdirector de la Coordinación de Enseñanza del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Recibido el 11 de marzo de 2016; aceptado el 12 de junio de 2016

Escribí en alguna ocasión, que a mi entender la única profesión dotada de mayor entrega, sacrificio y calidad humana por encima de la del médico es la de la enfermera¹, son la caridad hecha sonrisa y la mano que prolonga y humaniza la ciencia del médico, como bien apuntaba el Maestro Ignacio Chávez².

Hace ya más de 40 años que la vida me sigue concediendo el privilegio de laborar en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, en donde uno de los bastiones que soporta esta ilustre edificación es precisamente el personal de enfermería, presentes, desde sus aulas hasta la cabecera del enfermo, nobles mujeres cuyas vidas son ejemplo de entrega, honradez y sacrificio para cualquier ser humano.

Mi relación con ellas ha sido muy cercana en los servicios de internamiento hospitalario por haber sido mi trayectoria en la medicina de tipo clínico, siempre pegada a los enfermos, desde mi preparación como estudiante de medicina, mi internado y mis residencias, tanto como en el Instituto Nacional de la Nutrición como en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, hasta mi trabajo como médico en los servicios de internamiento, en la terapia intensiva o en la consulta externa. De esta manera puedo afirmar que lo

que ahora relato, no lo oí sino que lo viví.

Repica un despertador a las 3:30 de la mañana en algún lugar del municipio de Ecatepec o de Xochimilco, de Milpa Alta, de Chalco, de ciudad de Netzahualcóyotl, o de alguna otra zona cercana a la enorme mancha urbana del Distrito Federal. Y una joven mujer se levanta a dejar preparado el desayuno para su esposo y sus hijos para cuando estos se levanten a marchar a la escuela y el trabajo. Habrá de caminar unos kilómetros para después tomar una a tres peceras o el metro, que le acerquen al Instituto, pues su hora de entrada es a las 7:00.

A su llegada tiene que recibir material y equipo propio del servicio además de realizar el cambio de turno de la noche que fue por demás complicado y cansado, pues Don Vicente quien tiene diagnóstico de estenosis aórtica tuvo un síncope y taquicardia ventricular; Doña Amelia hizo edema agudo del pulmón en espera de su cirugía de la válvula mitral; Don Manuel el de la fibrilación auricular, que ingresó por haber hecho una embolia cerebral, ayer tuvo sangrado del tubo digestivo por el anticoagulante; y Doña Estela estuvo delirando toda la noche después de la cirugía de revascularización del miocardio, con un síndrome post bomba y se ha arrancado todos los catéteres que tenía colocados, incluso el catéter de flotación; la noche fue por demás larga y complicada, hay que tomar los signos vitales de todos los enfermos del piso, valorar y clasificar a todos los enfermos con dolor, los pacientes con escaras, aplicar la escala de Norton a los que tienen riesgo de

Dirección para correspondencia:

*Dr. Sergio A. Trevethan Cravioto
 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Juan Badiano Núm. 1, Sección XVI
 Tlalpan, Ciudad de México. 14080
 Tel: 55 73 29 11 Ext. 1134
 E-mail: trevethan@cardiologia.org.mx
 DOI: [10.1016/j.rmec.2018.11.04](https://doi.org/10.1016/j.rmec.2018.11.04)

caída, verificar y cuidar las líneas venosas, arteriales, el estado de los catéteres y los marcapasos, las sondas nasogástricas, las cánulas endotraqueales, hacer la cuenta de las excretas, de los ingresos parenterales y orales, todo esto además del deber que tienen de ser gentiles con los enfermos y compañeros de trabajo.

También habrá de registrar sus cuidados y actividades en la hoja de enfermería, ocho horas fructíferas en su función y actividad. Después de su turno, tendrá que apresurarse a llegar a su casa, para ayudar a los hijos en las tareas escolares, reconfortar al marido por su ausencia y preparar el trabajo que tendrá que exponer en el próximo congreso, además de almidonar los uniformes que deberán estar pulcros para el trabajo del día siguiente.

Todo esto será día con día, hasta que ocurra la jubilación o la enfermedad. Por la noche se detiene, recapacita y piensa si vale la pena su labor, porque ella no lo sabe bien, pero al día siguiente al llegar nuevamente al instituto ve que Don Vicente y Doña Amelia fueron operados el día anterior por la tarde y que ambos se encuentran en buenas condiciones en la terapia intensiva y ambos han pedido que si tiene tiempo los vaya a ver, por qué le quieren estrechar la mano. Que a Don Manuel le ha parado el sangrado del tubo digestivo y al revisarlo le ha dicho Srta.: “no tengo con que pagarle“, que Doña Estela ha recuperado la conciencia y quiere abrazarla pues los enfermos de las camas de al lado le han contado lo que hizo la noche anterior.

De inmediato su espíritu se reconforta con la vida, abandonando toda tribulación y duda, entonces se percata de lo valioso que es; ESTAR AHÍ, cuando a uno le necesitan; tomando siempre como referencia las palabras del Dr. Ignacio Chávez, la mística Institucional, que es la de superarse y estudiar siempre, convencidas que su saber es prenda de eficacia en su trabajo y garantía de salud para sus enfermos; de protegerlos con amor y consagrarse a ellos, con tanto interés cuanto más grandes sean su dolor y su angustia; y el mismo Dr. Chávez lo decía en el juramento que escribió para ellas: “... si se poner mi vida a la altura de mi empeño, que en recompensa me sea dado recibir el día que la enfermedad me doble una ayuda inteligente solicita y cordial como la que yo me empeñe en ofrecer”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Trevethan-Cravioto S. El predominio de la ciencia sobre la política. Ignacio Chávez y la escuela Cardiológico Mexicana e Internacional. En: Uribe ER. El pensamiento medico contemporáneo. México: Universidad Autónoma de Aguas Calientes: 2007. pp. 81-91.](#)
2. [Ignacio Chávez Sánchez. Obras tomo 3 Discursos y conferencias. El colegio Nacional México; 1997.](#)

Open Acces (Acceso libre)



Disponble en
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

***INVESTIGACIÓN**

ADOLESCENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA: CONOCIMIENTOS SOBRE SU ENFERMEDAD, SEXUALIDAD Y POSIBLES COMPLICACIONES DE UN EMBARAZO.

ADOLESCENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE: KNOWLEDGE ABOUT THEIR DISEASE, SEXUALITY AND POSSIBLE COMPLICATIONS DURING PREGNANCY.

Rocío Mendoza Rosales,^{1*} Laura Verónica Miranda Atriano.¹

¹Licenciada en Enfermería. Jefe de Enfermeras. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Recibido el 31 de agosto de 2016; aceptado el 12 de diciembre de 2016

RESUMEN

Introducción. Las jóvenes tienen su primera experiencia sexual en edades tempranas; si padecen una cardiopatía, el riesgo de morir se eleva cinco veces durante el parto.

Objetivo. Describir los conocimientos que tienen las adolescentes sobre su cardiopatía congénita (CC), sexualidad, embarazo y las complicaciones que esto conlleva.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal y prospectivo realizado previo consentimiento informado de los padres. Se aplicó cédula ex profeso a 30 mujeres hospitalizadas de 12 a 18 años de edad con alguna CC. Cédula con información sociodemográfica y sobre conocimientos de su enfermedad, sexualidad y embarazo, con respuestas dicotómicas, opción múltiple y abiertas. Datos analizados con medidas de dispersión y tendencia central.

Resultados. Edad promedio 14.6 años; 10% con vida sexual activa iniciada entre 13-17 años. Todas conocen su tratamiento, 90% sabe qué enfermedad padece. 77.3% tiene confianza con su madre para platicar de sexualidad; 60% considera que es por falta de información el embarazo; 73.4% conoce dos o más métodos anticonceptivos, principalmente condón, aunque 29.9% piensa erróneamente que todos protegen de enfermedades de transmisión sexual; 73.3% considera poderse embarazar aún con cardiopatía.

Conclusiones. La mayoría de adolescentes está informada, pero es imperativo el desarrollo de estrategias educativas que disminuyan la problemática.

Palabras clave: embarazo, cardiopatía, cardiopatía-congénita, sexualidad, enfermería, adolescencia.

SUMMARY

Introduction. Today, young people have their first sexual experience at early ages. In addition, if they suffer from heart disease, the risk of dying raises five times during childbirth.

Objective. Describe the knowledge they have about their adolescent congenital heart disease (CHD), sexuality, pregnancy and the complications that entails.

Material and methods. We performed a descriptive, transversal and prospective study prior informed consent of the parents. A charter expressly 30 woman 12 to 18 years of age with some kind of CC, hospitalized was applied. The schedule consisted of sociodemographic information and knowledge about his illness, sexuality and pregnancy with dichotomous response, multiple choice and open. We analyzed the data with measures of central tendency and dispersion.

Results. Average age 14.6 years; 10% initiated sexual activity between 13 and 17 years. All know their treatment, 90% know what disease you have and what stage. 77.3% have confidence with her mother to talk about sexuality; 60% believe that teenage pregnancy is due to lack of information; 73.4% know two or more birth control. The best known is the condom, while 29.9% mistakenly think

Dirección para correspondencia:

*Rocío Mendoza Rosales
 Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, C.P. 14080, Del. Tlalpan, México, D.F.
 Tel.: 55732911, ext., 1391.
 E-mail: rom.ro26@hotmail.com

that some contraceptive methods protect against sexually transmitted diseases; and 73.3% consider being able to still pregnant with heart disease. Conclusions. Most teens know about their disease, contraception and sexuality; however, it is imperative to develop educational strategies to reduce the problem.

Keywords: pregnancy, heart disease, heart disease-congenital, sexuality, nursing adolescence.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el número de adolescentes entre los 10 y 19 años es de aproximadamente 1,200 millones de personas, lo que representa el 19% del total¹. En México, en los últimos 30 años, esta población se duplicó y de acuerdo a la encuesta Nacional de Salud 2012 representa el 20.2% del total de los habitantes en el país; 50.3% son hombres y 49.7% mujeres^{2,3}.

Si bien este grupo etario ha superado ya la etapa crítica de morbilidad y mortalidad de la infancia, y aún no se enfrenta a los problemas de salud de los adultos, la adolescencia es un período en el que se establecen patrones de comportamiento de riesgo y sus consecuencias en la salud, tales como accidentes, consumo de sustancias adictivas, violencia, inicio temprano de la actividad sexual, prácticas sexuales sin protección, infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Diversas condiciones de la vida actual favorecen las relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas y las adolescentes hoy en día crecen rodeadas de una cultura donde los compañeros, el Internet, la televisión, el cine y las revistas, les transmiten mensajes que las inducen al inicio de la vida sexual activa (IVSA) y las ponen en riesgo, si no están plenamente informadas de los peligros a los que se enfrentan y de cómo pueden protegerse, tanto de enfermedades de transmisión sexual como de embarazos no deseados^{4,7}.

Durante la etapa de la adolescencia, el individuo tiende a imitar conductas de grupos familiares y sociales, principalmente se inclina a copiar estilos que se promueven por los medios de comunicación⁶. La mayoría de los adolescentes no tiene la suficiente capacidad cognoscitiva y emocional que les permita asumir las consecuencias que implica tener relaciones sexuales, por ello requieren aprender a comunicarse, tomar decisiones y establecer objetivos.

Por otra parte, las adolescentes con CC, viven su sexualidad con naturalidad y sin temor, como cualquier otra persona de su edad; no obstante, en algunas ocasiones la presencia de la síntomas propios de la enfermedad, el miedo, la depresión y la estancia hospitalaria, juegan un papel importante en el tema de la sexualidad; por lo que es de suma importancia el asesoramiento y conocimiento, ya que deben ser informadas sobre los riesgos de contagio de enfermedades de transmisión sexual, de un posible embarazo, así como las complicaciones que podrían traer para ella o para el producto, además de conocer la gravedad de su cardiopatía.

Hablar de educación sexual para muchos es algo sin importancia y para algunos padres es un tabú, por lo que se muestran renuentes a hablar de ello, aludiendo que esto se aprende con el tiempo o que no requiere explicación, pero se ha observado que en diversas situaciones se llegan a presentar casos de embarazo en las adolescentes con CC, y es aquí donde radica la importancia de la educación sobre qué es un embarazo, qué enfermedades de transmisión sexual existen y a qué riesgos se enfrentan.

Ante esta problemática, la educación sexual representa una estrategia, ya que es el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de los niños y los jóvenes que les aporta elementos de esclarecimiento y reflexión para favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad; que puedan reconocerse, identificarse y aceptarse como seres sexuales sin temores, angustias o sentimientos de culpa.

El profesional de salud en colaboración con los padres de familia deben enseñar al adolescente a vivir sanamente su sexualidad, que aprendan a aceptar su enfermedad, que compartan sus éxitos y fracasos con sus padres, y que haya una buena información y transmisión de valores para que los lleven a cabo toda su vida. Ante la presencia de una cardiopatía, la información debe incluir la estimación de la mortalidad y la morbilidad maternas en el embarazo, así como el riesgo de insuficiencia cardíaca, arritmias o disfunción ventricular a largo plazo.

Diversos autores han descrito que los factores que predisponen a las adolescentes a un embarazo están caracterizados por una menarca temprana, el inicio

precoz de relaciones sexuales cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención; la presencia de una familia disfuncional, uniparental o con conductas promiscuas; la falta de un buen diálogo entre padres e hijos; desinterés general, cuando no hay un proyecto de vida que priorizar o alcanzar; pensamientos mágicos, propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean; fantasías de esterilidad, es decir, comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles; la falta o distorsión de la información, muy común entre los adolescentes; controversia entre su sistema de valores y el de sus padres, que en muchas ocasiones provocan rebeldía; incluso es una forma de negarse a sí mismas que tienen una enfermedad cardíaca y que su vida corre riesgos si se llegaran a embarazar.⁸⁻¹⁸

Mucho se habla sobre la importancia que tienen los conocimientos de las adolescentes sobre su enfermedad, su sexualidad y las posibles complicaciones de un embarazo, sin embargo, existen pocas investigaciones realizadas en las instituciones de salud de México que lo hayan descrito específicamente en una población de mujeres adolescentes con alguna CC, por lo que este estudio tiene la finalidad de explorar los conocimientos sobre su enfermedad, su sexualidad, y las posibles complicaciones de un embarazo en la población antes citada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de julio a septiembre del 2013, con una muestra por conveniencia (n=30) tomada de una población de mujeres de 12 a 18 años con CC, usuarias de los servicios de una institución hospitalaria de especialidad cardiológica, y que desearon participar voluntariamente en el estudio. Se eliminaron los cuestionarios que no fueron contestados en su totalidad.

Los datos se recolectaron a través de un cuestionario ex profeso con 2 apartados: el primero para las variables socio demográficas de edad, estado civil, grado de estudios, procedencia; y el segundo con 23 ítems para determinar el grado de conocimientos sobre cardiopatía, sexualidad y embarazo en adolescentes

con CC; escala de respuesta múltiple, dicotómica y abiertas.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) versión 17 a través de frecuencias y porcentajes para las variables de procedencia, escolaridad, ocupación, estado civil, conocimientos sobre cardiopatía, sexualidad, embarazo y métodos anticonceptivos; medidas de tendencia central para las variables cuantitativas de edad, integrantes de la familia, edad de IVSA y la edad en que piensan tener hijos.

De acuerdo con el Reglamento de la ley General en Materia de Investigación para la Salud,¹⁹ el Código de Núremberg²⁰ y la Declaración de Helsinki,²¹ el presente estudio se cataloga como investigación sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada a los individuos que participaron; se respetó la voluntad de aceptar o rechazar su participación, asimismo se contó con un consentimiento informado por escrito que fue entregado a los padres o tutores antes de aplicar el instrumento, donde se les explicó el objetivo del estudio así como la libertad para poder rechazarlo y no contestar según su decisión, de igual forma se solicitó el asentimiento informado de las adolescentes.

RESULTADOS

Del total de la muestra estudiada (n=30), el promedio de edad fue de 14.6 ± 1.8 años, con un mínimo de 14 y máximo de 18 años; todas mencionaron ser solteras, de las cuales el 10% se dedica al hogar, 3% trabaja y la mayoría estudia (86.7%). En éste último grupo, el 70% ha cursado hasta estudios de secundaria y 30% preparatoria completa o trunca. De acuerdo al lugar de procedencia el 43% son del Estado de México, el 10% de Puebla y el resto de otros 10 estados de la República Mexicana.

En la dimensión de conocimientos sobre su enfermedad, solamente 46.7% describió correctamente que su cardiopatía “son lesiones en el corazón que se produjeron cuando me estaba formando dentro de mi mamá” o que “son lesiones en el corazón que heredé de mi mamá o papá”, pero el resto no lo sabe (53.3%). En cuanto a la edad en que se diagnosticó la CC, se obtuvo que el 33.3% fue entre 1-11 años, el 23.3%

cuando tenían entre 12-18 años; en el 33.3% se detectó al nacer o durante el primer año de vida; y sólo el 10.1% se les diagnosticó antes de su nacimiento.

En relación al tipo de tratamiento que han recibido las adolescentes, 36.7% no han sido tratadas por cirugía o cateterismo cardiaco, mientras que el 26.7% sí ha recibido uno de estos tratamientos. Así mismo, el 43.3% no toma medicamentos, el 16.7% ingiere solamente diurético y el resto una combinación de antihiperten-

sivos, diuréticos, anticoagulantes y/o antiarrítmicos.

En relación a la dimensión de sexualidad, el 86.7% de las adolescentes aún no han tenido relaciones sexuales, mientras que el resto refirió IVSA entre los 13 y 17 años con una media de 14.75 ± 2 años; la edad ideal que consideran las adolescentes para tener hijos es de 22.73 ± 8.3 años, por arriba del cuartil 25 se encuentran las adolescentes que quieren tener hijos cuando cumplan 21 años de edad o más (cuadro I).

Cuadro I. Datos descriptivos de la edad e inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes con cardiopatía congénita.

Variables	Media	Mediana	Moda	DE	Mínimo	Máximo
Edad (años)	14.60	14.50	14	1.868	12	18
Inicio de vida sexual activa (años)	14.75	14.5	13	2	13	17
Edad ideal para tener hijos	22.73	25	25	8.28	20	30

DE: desviación estándar

En cuanto a los métodos anticonceptivos, se observó que la mayoría de las adolescentes (93.33%) conocen más de uno, dentro de los cuales el preservativo y las pastillas anticonceptivas son los más referidos; aunque es relevante mencionar que un gran porcentaje cree erróneamente que el coito interrumpido y el ritmo son métodos seguros para evitar un embarazo, y aún más preocupante, el 3.3% no tiene ningún conocimiento sobre el tema (figura 1).

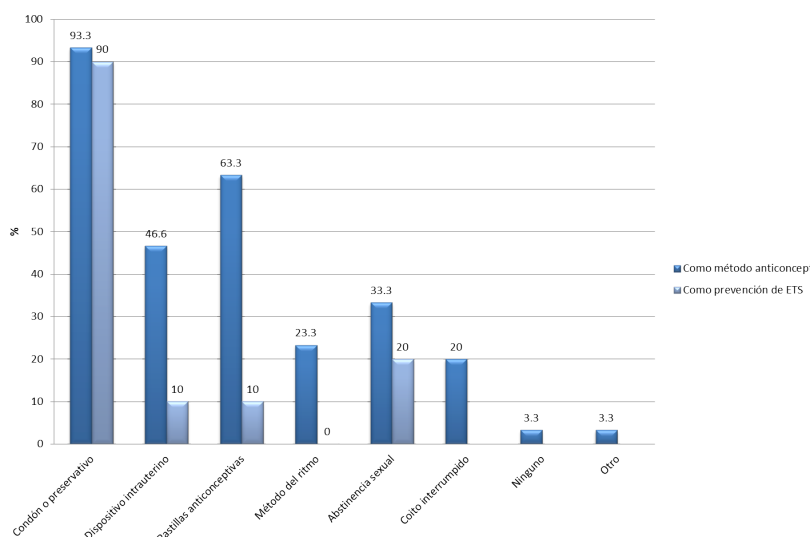


Figura 1. Métodos anticonceptivos y de prevención de ETS* que refieren conocer las adolescentes con cardiopatía congénita. *ETS= Enfermedades de transmisión sexual.

Algo similar ocurrió con los métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, porque si bien el 90% sabe que el preservativo es el adecuado, el 20% tiene la idea que el dispositivo intrauterino o las pastillas anticonceptivas pueden evitar una enfermedad de este tipo (figura 1).

Finalmente en la dimensión embarazo, es de resaltar que el 73.3% de la población considera que se pueden embarazar aún padeciendo una enfermedad del corazón, pero están conscientes de que en la adolescencia, aunada a una cardiopatía pone en peligro su vida (70%) porque pueden presentar complicaciones acorde a la gravedad de su enfermedad, tanto ellas (83.3%) como su hijo (70%); sin embargo, llama la atención que el 26.7% nunca ha pensado en este riesgo y el 16.7% afirmó que no tendría complicaciones.

Más de la mitad de la población (60%) consideró que el embarazo a esta edad es debido a la falta de información, el 16.7% opinó que la rebeldía es la principal causa y el resto refirió que es por vivir la experiencia de tener un hijo, por falta de responsabilidad, por influencia de los medios de comunicación o por llamar la atención (cuadro II). Así mismo, describieron que la mejor opción para disminuir esta problemática es fomentar la comunicación entre padres e hijos (60%) y que los jóvenes tengan mayor acceso a la educación sexual, mientras que el resto considera necesario la participación de los medios de comunicación para promover una sexualidad responsable. Es de resaltar que la mayoría de estas adolescentes tiene más confianza para hablar sobre sexualidad con su madre (73.4%), a diferencia de su padre, amigos y otras personas (cuadro III).

Cuadro II. Opinión de las adolescentes con cardiopatía congénita sobre las posibles causas de un embarazo.

Causas referidasz	N=30 Fr (%)
Falta de información	18 (60)
Por influencia de los medios de comunicación	1 (3.3)
Por rebeldía	5 (16.7)
Por tener la experiencia de tener un hijo	1 (3.3)
Por falta de responsabilidad	1 (3.3)
Por influencia de los medios de comunicación y rebeldía	1 (3.3)
Por falta de información, rebeldía y por llamar la atención	1 (3.3)
Por falta de información	1 (3.3)
Por llamar la atención	1 (3.3)

Cuadro III. Personas con las que tienen más confianza las adolescentes con cardiopatía congénita para hablar sobre sexualidad.

Personas	N=30 Fr (%)
Padre	1(3.3)
Madre	22(73.4)
Amigos	1(3.3)
Varios (madre, padre, amigos y otros familiares)	5(16.7)
Ninguno	1(3.3)

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó que la mayoría de las adolescentes eran solteras, estudiantes de nivel básico y con una CC de bajo riesgo, datos que concuerdan con los estudios descritos en la literatura.²²⁻²⁶ Estos hallazgos son relevantes para el profesional de la salud, ya que en muchos de los casos, la corrección quirúrgica o intervencionista de las CC a temprana edad ha permitido que los pacientes alcancen una sobrevivida hasta la adultez e inclusive con la probabilidad de concebir. No obstante, en cuanto a las adolescentes que no son candidatas a una corrección de su cardiopatía, necesitan información que les permita tener una adecuada salud reproductiva y así disminuir el riesgo de un embarazo no deseado, ya que trae consigo la presencia de complicaciones obstétricas, fetales y cardiovasculares en la gestante, evidentemente añadido a la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Llama la atención que gran parte de nuestra población tiene conocimientos deficientes sobre la cardiopatía y las manifestaciones de la misma, lo que evidencia que la educación y capacitación convencional que les proporciona el profesional de enfermería no ha sido suficiente para involucrarlas, comprometerlas y responsabilizarlas de su salud y su autocuidado, poniéndose en riesgo la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, trayendo consigo complicaciones de la enfermedad y un incremento de la mortalidad y morbilidad.²³

Por otro lado, se observó que la mayoría tiene confianza con su madre para hablar de sexualidad, resultado muy similar a lo reportado en estudios de Colombia,⁸ El Salvador,⁶ Venezuela,¹⁸ Cuba,¹⁵ Alemania^{11,26} y México^{23,27} donde se observó que el 82% recibe este tipo de información por parte de ambos padres, pero sobre todo de la madre.

La adolescencia es uno de los momentos más cruciales en la vida de la adolescente, donde la familia tiene que cambiar su organización y adaptarse a las nuevas necesidades de sus integrantes; en esta etapa es fundamental buscar el apoyo de profesionales de la salud que brinden una amplia información tanto a los padres como a las adolescentes para así buscar estrategias

preventivas, que permitan una intervención oportuna en las jóvenes sobre una correcta toma de decisiones y así evitar en lo posible, la presencia de embarazos no deseados que pongan en peligro su vida y la de sus hijos, así como concientizarlas sobre el riesgo de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS). La primera condición para que la población pueda recurrir a la anticoncepción para regular su fecundidad y prevenir ETS es el conocimiento de los métodos anticonceptivos disponibles, pero lo más importante es que conozca cómo usarlos. Al respecto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 reporta que 97.7% de la población mexicana conoce algún método anticonceptivo, pero solamente un pequeño sector sabe usarlos correctamente; por ejemplo el condón que es el más popular (95.8%) solo 83.6% lo utiliza adecuadamente.²⁸ La segunda condición es concientizar y empoderar a las adolescentes para hacer uso efectivo de los diversos métodos, pues son las que presentan mayor necesidad insatisfecha de anticonceptivos (13.5%), haciendo este indicador referencia a las mujeres que no usan ningún anticonceptivo a pesar de manifestar su deseo expreso de no querer tener hijos, ya sea por un tiempo o en definitiva.²⁸

De igual forma, es fundamental que la enfermera asistencial tome en cuenta que, en términos generales, las vías por las que reciben información sobre sexualidad y anticoncepción, varía entre varones y mujeres y también por grupo de edad: el entorno de proximidad como familia y amigos es más común entre las mujeres, y los medios de comunicación en el caso de los varones, donde el Internet es una vía más influyente. Por lo tanto, la educación no debe ser dirigida únicamente a la población adolescente, sino extenderse a la familia, que juega un papel importante en la formación del individuo, sobre todo en esta época de transición en la vida; y hacer énfasis en la educación sexual masculina, ya que su participación en la anticoncepción de mujeres en edad fértil sexualmente activas ha aumentado, situándose actualmente en 18%.²⁸

Llama la atención que mientras en nuestro estudio se observó que las adolescentes inician su vida sexual a edades tempranas, la mediana nacional reporta que

tiene su primera relación a los 17.7 años; lo grave radica en que, según datos del Consejo Nacional de Población, 45.2% no utiliza un método anticonceptivo y que transcurren aproximadamente 4 años para empezar a usarlos. Son diversas las razones que provocan esta situación, no obstante el “no creer que puedan quedar embarazadas” se mantiene en 17.8% de prevalencia y el “no planeaba tener relaciones sexuales” con 33.5%.²⁸ Sin duda, lo anterior son datos que deberá tener presente el profesional de enfermería al momento de planear estrategias de educación sexual con los adolescentes.

Si se considera la edad de riesgo y el poder de difusión de los medios de comunicación, es fundamental desarrollar estrategias basadas en las tecnologías de la información que les permita a las adolescentes tener mayor acceso a un conocimiento basado en la evidencia facilitado por el personal de salud, inclusive a través de una red social donde puedan compartir y disipar sus dudas más frecuentes.^{14,23}

En nuestra población de estudio, los resultados muestran que el condón es el método anticonceptivo más conocido y utilizado, lo que se asemeja a lo reportado por Reid²⁵ y Serrano,²⁹ poniendo de manifiesto que la mayoría de las mujeres son responsables de su sexualidad. Sin embargo, en este trabajo se muestra que existe un grupo de adolescentes que están en riesgo de embarazarse por desconocimiento, y a pesar de que la literatura reporta que aproximadamente un 60% de las mujeres con CC de cualquier tipo, que han sido operadas o no, llegan a tener un niño vivo y sin complicaciones,³⁰ habrá que tomar en cuenta que el factor edad incrementa la probabilidad de presentar cambios fisiológicos y hemodinámicos deletéreos para la madre que pone en riesgo su vida, o bien niños prematuros o con bajo peso al nacer, con malformaciones múltiples, entre ellas las CC.^{31,32}

CONCLUSIONES

Una parte importante de la población de este estudio mostró que no cuenta con los conocimientos adecuados sobre su enfermedad, el embarazo, métodos anticonceptivos y prevención de ETS, a pesar de que tienen una comunicación estrecha con su madre y que un alto porcentaje aún no inicia su vida sexual,

es ineludible que se requieren de estrategias que ayuden a reforzar la educación dirigida a informar sobre las complicaciones propias del embarazo las cuales son sumadas a su propia enfermedad, incluyéndose las enfermedades de transmisión sexual.

Es necesario que el profesional de enfermería fomente a través de una intervención educativa, la responsabilidad que tienen en sus manos para que se concienticen de su enfermedad, se hagan responsables de su salud, apegándose al tratamiento y modifiquen algunas conductas de riesgo. Es necesario que se involucren a los padres de familia para que participen y apoyen a sus hijas en la promoción de una vida sexual plena y sin riesgos, de igual forma esta información hacerla extensiva a los adolescentes masculinos con el propósito de fomentar la corresponsabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. Gas Med Mex. 2003; 139 \(Sup. 1\): S23-S28.](#)
2. [Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. \[Internet\]. \[citado 12 de febrero de 2014\]. Disponible en: \[http://www.cinu.mx/minisitio/juventud_2013/Juventud_INEGI.pdf\]\(http://www.cinu.mx/minisitio/juventud_2013/Juventud_INEGI.pdf\)](#)
3. [Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública \(MX\); 2012.](#)
4. [Strasburger VC. Adolescents, sex, and the media. Adolesc Med State Art Rev. Abr 2012; 23\(1\):15-33.](#)
5. [Pinto MRB, Filgueiras TMJ. Adolescência, sexualidade e mídia: uma breve revisão da literatura nacional e internacional. Psicol estud. May-agos. 2007; 12\(2\): 285-93.](#)
6. [Ruiz-Canela M, López-del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, et al. Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas](#)

- [al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. Rev Panam Salud Pública. 2012; 31\(1\): 54-61.](#)
7. [Barbón POG. Fuentes de información sobre educación sexual en adolescentes estudiantes de enfermería. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2011; 49\(2\): 238-46.](#)
 8. [Rengifo-Reina HA, Córdoba-Espinal A, Serrano-Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. Salud Pública. 2012; 14 \(4\): 558-69.](#)
 9. [Miguel RBP, Toneli MJF. Adolescência, sexualidade e mídia: uma breve revisão da literatura nacional e internacional. Psicologia em Estudo, Maringá. 2007; 12\(2\): 285-93.](#)
 10. [Rodríguez CJ, Traverso BCI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit. 2012; 26\(6\): 519-24.](#)
 11. [Vigl M, Kaemmerer M, Niggemeyer E, Nagdyman N, Seifert-Klauss V, et al. Sexuality and Reproductive Health in Women With Congenital Heart Disease. Am J Cardiol. Feb 2010; 105\(4\): 538-41. doi: 10.1016/j.amjcard.2009.10.025.](#)
 12. [Rioja PA, Pagés FR, Rodríguez GA, Gómez MS, Escribano RP, et al. Conocimiento de anticonceptivos en la mujer. Enfermería Comunitaria \[Internet\]. 2012 \[citado 19 junio 2017\]; 8\(1\). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7823.php>](#)
 13. [Cordero RX, Rodríguez CX. Reflexiones sobre educación sexual desde una perspectiva holística. Revista Iberoamericana de Educación \[Internet\]. 2008 \[citado 15 enero 2014\]; 45\(1\): \[aprox. 10 plantillas\]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1989Cordero.pdf>](#)
 14. [Caricote AEA. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. Educere. Ene-mar 2008; 12\(40\): 79-87.](#)
 15. [Torriente BN, Diago CD, Rizo VAC, Menéndez LLR. Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010; 9\(4\): 576-87.](#)
 16. [Warnes CA, Liberthson R, Danielson GK, Dore A, Harris L, et al. Proceedings of the 32nd Bethesda Conference: care of the adult with congenital heart disease. Task Force 1: the changing profile of Congenital Heart Disease in adult life. JACC 2001; 37:1161-98.](#)
 17. [Barbón POG. Fuentes de información sobre educación sexual en adolescentes estudiantes de enfermería. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2011; 49\(2\):238-46.](#)
 18. [Armendariz OMA, Medel PBY. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. Synthesis. 2010; 55:19-24.](#)
 19. [Ley General de Salud \[Internet\]. México. Diario Oficial de la Federación. 2012 \[citado 15 junio 2013\]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>](#)
 20. [Colomer MF, Pastor GLM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? Cuad Bioética \[Internet\]. 1999; IX\(37\): 103-112. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf>](#)
 21. [Asociación Médica Mundial. \[Internet\]. 64ª Asamblea General. Fortaleza, Brasil 2013: Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; c2015 \[citado 24 agosto 2014\]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>](#)
 22. [Fayad SY, López BR, Lardoeyt SE, San Pedro LMI. Cardiopatía y embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009; 35\(4\): 30-40.](#)
 23. [Cadena-Estrada JC, Tapia CML. Características cardiovasculares y perinatales de la mujer](#)

- [embarazada con cardiopatía congénita o adquirida y del recién nacido. Rev Mex Enferm Cardiol. 2013; 21\(3\): 94-102.](#)
24. [Rogers P, Mansour D, Mattinson A, O'Sullivan JJ. A collaborative clinic between contraception and sexual health services and an adult congenital heart disease clinic. J Fam Plann Reprod Health Care. 2007; 33\(1\): 17-21.](#)
 25. [Reid GJ, Siu SC, McCrindle BW, Irvine MJ, Webb GD. Sexual behavior and reproductive concerns among adolescents and young adults with congenital heart disease. Int J Cardiol. Apr 2008; 125\(3\): 332-8.](#)
 26. [Kaemmerer M, Vigl M, Seifert-Klauss V, Nagdyman N, Bauer U, et al. Counseling reproductive health issues in women with congenital heart disease. Clin Res Cardiol. 2012; 101:901-7. DOI 10.1007/s00392-012-0474-9](#)
 27. [Vargas-Daza ER, Morales-Ledezma E, Galicia-Rodríguez L, Ortiz-Robles RM, Villareal-Ríos E. La sexualidad en adolescentes. Rev Enferm Inst Mex Seg Soc. 2012; 20\(3\): 149-56.](#)
 28. [Consejo Nacional de Población \[Internet\]. México: Indicadores de salud sexual y reproductiva; 2015 \[citado 23 Dic 2015\]. Disponible en: \[http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva_Entidades_Federativas_2014\]\(http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva_Entidades_Federativas_2014\)](#)
 29. [Serrano I, Lete I, Coll C, Arbat A, Bermejo R, et al. Uso de métodos anticonceptivos y fuentes de información sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana \[Internet\]. 2012 \[citado 2 enero 2015\]; 29\(1\): \[aprox. 4 plantillas\]. Disponible en: <http://www.revistafertilidad.org/noticias/pspan-classart--pg1--t-tulo-espa-oluso-meacutetodos-anticonceptivos-y-fuentes-infor/75>](#)
 30. [Cossío-Aranda JE. Cardiopatía congénita y embarazo. En: Attie F. Cardiopatías congénitas en el adulto. México: Elsevier Science; 2003. p. 27-32.](#)
 31. [Gil HA, Rodríguez GY, Rivero SM. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. AMC. 2012; 16\(1\): 45-52.](#)
 32. [Liu H, Huang T, Zhao W, Shen Y, Lin J. Pregnancy outcomes and relative risk factors among Chinese women with congenital heart disease. Int J Gynaecol Obstet. 2013; 120\(3\): 245-8.](#)



*INVESTIGACIÓN

EXPERIENCIA VIVIDA POR EL PACIENTE DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA CON RELACIÓN AL CUIDADO DE ENFERMERÍA

EXPERIENCE LIVED BY THE MYOCARDIAL REVASCULARIZATION PATIENT IN RELATION TO THE NURSING CARE

Claudia Ariza Olarte,^{1*} Carmen Beatriz Peña Alférez.²

¹Doctora en Enfermería. Especialista en Enfermería Cardiológica. Profesora Asociada. Departamento de Enfermería Clínica, Facultad de Enfermería. Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana.

²Enfermera. Coordinadora del Programa de Rehabilitación Miocárdica. Hospital Universitario de San Ignacio.

Recibido el 8 de diciembre de 2017; aceptado el 16 de febrero de 2018

RESUMEN

Antecedentes. Las enfermedades cardiovasculares constituyen a nivel local, nacional y mundial, una de las primeras causas de morbi-mortalidad, y dentro de ellas, está la Enfermedad Coronaria, razón por la que la revascularización miocárdica se ha convertido en un procedimiento frecuente; esto implica para el paciente que lo requiere, hospitalizarse y enfrentar un proceso de recuperación en el que la participación de enfermería es permanente, activa y dinámica.

Objetivo: Comprender cómo fue y qué significó la experiencia vivida con el cuidado de enfermería por el paciente de revascularización miocárdica.

Metodología: Se desarrolló un estudio en el que se empleó un abordaje cualitativo de tipo fenomenológico, basado en Husserl, utilizando el método de Colaizzi. Indagar fenomenológicamente la experiencia vivida por los pacientes con RVM con relación al cuidado de enfermería recibido durante su proceso de recuperación, fue un intento para entender los aspectos empíricos desde la perspectiva de quienes fueron estudiados.

Resultados: Emergieron 5 categorías relacionadas con la

experiencia vivida tales como sentimientos, notificaciones con relación al cuidado, complacencia, respuestas al cuidado y solicitudes relacionadas con el cuidado.

Conclusiones: Comprender y conocer el significado de la experiencia vivida por el paciente de RVM, permite que el cuidado de enfermería sea enfocado hacia la solución de sus problemas reales y potenciales, a la vez que se aporta al conocimiento de Enfermería.

Palabras claves: experiencia vivida, revascularización miocárdica, cuidado de Enfermería, paciente.

ABSTRACT

Background. Cardiovascular diseases are locally, nationally and globally, one of the leading causes of morbidity and mortality, and within these, Coronary Disease, reason why myocardial revascularization has become a frequent procedure; This implies for the patient that requires it, hospitalization and facing a recovery process in which nursing participation is permanent, active and dynamic.

Objective: To understand how the experience lived with the nursing care by the patient of myocardial revascularization was and what it meant.

Methodology: A study was developed in which a qualitative approach of phenomenological type was used, based on Husserl, using the Colaizzi method. Phenomenologically investigate the experience lived by patients with RVM

Dirección de Correspondencia

*Claudia Ariza Olarte
 Carrera 7ª Núm. 40-62,
 Facultad de Enfermería. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana.
 Bogotá, Colombia.
 Tel: (57)-13208320, ext. 2782 (57) 3158557077
 E-mail: claariza@javeriana.edu.co, pompa72@hotmail.co

in relation to nursing care received during the recovery process, was an attempt to understand the empirical aspects from the perspective of those who were studied.

Results: Five categories related to lived experience emerged, such as feelings, notifications regarding care, complacency, responses to care and requests related to care.

Conclusions: Understanding and knowing the meaning of the experience experienced by the RVM patient, allows nursing care to be focused on the solution of their real and potential problems, while contributing to the knowledge of Nursing.

Key words: lived experience, myocardial revascularization, nursing care, patient.

INTRODUCCIÓN

El paciente revascularizado, durante la fase inicial de su proceso de recuperación es conducido a una unidad de cuidado intensivo (UCI) en donde permanece aproximadamente las primeras 48 horas de su postoperatorio, con el objetivo de monitorear minuciosamente todos sus sistemas para detectar, de manera temprana, cualquier complicación que llegue a presentarse. Luego es trasladado a un servicio de hospitalización desde 48 hasta 96 horas de postoperatorio, siempre y cuando no presente ningún tipo de complicación, para luego regresar a su casa y continuar con el programa de rehabilitación cardíaca, iniciado desde la UCI, que le brinda herramientas para reincorporarse a su vida habitual¹. Durante este proceso el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental para el cuidado y la futura calidad de vida que el paciente llegue a tener.

La enfermera debe tener en cuenta que el paciente que requiere hospitalizarse para una RVM, es una persona que debido a las alteraciones de su salud, está indefenso; esta situación exige un cuidado especial y riguroso de su esfera biológica, psico-social y espiritual. Asumir el estar en un sitio desconocido, alejado de los seres queridos, dependiente de soportes invasivos y a merced de un grupo de personas para lograr sobrevivir, causa generalmente en él ansiedad, estrés y temor. Esta condición los hace seres vulnerables y dependientes del equipo responsable de su cuidado. Durante este proceso son diversas las respuestas que el enfermero ofrece al sujeto de cuidado generando

en él satisfacción, pero también incomodidad y dolor.

El cuidado debe estar centrado en el paciente y no en procedimientos, técnica y o patología; es decir que no solo se necesita ser hábil, tener excelentes conocimientos de fisiología y ser una enfermera clínica competente, sino ser un agente moral y para poder serlo se requiere conocer las necesidades del sujeto que se cuida y compartir sus sentimientos y emociones¹.

Investigaciones previas con pacientes en postoperatorio (POP) de una RVM^{2,3} y la experiencia de las investigadoras, permitió asegurar que la estancia hospitalaria de este paciente, genera sentimientos, emociones y preocupaciones relacionados con los resultados del procedimiento, el futuro, su vida laboral y personal. Por esta razón conocer el significado de la experiencia vivida con el cuidado de enfermería por el paciente en POP de una RVM, permitió identificar cómo ve él el cuidado recibido y si éste satisface o no sus problemas reales y/o potenciales.

El desarrollo de investigaciones aportan y enriquecen el conocimiento de enfermería, en este caso, el cuidado de enfermería al paciente de RVM, teniendo en cuenta que éste, como tratamiento quirúrgico de la EC, es un procedimiento realizado con alta frecuencia, y en el que la participación de la enfermera está presente durante el pre, trans y postoperatorio, períodos que constituyen el proceso que debe vivir el paciente a quien se le realiza.

Desafortunadamente en algunas ocasiones esta participación del profesional de enfermería en el cuidado perioperatorio cardiovascular, se ha centrado en la esfera biológica y aspectos científico-técnicos, olvidando tomar al paciente como un ser holístico, es decir, dejando de lado las esferas psico-social y espiritual, dentro de las que cabe vivir una experiencia llena de emociones y percepciones.

En el campo investigativo la literatura de enfermería reporta estudios cuantitativos y cualitativos con ricas descripciones del cuidado de la enfermera profesional, que han enfatizado cómo su cuidado se incorpora y se extiende a aspectos tales como el soporte, la empatía, reciprocidad y estar presente (Green-Hernández, 1991; Kitson, 1987; Wilkes y Wallis, 1993) y desarrolla la relación de cuidado con pacientes que ofrecen involucramiento, interacción y conexión. Sin

embargo, el fenómeno de la experiencia vivida por el paciente con RVM con respecto al cuidado de enfermería, no ha sido descrito, razón por la cual se consideró que este estudio era pertinente, daría un aporte importante para el cuidado de este tipo de pacientes y contribuiría a la generación de conocimiento para la disciplina.

La experiencia vivida también ha sido abordada por algunos investigadores a nivel nacional. B. Sánchez (1999) desarrolló un estudio sobre la experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica⁴. Mónica Y. Moreno (2002) y cols.⁵ desarrollaron un estudio sobre la experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. Utilizaron un abordaje cualitativo de tipo fenomenológico. Los resultados constituyeron un aporte al conocimiento de enfermería sobre cuidado, al describir de manera exhaustiva, la percepción de los pacientes, quienes expresaron que vivir la experiencia de cuidado humanizado implica establecer una relación en la cual ambos participantes se identifican, aportan, se benefician y crecen mutuamente dentro de una experiencia que trascendió.

Mónica Agray y Nancy Hurtado⁶ (1998) realizaron un estudio sobre la experiencia en el cuidado de enfermería en la persona con SIDA en estado terminal y su familia. Utilizaron un abordaje cualitativo, con herramientas tales como la observación, el diario de campo, la entrevista y el cuidado directo. Las investigadoras concluyeron que a través del cuidado directo se establece una comunicación efectiva que permite identificar las necesidades de las personas y son parte de una actitud: compañía, serenidad, respeto, disposición, empatía, silencio, tolerancia, confianza, aceptación, seguridad, contacto, interés, acercamiento, escuchar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se empleó un abordaje cualitativo de tipo fenomenológico, basado en Husserl, utilizando el método de Colaizzi. Indagar fenomenológicamente la experiencia vivida por los pacientes con RVM con relación al cuidado de enfermería recibido durante su proceso de recuperación, fue un intento para entender los aspectos empíricos desde la perspectiva de quienes fueron estudiados. Como lo establece Bruyn, “la fenomenolo-

gía sirve como racionalización detrás de los esfuerzos, para entender a los individuos a través de entrar en su campo de percepción para ver la vida tal como estos individuos la ven”⁷. Con el propósito de fortalecer el cuidado de las personas en su experiencia como pacientes de RVM y de aportar al conocimiento de enfermería, se asumió que había algo en la naturaleza de esa experiencia humana más allá de lo que la vida impuso, o de lo que en la experiencia clínica de las investigadoras, se ha visto en la observación sensorial⁸.

Se indagó a los participantes después de ser dados de alta del hospital, en la Unidad de Cardiología, en el Programa de Rehabilitación Cardíaca, de un hospital de cuarto nivel. Fue elegido el método de Colaizzi, por su visión conceptual en la que apoya la importancia de la descripción fenomenológica como parte de la futura acción y por coincidir con el propio estilo de las investigadoras como parte del proceso cualitativo y sus necesidades en la práctica. Según Colaizzi, para ampliar el conocimiento de un fenómeno, primero se deben reconocer las fundamentaciones del mismo. Este método establece la definición del fenómeno de interés con base en la recolección de descripciones de los participantes, análisis secuenciales para depurar la esencia de la información y validación, con los mismos participantes, para llegar a elaborar una descripción exhaustiva del fenómeno estudiado⁹.

Población y Muestra: Los participantes fueron identificados en el Programa de Rehabilitación Cardíaca incluyendo a todos aquellos pacientes a quienes por primera vez, 1 a 2 meses antes, se les había realizado una RVM; que se encontraban conscientes y orientados en las tres esferas para que pudieran comunicar su experiencia verbalmente; que estuvieran dispuestos a compartir su experiencia aceptando la invitación a participar en el estudio; y que permitieran que su entrevista fuera grabada. Participaron 19 pacientes; la muestra estuvo constituida por la información obtenida a través de una entrevista semi-estructurada; el criterio de saturación empleado fue determinado por la no recepción de información nueva que llevara a códigos o categorías diferentes a las ya obtenidas. Fueron tenidos en cuenta los lineamientos éticos y legales internacionales para la investigación con seres humanos y las autoras atendieron la política institucional

de protección del medio ambiente. Se recibió aval de los comités de ética de las instituciones involucradas en el estudio.

Procedimiento: Se utilizó la entrevista semi-estructurada a profundidad como técnica para recolectar la información, la cual fue grabada y posteriormente transcrita, para luego corroborarla con los informantes. Se hizo una sola pregunta: ¿Qué significó para usted estar hospitalizado para su revascularización miocárdica? Se hizo prueba piloto de la pregunta de la entrevista. Y luego se eligieron nuevos participantes, preguntándose previamente su consentimiento para participar en el estudio, advirtiéndoseles la inclusión de grabación de la entrevista sobre la experiencia vivida con relación al cuidado de enfermería recibido durante su proceso de recuperación, en la cual se incluirían los sentimientos y significados encontrados durante la misma. Se le solicitó a cada participante que firmara el Consentimiento Informado previamente.

La transcripción de la grabación de la entrevista se hizo durante las siguientes 36 horas de haberla realizado. Se hicieron preguntas complementarias cuando se consideró necesario, para clarificar lo que los participantes relataban. La entrevista tuvo una duración de aproximadamente 30 a 60 minutos.

Los pasos que se siguieron, con base en la propuesta de Colaizzi fueron los siguientes:

- a. Todas las descripciones se leyeron para tener un sentimiento frente a ellas.
- b. se eligieron las frases significativas y los planteamientos relacionados directamente con el fenómeno investigado. Se eliminó la información que se relacionaba o que era semejante a la ya registrada.
- c. El significado se formuló a través de escribir lo que cada frase quería decir y éste en la descripción original.
- d. Cada frase significativa se identificó a través del establecimiento de un código.
- e. Los significados se organizaron posteriormente en temas; esto permitió el surgimiento de las categorías y éstas fueron nuevamente referidas a los textos originales con el objetivo de ser validadas. La intención de

este proceso fue detectar si había algo en el original que no hubiera sido tenido en cuenta en la categorización, o si de pronto el conjunto de categorías proponía algo que no estuviera en el original.

- f. Se obtuvo una descripción exhaustiva del fenómeno al integrar los resultados anteriores; dicha descripción exhaustiva se constituye en un enunciado de la estructura esencial del fenómeno tan preciso como fue posible.
- g. Por último el retrato realizado sobre la experiencia vivida por el paciente de RVM con relación al cuidado de enfermería tuvo un paso de validación, el cual se realizó volviendo a más de la mitad de los participantes y preguntándoles si la descripción presentada correspondía a la experiencia descrita por ellos. No hubo observaciones por parte de los pacientes de revascularización miocárdica, razón por la que no hubo necesidad de realizar modificaciones.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Realizadas las entrevistas, codificadas las expresiones relacionadas con el fenómeno de estudio y establecidas las categorías resultantes de la agrupación de los códigos creados, se procedió a contrastar la descripción con la literatura de enfermería existente y relacionada con el fenómeno. Puesto que éste no fue encontrado como tal, se tuvieron en cuenta las categorías que enmarcaron su descripción. Sin embargo es importante clarificar que este contraste no está contemplado dentro del método elegido (Colaizzi), las investigadoras consideraron valioso hacerlo para enriquecer el análisis a realizar.

Descripción de las categorías

La experiencia vivida por el paciente de RVM con relación al cuidado de enfermería, permite advertir que dentro del proceso que enfrenta desde el momento en que le informan que requiere de tratamiento quirúrgico por su enfermedad coronaria refractaria al tratamiento médico y farmacológico, se dan **condiciones, situaciones y ambientes**, en las que están

involucradas de manera directa la persona revascularizada y la enfermera encargada de su cuidado, quien está presente durante todo este proceso.

Esta experiencia genera **sentimientos** negativos en la persona revascularizada; en unos casos sentimientos relacionados con su ser tales como incertidumbre en cuanto a los resultados del procedimiento, en el momento en que le informaron que requería de tratamiento quirúrgico para su enfermedad coronaria; asimismo experimenta incertidumbre por lo prolongado que es el proceso de recuperación. Miedo y temor a adquirir infecciones y a la presencia de complicaciones generadas por el procedimiento; a las intervenciones realizadas por el equipo de enfermería encargado de su cuidado, quienes en ocasiones dejan de dar explicación acerca del qué y para qué se realiza dicha intervención; temor y miedo a expresar sus inquietudes y dudas por pensar que van a ser desaprobadas; por último temor y miedo a la actitud que el personal tiene en el momento de brindar el cuidado.

Y expresa sentimientos originados por el cuidado recibido tales como descontento, desconuelo, decepción, abandono, incompreensión e impotencia. El paciente expresa sentir falta de humanismo en el cuidado brindado, así como falta de delicadeza en el trato personal y en el trato dado a otros pacientes, en el momento de realizar actividades de rutina diaria como lo es el aseo del cuerpo; haber estado bajo efectos de sedación y no poder contar con una orientación acerca del sitio en el que se encuentra y las cosas que han sucedido; la ligereza con que el personal encargado realiza las intervenciones requeridas por cada paciente; asimismo expresa la falta de atención inmediata ante el llamado del timbre y un sentimiento de abandono por tener que esperar la respuesta a su llamado y a su ubicación dentro de un servicio.

La complacencia expresada como seguridad, confianza, satisfacción, reconocimiento y logro, es también parte de la experiencia del paciente de RVM. Los participantes expresan tranquilidad y satisfacción cuando el personal de enfermería que lo atiende responde con conocimientos científicos, con actitud positiva y dispuesta para atender a los llamados que se le hace; cuando les preguntaron acerca de cómo se sentían y qué deseaban para sentirse bien. De la misma manera

hubo logro y agradecimiento a Dios y al personal, por el cuidado recibido al considerar que el profesional de enfermería cuenta con una capacidad alta de tolerancia y paciencia ante los diferentes temperamentos y situaciones de cada paciente.

La experiencia de la persona revascularizada genera a la vez **notificaciones con relación al cuidado**. Expresa desatención, dureza, retaliación, desinterés, indiferencia, incomodidad, insolencia, negligencia y vivencias negativas. Se experimenta desatención debido a que se deja de obtener respuesta al llamado, sobre todo en el turno nocturno, lo que a la vez es experimentado como desinterés e indiferencia. Hay situaciones que generan incomodidad tales como la presencia de dolor, el paso de la cama a la silla, el paso al baño, el cambio de un servicio a otro. También el paciente expresa que la actitud de algunos enfermeros, es insolente debido a que en ocasiones al hacer un llamado, se recibe a cambio frases descorteses y amenazantes.

Las **respuestas** al cuidado recibido también hacen parte de la experiencia vivida por la persona revascularizada. Éstas son expresadas como reproche, petición, protesta, lamento, queja y reclamo por parte de los participantes quienes manifiestan que en ocasiones reciben frases de parte del personal de enfermería que los atiende, en las que se justifica la falta de respuesta al llamado por el recargo laboral; asimismo expresa quejas y lamentos relacionados con las normas establecidas acerca de los horarios de visita y de no permitir el acompañamiento por parte de un familiar. Estas respuestas también están relacionadas con la falta de atención al llamado para solucionar un problema: paso al baño, presencia de dolor, sensación de ahogo y desubicación en cuanto a las condiciones de salud y al servicio en el que se encuentra.

Los participantes expresaron también **solicitudes** con relación al cuidado que se recibe. Esta categoría comprende recomendaciones y sugerencias en cuanto a la importancia de las relaciones humanas y la interacción que la enfermera debe establecer con el paciente en el momento en que se brinda el cuidado. Además consideran que es igualmente importante la actitud que adopte ante las condiciones, situaciones y ambientes que hacen parte del proceso que el paciente de RVM debe afrontar, desde el momento en que se le informa

que debe recibir tratamiento quirúrgico por su enfermedad coronaria, hasta cuando finaliza su programa de rehabilitación cardíaca.

Una vez concluida la descripción exhaustiva del fenómeno estudiado, se hace un análisis del mismo, a la luz de la Teoría Humanística de J. Patterson y L. Zderad, por considerarse que coincide con los hallazgos de este estudio.

Las categorías descritas corresponden a la experiencia vivida por la persona revascularizada: sentimientos, complacencia, notificaciones, respuestas y solicitud. El cuidado que el paciente solicita debe ser humanizado; la enfermera tiene en cuenta que debe ir más allá del cuidado físico, más allá de ver al paciente como un organismo biológico, psico-social y espiritual. Ella entabla con el paciente un diálogo vivido, aspecto que debe conservarse dentro del plan de cuidado al paciente de RVM, teniendo en cuenta que este diálogo puede darse a través de un encuentro entre dos personas (paciente-enfermera, paciente-familiar, y/o familiar-enfermera), de una relación, de una presencia, de la enfermera hacerse solícita y de una respuesta. El encuentro entre las dos personas ocurre cuando ellas alcanzan una verdadera comunicación. Es por medio de este encuentro que el otro no es un paciente impersonal, un él o ella, se torna más bien en un TU sensible y próximo del YO¹⁰.

La atención de enfermería perfeccionante u objetivo, es **el bienestar y ser mejor** del paciente y de quien le atiende. La enfermera debe ayudar al paciente de RVM a estar y ser mejor, en la experiencia que vive; además de esta forma, será superior la relación no solo con la enfermera sino también con los familiares, y podrá encontrarle sentido a la vida y a la situación vivenciada, como lo afirman Pereira y Trentini¹¹. Esto se logra a través del diálogo. Éste debe ser más que una conversación entre dos personas; debe ser una relación en la que ocurre un verdadero compartir, una transacción intersubjetiva, una relación de un paciente único (YO) con otro también único (TÚ). Éste se caracteriza por facilitar el establecimiento de una relación creativa entre enfermera-paciente, esto es: encontrarse, relacionarse y estar presente, siempre incluyendo el hacerse solícita de la enfermera y su respuesta que solucione sus problemas.

En el proceso de recuperación que vive la persona revascularizada, su encuentro verdadero con la enfermera, se centra en los problemas y sus soluciones, en la comunicación y en el compartir. El encuentro YO-TU es imprescindible para que la enfermera presste ayuda, para que se dé un acto de Enfermería. Este encuentro ocurre si el uno y el otro están disponibles, y desean que ocurra. Para que ocurra con calidad, las personas involucradas muestran sus características personales e individuales. Es importante considerar la amplitud de los encuentros humanos, que van de lo trivial a lo extremadamente significativo¹².

El encuentro será simbólico, garantizará una auténtica intersubjetividad, cuando la enfermera decida no esconderse detrás de su papel profesional y de ejercer el dominio imponiendo normas y rutinas, sino que, por el contrario, se esfuerce por hacer que su presencia sea percibida por el paciente de RVM y su familia, como alguien que está preocupado en comprender su experiencia vivida en este momento. Este encuentro entre el paciente, su familia y la enfermera, exige que ella sea primero una persona disponible para otro ser humano, y segundo, un profesional con habilidades científico-técnicas.

Las solicitudes del paciente de RVM pueden corresponder a la objetividad del ser y a su subjetividad. La enfermera debe estar atenta y disponible para hacerse solícita de la manera más acertada, de tal forma que promueva el bienestar, comodidad, confort y el ser mejor del paciente. Un caso corriente en el paciente de RVM es el llamado frecuente; éste puede denotar necesidad de presencia de otro ser, miedo, inseguridad, angustia, temor, tristeza, descontento, sufrimiento, por tanto la enfermera debe estar en la capacidad de responder y esto se logra cuando ella es auténtica en su presencia, cuando tiene una actitud percibida por el paciente como dispuesta, y cuando como resultado de esto se da el diálogo entre los dos.

Es importante que la enfermera, que es quien más trata a las personas que sufren, sepa ayudarles a resignificar el sufrimiento, de ayudarles a descubrir su metasentido, en el que el sentido se hace razonable, para saber incorporar en sus vidas los valores más preciados y positivos. Pero para esto es necesario que previamente, la enfermera tenga la suficiente sensi-

bilidad y el adecuado conocimiento de la naturaleza humana para concebir el sufrimiento no como un factor disolvente de la persona, sino como una realidad plena de sentido, y como una oportunidad para que el paciente golpeado por el dolor y el sufrimiento pueda recobrar la auto identidad y estima personal¹³.

El diálogo, el encuentro y hacerse solícita-respuesta tendrán mucho mejor efecto en el estar y ser mejor del paciente, si se intenta cambiar el ambiente frío e impersonal del hospital en un ambiente de cuidado fortaleciendo ciertas condiciones como la presencia de familiares, disponibilidad afectiva de las enfermeras, proporcionando información y orientación sobre el proceso que el paciente vive utilizando un lenguaje que fácilmente permita su entendimiento y que contribuya a disminuir la angustia y ansiedad que todo el contexto que lo rodea, genera¹⁴.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio aportan al conocimiento y comprensión del significado de la experiencia vivida por el paciente de revascularización miocárdica con relación al cuidado de enfermería. Se ha podido percibir que para la persona revascularizada, vivir el proceso que implica recibir el tratamiento quirúrgico de RVM, la conlleva a estar hospitalizada y a tener que transitar por diferentes ambientes, situaciones y condiciones, generándose sentimientos, notificaciones del cuidado, respuestas al mismo, complacencia y solicitud con relación al cuidado recibido. Dichos hallazgos conducen a implicaciones en la práctica de enfermería, no solo a nivel asistencial sino también en la docencia y en la investigación.

Los resultados de esta investigación proponen que el cuidado de enfermería requerido por la persona revascularizada, implica verla como un ser integral que cuenta con una esfera biológica, psico-social y espiritual. A la vez esto conlleva a que estas tres esferas sean tenidas en cuenta por la enfermera en sus intervenciones con este paciente. Es fundamental atender los sentimientos que se experimentan al tener el rol de paciente, estar hospitalizado, en muchas ocasiones en ambientes completamente desconocidos e invadidos por la tecnología, en medio de un equipo interdisciplinario conformado por personas igualmente

desconocidas, y para hacer más compleja la situación, separado de sus familiares y seres queridos. Este panorama genera además vulnerabilidad que debe ser contemplada por enfermería y por quienes participan en el cuidado.

Los sentimientos, las notificaciones y las respuestas con relación al cuidado recibido, deberán ser atendidos por el equipo de enfermería encargado del cuidado de las personas revascularizadas, velando porque sus intervenciones se caractericen por ser humanas, delicadas, profesionales, lo que contribuirá a que el paciente experimente el cuidado como ayuda, apoyo y solidaridad en el proceso que vive. Ante estos problemas se recomienda que la enfermera analice y evalúe el cuidado realizado con el propósito de que pueda modificarlo y o complementarlo, al incluir acciones que conduzcan a que el cuidado brindado al paciente de revascularización miocárdica logre satisfacer la totalidad de problemas que éste presenta.

Asimismo la complacencia expresa aspectos que deberán continuar presentes al realizar el cuidado tales como el reconocimiento, seguridad, confianza, satisfacción y logro. De la misma manera es importante tener en cuenta las solicitudes con relación al cuidado expresadas por los participantes, en cuanto a lo significativo que es el hecho de contar con relaciones humanas íntegras que se reflejen en la actitud que se toma ante el paciente en el momento en el que se interactúa con él.

El equipo de enfermería, para que el cuidado sea humanizado, debe tener presente que el objetivo del cuidado debe ser **el bienestar y el estar mejor** del paciente, a la vez que ella se constituye en una enfermera humana. Entonces la enfermera que cuida a la persona revascularizada, debe ayudarla a ser y estar mejor, en la experiencia que vive; al mismo tiempo de esta forma, será superior la relación no solo con la enfermera sino también con los familiares, y podrá encontrarle sentido a la vida y a la situación vivenciada, como lo afirman Pereira y Trentini¹¹.

Con relación al aporte a la investigación, se considera que el método empleado es propicio para que Enfermería continúe mediante él, explorando otras situaciones de los pacientes, cuyos resultados contribuirían a enriquecer el conocimiento propio de enfermería.

La metodología empleada además de aportar al conocimiento permitió a las investigadoras redimensionar la experiencia de los pacientes, lo que les permitirá a futuro implementar en la institución en la que se desarrolló el estudio, la propuesta de cuidado resultante a partir del análisis con base en la teoría de cuidado humanístico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Ariza, C. Cuidado de Enfermería la paciente en postoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. Editorial Javeriana. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. 2012.](#)
2. [Ariza, C. Cuidado de Enfermería al paciente en postoperatorio temprano de revascularización miocárdica. Rev Colomb Cardiol 2013; 20\(6\): 372-380.](#)
3. [Ariza C. Eventos clínicos que requieren cuidado de enfermería en el paciente en postoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. Enfermería en Cardiología/3.er - 1.er cuatrimestre 2010-2011; 51-53: 26-41.](#)
4. [Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. Investigación y Educación en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. 2001; XIX \(2\): 36-50.](#)
5. [Alvis T, Moreno M, Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002.](#)
6. [Agray M, Hurtado N. Una experiencia en el cuidado de enfermería con personas en estado terminal y su familia. En: Sánchez HB, Pinto NA. Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia: Unibiblos; 1998.](#)
7. [Munhall P, Oiler C. Nursing Research: a Qualitative Perspective. Australia: Appleton-Century Crofts; 1986.](#)
8. [Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. Investigación y Educación en Enfermería. 2001; XIX\(2\): 36-50.](#)
9. [Shosha GA. Employment of Colaizzi's strategy in descriptive Phenomenology: reflection of a researcher. European Scientific Journal. 2012; 27\(8\): 3-7](#)
10. [Ariza C. Modelo de Cuidado de Enfermería al paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. Cienc. enferm. 2016; XXII\(1\): 35-46.](#)
11. [Pereira ER, Trentini M. El cuidado de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva \(UTI\): Teoría Humanística de Paterson e Zderad. Rev Lat Am. 2004; 12 \(2\): 250-257.](#)
12. [Ariza C. Modelo de cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. 2016; XXII\(1\): 40.](#)
13. [Schneider DG, Maia AM, Aparecida M, Martins JJ. Acolhimento ao paciente e familia na unidade Coronariana. Texto contexto - enferm. 2008; 17\(1\): 81-89.](#)
14. [Ariza C. Situaciones que requieren cuidado de enfermería en el paciente en postoperatorio temprano de una revascularización miocárdica. av. Enferm. 2010; XXVIII \(1\): 130-143.ZZ](#)



*INVESTIGACIÓN

EFFECTO DE UNA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES DIRIGIDA A EMPLEADOS.

EFFECT OF A NURSING COUNSELING ON MODIFIABLE CARDIOVASCULAR RISK FACTORS ADDRESSED TO EMPLOYEES.

María Olga Quintana-Zavala^{1*}, Vivian Vilchez-Barboza², Claudia Figueroa-Ibarra³, Julio Alfredo García-Puga⁴, Rosa María Tinajero-González⁵, Rosa Elena Salazar-Ruibal⁶.

¹Doctora en Enfermería. Jefa de Departamento de Enfermería. Universidad de Sonora.

²Doctora en Enfermería. Docente-Investigadora. Escuela de Enfermería. Universidad de Costa Rica.

³Maestra en Ciencias de la Salud. Coordinadora de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos. Departamento de Enfermería. Universidad de Sonora.

⁴Doctor en Ciencias Sociales. Docente-Investigador. Departamento de Enfermería. Universidad de Sonora

⁵Doctora en Educación. Docente-Investigadora. Departamento de Enfermería. Universidad de Sonora.

Recibido el 2 de diciembre de 2016; aceptado el 6 de abril de 2017

RESUMEN

Objetivo: evaluar el efecto de una intervención de consejería de enfermería dirigida al control de factores de riesgo cardiovascular modificables en empleados de una Universidad Pública.

Materiales y métodos: diseño pre-experimental, con pre-test y pos-test, n=54, análisis estadístico con IBM SPSS 17, prueba de Kolmogorv-Smirnov para calcular normalidad de los datos. Comparación de medias con enfoque paramétrico, nivel de significancia admitido 0.05.

Resultados: la media de edad de las personas participantes de este estudio fue de 45.52 años (DE=10.310), la media de antigüedad correspondió a 17.19 años de trabajo en la misma institución (DE=9.443), en cuanto a sexo 55.6% son hombres. Pre-test: no consume tabaco 75.8%, no consume alcohol 43.5%, realiza actividad física 46.8%, Colesterol-Total mujeres, media=162.45 (DE=41.89), (p=0.000), Colesterol-Total hombres media=157.26, (DE=44.45), (p=0.000). Pos-test: No consu-

me tabaco 79%, no consume alcohol 50%, realiza actividad física 73.4%, Colesterol-Total mujeres media=151.20 (DE=30.31), (p=0.000), Colesterol-Total hombres media=149.93, (DE=29.23), (p=0.000). Conclusión: se observó efecto positivo de la intervención de consejería de enfermería en disminución de colesterol-total, riesgo cardiovascular, presión arterial en ambos sexos, IMC disminuyó en mujeres, índice de aterogenicidad disminuyó en hombres.

Palabras clave: Factores de riesgo; Enfermería cardiovascular; Evaluación de Resultados de Intervenciones Terapéuticas.

SUMMARY

Objective: To evaluate the effect of a nursing counseling intervention addressed to the control of modifiable cardiovascular risk factors in employees of a Public University.

Materials and methods: Pre-experimental design with pre-test and post-test, n=54, statistical analysis with SPSS 17, Kolmogorv-Smirnov test to estimate the data for normality. Comparison of means using the parametric approach, admitted significance level of 0.05.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

María Olga Quintana-Zavala
 Boulevard Luis Encinas Johnson y Rosales S/N Col. Centro, CP 83000. Hermosillo, Sonora, México. Tel. Fax (662) 2 59-21 65. olga.quintana@unison.mx. Envío 24 de octubre del 2016.

Results: the average age of participants in this study was 45.52 years (SD=10.310), the average length of service is 17.19 years of work in the same institution (SD=9.443), regarding sex, men comprise 55.6%. Pre-test: 75.8% does not smoke tobacco, 43.5% does not drink alcoholic drinks, 46.8% carries out physical activity; total cholesterol levels in women, mean=162.45 (SD=41.89), (p=0.000), total cholesterol levels in men, mean=157.26, (SD=44.45), (p=0.000). Pos-test: 79% does not smoke tobacco, 50% does not drink alcoholic drinks, 73.4% carries out physical activity; total cholesterol levels in women, mean=151.20 (SD=30.31), (p=0.000), total cholesterol levels in men, mean=149.93, (SD=29.23), (p=0.000).

Conclusion: a positive effect in the nursing counseling intervention was observed, in reduction of total cholesterol, cardiovascular risk, and blood pressure in both sexes; BMI decreased in women, and atherogenicity decreased in men.

Keywords: Risk factors; Cardiovascular Nursing; Evaluation of results of therapeutic intervention.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se encuentran dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo occidental^{1,2}. El impacto del problema de salud-enfermedad que se genera en las personas con patologías cardiovasculares, denota que las medidas tradicionales encaminadas a incidir de manera positiva en el control de dichas enfermedades no han arrojado resultados satisfactorios. De igual forma, personas con Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) con o sin tratamiento, no siempre realizan cambios de conducta esperados, principalmente en factores modificables o la terapia farmacológica requerida¹.

Tanto el tabaquismo, como la hipertensión arterial sistémica, la diabetes, hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo y el consumo excesivo de alcohol, son factores de riesgo modificables relacionados con la enfermedad cardiovascular. El riesgo cardiovascular incluye la posibilidad de padecer las enfermedades arterioscleróticas más graves, como la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la arteriopatía periférica³.

Favorecer la toma de decisiones en salud y fomen-

tar estilos de vida saludable en las personas, es el principal objetivo de las intervenciones de consejería de enfermería, entendiendo como estilo de vida saludable a “una serie de factores psicológicos, sociales, y económicos que tienden a mantener un adecuado estado de salud física y mental”⁴. Llevar un estilo de vida saludable, se relaciona con la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles⁵, sobre todo las enfermedades cardiovasculares.

En este sentido, se han realizado intervenciones de enfermería encaminadas a motivar a las personas a adoptar estilos de vida saludables y prevenir enfermedad cardiovascular, ello mediante estrategias que buscan erradicar conductas como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, y el sedentarismo, entre otras, que constituyen FRCV modificables. Se han realizado estudios en Chile, Estados Unidos, Inglaterra y España, en los cuales se ha demostrado la eficacia de las intervenciones de enfermería en diversos escenarios como centros de salud, unidades hospitalarias, desde la atención primaria de salud, con efectos como la disminución de peso, presión arterial, índice aterogénico, circunferencia abdominal, colesterol total y LDL y riesgo coronario a 10 años, cambios positivos en la calidad de vida de las personas, disminución de costos y reducción de morbimortalidad^{6,7,8,9}.

Por lo anterior, la presente investigación tuvo como propósito evaluar efecto de una consejería de enfermería dirigida al control de FRCV modificables en hombres y mujeres empleados de una Universidad Pública.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: pre-experimental, con pre prueba y post prueba, antes y después de la intervención respectivamente¹⁰.

La población incluyó a 198 empleados de una universidad pública, de los cuales 63 aceptaron participar, sin embargo, 9 de ellos abandonaron la intervención, por lo que la muestra se constituyó por n=54 participantes que permanecieron durante la intervención y cumplieron los siguientes criterios de inclusión: a) ser empleado(a) universitario con al menos un FRCV, b) asistir a 10 sesiones de consejería de enfermería y c) realizar de forma completa la pre prueba y post

prueba. La investigación se llevó a cabo en el período de septiembre de 2015 a agosto del 2016.

Instrumento recolector de datos: 1) cuestionario de factores de riesgo cardiovascular, donde se registró la presencia de FRCV como tabaquismo, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol; 2) cuestionario de datos biosociodemográficos que incluyó las variables edad, actividad que desempeña, antigüedad en años, sexo, condición de pareja, presencia de estrés o presión asociada al trabajo, cuenta con otro trabajo, diagnóstico de enfermedad cardiovascular, antecedentes heredofamiliares, actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol; 3) guía para la valoración física que incluyó presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca e IMC; 4) registro de exámenes de laboratorio, Colesterol-Total, Colesterol-HDL, Colesterol-LDL, Triglicéridos, índice de aterogenicidad y riesgo cardiovascular; y 5) registro de asistencia a consejería de enfermería en sesiones individuales.

Procedimiento de recolección de datos: los datos fueron recolectados en tres consultorios de enfermería ubicados en las instalaciones de la Universidad, es decir, en el lugar de trabajo de los participantes.

La investigación se dividió en cuatro etapas: la primera incluyó la solicitud de autorización al Comité de Bioética e Investigación de la Institución y a los Jefes de Departamento, una vez que se contó con dichas autorizaciones, se procedió a visitar a los empleados en su área de trabajo, en donde se estableció contacto con los posibles participantes a quienes se les explicó el objetivo de la investigación y se les aplicó el cuestionario de FRCV. A las personas que presentaron uno o más FRCV se les solicitó la participación en la investigación y una vez que aceptaron participar se le solicitó leer y firmar la carta de consentimiento informado. La segunda etapa consistió en valorar el estado de salud, el estilo de vida de las personas participantes y realizar exámenes de laboratorio, como pre-prueba antes de la intervención. Los exámenes de laboratorio de todas las personas participantes se llevaron a cabo en el laboratorio Universitario con quien se estableció coordinación.

La tercera etapa incluyó la consejería de enfermería, que consistió en 10 sesiones presenciales semanales

con duración entre 40 y 60 minutos, impartida por cuatro Licenciados en Enfermería, donde cada licenciado dio seguimiento a los participantes de inicio a fin de la intervención, la distribución de las personas participantes fue equitativa para cada licenciado que brindo consejería de enfermería y se incluyeron los siguientes temas de promoción de la salud: a) salud en el trabajo, b) actividad física, c) sueño y descanso, d) gestión del tiempo, e) gana en salud, f) motivación al cambio: prevención de adicciones, g) estilos de vida saludable, h) felicidad y efectos en el organismo humano, i) alimentación saludable y j) conductas promotoras de salud. La cuarta etapa, incluyó la re-valoración del estado de salud, y resultados de exámenes de laboratorio post intervención.

Para la medición de los parámetros antropométricos se contó con la báscula TANITA BC-1000 plus y estadiómetro SECA 213. Para medir la presión arterial se utilizó baumanómetro aneroide adulto marca Welch Allyn y estetoscopio 3M LITTMAN. Los análisis de laboratorio fueron procesados en un laboratorio de análisis clínico universitario, los reactivos utilizados fueron colesterol HDL directo líquido, triglicéridos 4x58 4x2 ml líquido y glicohemoglobina.

Plan de análisis estadístico: se utilizó el programa IBM SPSS versión 17 para el análisis estadístico, la normalidad de los datos se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. De acuerdo a los resultados se compararon medias utilizando un enfoque paramétrico, se utilizó el Test T para grupos pareados, el nivel de significancia admitido fue de $p < 0.05$.

Consideraciones éticas: se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Bioética en Investigación del Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud, (DMCS/CBIDMCS/D-83bis), quien declaró esta investigación como de riesgo mínimo. Además, se utilizó una carta de consentimiento informado para cada uno de los participantes, la Ley General de Salud en Materia de Investigación de México y la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, fueron tomadas en cuenta durante todo el desarrollo de la intervención.

RESULTADOS

La media de edad de las personas participantes de

este estudio fue de 45.52 años (DE=10.310), la media de antigüedad correspondió a 17.19 años de trabajo en la misma institución (DE=9.443), en cuanto a sexo 55.6% corresponde a hombres, la condición de pareja reveló que 74.19% tiene pareja, en cuanto al puesto o actividad desempeñada 40.32% realiza funciones de empleado administrativo, 27.41% es auxiliar de oficina, 19.35% realiza funciones de personal de mantenimiento y limpieza y 12.90% es encargado de seguridad. Del total de los participantes, 59.7% negó presentar estrés asociado al trabajo, mientras que 40.3% refiere que presenta estrés asociado al trabajo y 83.9% no tiene otro trabajo. En cuanto a la presencia de enfermedad cardiovascular, 17.7% diagnosticados con hipertensión y en relación a antecedentes heredofamiliares de enfermedad cardiovascular 46.8% mencionaron que presentan antecedentes.

En el cuadro I, se incluyen las variables que indican bienestar físico en las mujeres participantes del estudio, en cuanto al pre test y post test, en relación a la media, desviación estándar, valor t y valor p, se in-

cluyen las variables colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos, índice de aterogenicidad, riesgo cardiovascular, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y por ultimo IMC.

Los indicadores de bienestar físico de los hombres participantes en el estudio, del pre test y pos test, se pueden observar en el cuadro II, donde se presentan igual que en el caso de las mujeres, las variables del perfil de lípidos, índice de aterogenicidad, riesgo cardiovascular, presión arterial sistólica y diastólica, así como el IMC.

DISCUSIÓN

En relación al sexo de la población sujeto de estudio, se encontró un porcentaje mayor de hombres que participaron en este estudio, lo cual difiere con investigaciones relacionadas que indican que las mujeres son las que más acuden y permanecen en intervenciones tendientes a mejorar su salud^{6,11}, lo anterior para el caso de la presente investigación, puede estar

Cuadro I. Indicadores de bienestar físico en las mujeres participantes. Hermosillo-México 2016.

Variable	Mujeres n=24							
	Pre-test				Pos-test			
	Media	D.E.	Valor t	Valor-p	Media	D.E.	Valor t	Valor-p
Col-Total	162.45	41.89	18.997	0.000	151.20	30.31	24.436	0.000
Col-HDL	53.85	13.25	19.904	0.000	63.82	16.94	18.457	0.000
Col-LDL	91.26	39.85	11.218	0.000	83.30	19.04	21.431	0.000
Triglicéridos	81.04	47.45	8.366	0.000	92.00	47.01	9.587	0.000
Índice Aterogenicidad	0.08	1.17	0.356	0.725	2.21	2.97	3.637	0.001
Riesgo Cardiovascular	5.91	10.19	2.840	0.009	5.82	8.9	3.190	0.004
Presión arterial sistólica	122.29	23.66	25.316	0.000	111.12	18.46	29.485	0.000
Presión arterial diastólica	77.33	14.00	27.051	0.000	72.04	9.29	37.972	0.000
IMC	26.98	6.09	21.684	0.000	26.88	6.20	21.242	0.000

* Test t para grupos pareados, p ≤0.05

Cuadro II. Indicadores de bienestar físico en hombres participantes. Hermosillo-México 2016.

Variable	Hombres n=30							
	Pre-test				Pos-test			
	Media	D.E.	Valor t	Valor-p	Media	D.E.	Valor T	Valor-p
Col-Total	157.26	44.45	19.378	0.000	149.93	29.23	28.088	0.000
Col-HDL	52.09	21.19	13.461	0.000	65.25	20.04	17.830	0.000
Col-LDL	85.27	40.44	11.550	0.000	88.17	33.78	14.294	0.000
Triglicéridos	107.36	72.68	8.090	0.000	120.86	67.87	9.154	0.000
Índice Aterogenicidad	1.17	2.20	2.910	0.007	2.93	2.55	6.271	0.000
Riesgo Cardiovascular	6.30	8.36	4.127	0.000	5.64	6.34	4.889	0.000
Presión arterial sistólica	129.66	21.06	33.715	0.000	121.70	15.10	44.144	0.000
Presión arterial diastólica	85.20	12.70	36.739	0.000	80.20	8.21	53.476	0.000
IMC	28.90	4.00	39.498	0.000	28.07	4.34	34.829	0.000

* Test t para grupos pareados, p ≤0.05

relacionado con el hecho de que se efectuó en el lugar de trabajo de las personas, donde existe un mayor número de hombres.

Respecto a la variable edad, los participantes están en edad productiva, etapa donde habitualmente las personas no acuden a los servicios de salud, factor determinante para realizar este tipo de intervención en el lugar de trabajo y hacer énfasis en la promoción de la salud y en la detección precoz de FRCV, lo que posibilita a las personas a poner en marcha medidas preventivas que estimulen la adopción de hábitos saludables, como una forma de involucrarlas en su propia salud, informándolas sobre los factores de riesgo de manera clara y didáctica, para despertar interés y motivación a tomar decisiones saludables respecto a su estilo de vida¹².

Más de la mitad de las personas participantes, mencionaron tener pareja, lo cual puede constituir un factor protector de riesgo cardiovascular en el caso de que la relación sea armónica, sin embargo, una mala relación de pareja, con alta competitividad puede incidir en el aumento del riesgo cardiovascular, existe evidencia reportada en un estudio realizado en un municipio mediterráneo semi-rural en el año 2010, donde a tra-

vés de un análisis multivariante se determinó que en el caso de los hombres cuyas mujeres trabajan fuera de casa y les molesta, aumenta el riesgo cardiovascular en el varón, sin embargo, disminuye el riesgo cardiovascular, cuando la mujer aporta más dinero a la economía familiar¹³. La presente investigación no incluyó como variable las características de la relación de pareja, no obstante, durante la consejería de enfermería se abordaron temáticas relativas a fomentar estilos de vida saludable, que incluyeron la importancia de la valoración personal y del apoyo social que representa la familia en las diferentes etapas de vida, como factor protector ante el riesgo cardiovascular.

En cuanto al tipo de trabajo, casi la mitad de las personas participantes realiza actividades administrativas, en este sentido, existe evidencia de que el trabajo sedentario se incrementa de forma significativa en el personal administrativo, así como, la inactividad física en el tiempo libre es mayor en trabajadores no cualificados de servicios¹⁴, por lo anterior la consejería de enfermería hizo énfasis en la importancia de la actividad física para incrementar la salud de las personas.

La cuarta parte de las personas participantes refieren presentar estrés asociado al trabajo, estudios relacio-

nados muestran que los factores laborales como el estrés pueden condicionar el incremento en ciertos hábitos como el consumo de alcohol y la inactividad física en tiempo de ocio y afectar algunos mecanismos endócrinos¹⁵. De acuerdo a lo anterior, se recomiendan para futuras investigaciones abordar aspectos relacionados con estrategias de relajación y disminución del estrés, como factor protector de enfermedad cardiovascular.

Las lipoproteínas de alta densidad (Colesterol-HDL) son consideradas un factor antiaterogénico y protector de enfermedad cardiovascular. En cuanto a los resultados de la intervención, el aumento en el nivel de Colesterol-HDL, tanto en hombres, como en mujeres, tiene concordancia con lo referido por los participantes de forma verbal, en cuanto al incremento de personas que cesaron o disminuyeron el consumo de tabaco y/o alcohol y además incrementaron la actividad física realizada, durante la consejería de enfermería se recomendó a los participantes adoptar cambios en su dieta y se usó como referencia la dieta mediterránea, la cual consiste en mayor consumo de alimentos de hojas verdes, legumbres y frutas, así como mayor consumo de pescado en detrimento del consumo de carnes rojas, alto consumo de aceite de oliva como principal fuente de grasa¹⁶, además, durante la consejería de enfermería se proporcionó un podómetro a cada participante, y se motivó a cuantificar los pasos y como meta lograr 10,000 pasos diarios, enfatizando en que las personas que realizan dicha actividad son consideradas como físicamente activos¹⁷, acción que motivó a incrementar gradualmente el número de pasos que los participantes efectuaban diariamente.

En las mujeres, se encontró disminución en las medias de Colesterol-Total y Colesterol-LDL, si se comparan los resultados del pre test y pos test, así mismo, se observó, disminución significativa en las medias de presión arterial sistólica y diastólica. En hombres, se destaca la disminución de las medias de Colesterol-Total, Colesterol-LDL, riesgo cardiovascular y presión arterial sistólica y diastólica, lo anterior coincide con lo reportado en una intervención de enfermería realizada en Chile 2013, donde se atribuye este efecto en la incorporación en el estilo de vida de las personas participantes una alimentación saludable y el

aumento de la actividad física⁶.

Los programas de enfermería control de riesgo cardiovascular gestionados desde los centros de trabajo pueden ser más eficientes que los que se gestionan desde los centros clínicos convencionales, lo cual está relacionado con la cercanía del consultorio al lugar de trabajo donde se permanece la mayor parte del día, la facilidad para insertar la consulta en el horario laboral o el conocimiento de las condiciones de trabajo por el profesional sanitario, entre otros factores, que pueden facilitar el seguimiento y el cumplimiento terapéutico¹⁸.

CONCLUSIONES

El efecto de la consejería de enfermería fue favorable ya que se observó disminución en consumo de tabaco, consumo de alcohol, incremento de actividad física, disminución en cifras de colesterol-total, riesgo cardiovascular, presión arterial en ambos sexos, IMC disminuyó en mujeres, índice de aterogenicidad disminuyó en hombres y aumento en el nivel de Colesterol-HDL tanto en mujeres como en hombres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Puig-Girbau M, Lladó-Blanch M, Seco-Salcedo M, Gomez-Saldaña A, Medina-Peralta M, et al. Evaluation of an educational group intervention in the control of patients with cardiovascular risk. *Enferm Clin.* 2011; 21\(5\): 238-47.](#)
2. [Lizcano-Alvarez A, Griñan-Soria F, Hidalgo-García C, Góngora-Maldonado F, Villar-Oset J, et al. Cardiovascular risk stratification using the score scale on the European cardiovascular prevention risk day in health centres in the Madrid region. *Enferm Clin.* 2011; 21 \(6\):344-48.](#)
3. [Ortega S, Vargas E. Degree of adherence to treatment in people with cardiovascular risk. *Av.enferm.* 2014; 32\(1\): 25-32.](#)
4. [Grimaldo M. Healthy lifestyle in graduate students of Health Sciences. *Psicología y*](#)

- [Salud. 2012; 22\(1\): 75-87.](#)
5. [Laguado JE, Gómez DMP. Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. Hacia promoc. Salud. 2014; 19\(1\): 68-83.](#)
 6. [Vílchez V, Paravic T, Salazar A, Sáez K. Effectiveness of intervention of Department of nursing personalized, face-to-face and telephone in factors of risk cardiovascular: essay clinical controlled. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016; 24: e2747.](#)
 7. [Jensen L, Leeman-Castillo B, Coronel SM, Perry D, Belz C. Impact of a nurse telephone intervention among high cardiovascular risk health fair participants. Journal of Cardiovascular Nursing. 2009; 24: 447-53.](#)
 8. [Brodie D, Inoue A, Shaw D. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2008; 45: 489-500.](#)
 9. [Brotos C, Ariño D, Borrás I, Buitrago F, Gonzalez M, et al. Evaluation of the efficacy of a comprehensive programme of secondary prevention of cardiovascular disease in primary care: study PREseAP. Aten Primaria. 2006; 37:295- 8.](#)
 10. [Varkevisser CM, Pathmannathan I, Browlee A. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Ottawa \(Can\): Centro Internacional de Desarrollo de Investigación. 1995; 2: 377.](#)
 11. [López-González A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguilo A, Tomás-Salva M, et al. Socio-economic inequalities and differences according to sex and age in cardiovascular risk factors. Gac Sanit. 2015; 29\(1\):27-36.](#)
 12. [García S, Riera K, Gambí N, Siquier A, Díaz M, et al. Cardiovascular Risk determined by the Framingham Risk Calculator calibrated to the Spanish Population \(REGICOR\) and Hearth Age in Worker of different Industrial Sectors. Medicina Balear. 2015; 30\(2\): 17-26.](#)
 13. [Alonso M, Balanza S, Leal M, Hernández F, García-Galbis J, et al. Análisis de potenciales factores del riesgo cardiovascular en una población mediterránea. Hipertens riesgo vasc. 2010; 27\(6\): 233-38.](#)
 14. [Zimmermann M, González M, Galán I. Perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica. 2010; 84\(3\): 293-308.](#)
 15. [Yamada Y, Ishizaki M, Tsuritani I. Prevention of weight gain and obesity in occupational populations: a new target of health promotion services at worksites. J Occup Health. 2002; 44: 373-84.](#)
 16. [Shahid M, Sun R, Liu Y, Bao J, Huang C, et al. Is high high-density lipoprotein cholesterol beneficial for premature coronary heart disease? A meta-analysis. Journal of Preventive Cardiology. 2016; 23\(7\): 704-13.](#)
 17. [Campean-Ortiz L, Quintero-Valle L, Ángel-Pérez B, Reséndiz-González E, Salazar-González B, et al. Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva de autocuidado de Orem. Aquichan. 2013; 13\(3\): 347-62.](#)
 18. [Won J, Hong O, Ju Hwang W. Actual Cardiovascular Disease Risk and Related Factors. A Cross-sectional Study of Korean Blue Collar Workers Employed by Small Businesses. Workplace Health Saf. 2013; 61\(4\): 163-71](#)

Open Acces (Acceso libre)



Disponble en
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

***REVISIÓN**

UTILIDAD DE LA MUSICOTERAPIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CORONARIO MUSIC THERAPY UTILITY IN CORONARY PATIENT CARE

Diana Achury Saldaña¹

¹Magister enfermería Cardiovascular. Profesora Asociada. Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana.

Recibido el 2 de diciembre de 2016; aceptado el 6 de abril de 2017

RESUMEN

Introducción: la musicoterapia se convierte en una intervención que brinda la posibilidad de resignificar experiencias del paciente, permite la construcción de vínculos con los profesionales de la salud y la posibilidad de crear un ambiente agradable durante la estancia hospitalaria y egreso.

Objetivo: identificar la utilidad de la musicoterapia en el cuidado del paciente coronario.

Metodología: se realizó una revisión integrativa entre enero y marzo del 2016. La búsqueda y análisis de la literatura se realizaron en las bases de datos EMBASE, MedLine, Science Direct, Ebsco Host, Proquest, que incluyó artículos y revisiones, con los descriptores: musicoterapia, paciente coronario, enfermería. Publicados de 2000 a 2016. Fueron encontrados 119 artículos, de los cuales se seleccionaron 27, dado que cumplían los criterios de inclusión.

Resultados: la utilidad de la musicoterapia se evidencia en la disminución de la ansiedad, el dolor, reducción en el requerimiento de analgésicos en los pacientes que son sometidos a angioplastias y cirugía cardiovascular. El tipo de música recomendada es la clásica, sonidos de naturaleza, instrumental y la seleccionada por el paciente con un ritmo lento y bajo volumen.

Conclusiones: es fundamental estandarizar en los protocolos y planes de cuidado la terapia musical como una herramienta esencial, sencilla, de bajo costo y coadyuvante del dolor, ansiedad, temor y estrés en el paciente

cardiovascular.

Palabras claves: *musicoterapia, enfermería, dolor, ansiedad, enfermedad coronaria, paciente.*

ABSTRACT.

Introduction: Music therapy becomes an intervention offers the possibility of resignificar patient experiences allows building links with health professionals and the ability to create a pleasant atmosphere during the hospital stay and discharge.

Objective: to identify the usefulness of music therapy in the care of coronary patients.

Design: an integrative review between January and March 2016. The search and analysis of the literature was conducted were performed on the basis of Embase, Medline data, Science Direct, Ebsco Host, ProQuest, which included articles, reviews, with descriptors: music therapy, coronary patients, nursing. Published from 2000 to 2015. Were found 119 articles, of which 28 were selected since they met the inclusion criteria.

Results: the usefulness of music therapy is evident in the decreased anxiety, pain, decreased analgesic requirements in patients who undergo angioplasties and cardiovascular surgery. The recommended type of music is classical, sounds of nature, instrumental and selected by the patient with a slow pace and low volume.

Conclusions: it is essential to standardize protocols and care plans music therapy as an adjunctive pain essential tool simple, inexpensive and, anxiety, fear and stress in the cardiovascular patient.

Keywords: *musictherapy, nursing, pain, anxiety, heart disease, patient.*

Dirección de Correpondencia

Diana Achury Saldaña
 Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia
 E-mail: dachury@javeriana.edu.co

INTRODUCCIÓN

El cuidado del paciente coronario debe estar orientado a la identificación y manejo oportuno de respuestas fisiológicas y psicológicas generados por su enfermedad o derivadas de procedimientos intervencionistas y quirúrgicos; siendo el dolor agudo y la ansiedad las más prevalentes.

La literatura internacional evidencia que entre el 47 y el 75% de los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular manifiestan dolor agudo en el posoperatorio inmediato, con una intensidad mayor en el primer día¹. La ansiedad es la respuesta psicológica con mayor frecuencia, alrededor del 98% de los pacientes en el posoperatorio de cirugía cardiovascular y angiografía la presentan². Estas respuestas fisiológicas son las responsables de la aparición de complicaciones, incremento de la estancia hospitalaria y de la mortalidad³.

Algunos autores^{4,5} señalan que más del 50% de estos pacientes son tratados de forma sub-óptima, ya que su valoración se realiza de manera unidimensional y su manejo se orienta al uso exclusivo de analgésicos y sedantes, desencadenando una recuperación parcial. Por tal motivo requieren la aplicación de intervenciones no farmacológicas que complementen el manejo habitual.

Las personas más idóneas para implementar estas intervenciones son los profesionales de enfermería; en donde la musicoterapia se convierte en una intervención que usa de manera dosificada en el tratamiento, rehabilitación y educación de adultos o niños con alteraciones físicas, mentales o emocionales, desarrollando potenciales y/o restaurando las funciones del individuo, logrando una mejor integración y restablecimiento de sus procesos vitales así como una mejor readaptación del rol a nivel intrapersonal y/o interpersonal⁶. La musicoterapia es una intervención muy antigua puesto que desde 1856 Florence Nigthingale⁷ reconoció que los instrumentos de cuerda, viento así como la voz humana tenían un efecto beneficioso sobre la recuperación de los soldados en la guerra de Crimea. Sin embargo, tan solo en 2009, la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) establece la terapia musical como una intervención enfermera fundamental para ayudar a conseguir un cambio espe-

cífico en las conductas, sentimientos y a nivel fisiológico⁸. Su utilidad ha sido muy estudiada en pacientes adultos y niños con problemas mentales, cognitivos y oncológicos; pero muy poca en la población cardiovascular. Siendo necesario identificar la utilidad en esta población.

METODOLOGÍA

Como diseño metodológico se realizó una revisión integrativa. Se contemplaron los pasos descritos por los autores Tavares y Cols⁹, la pregunta orientadora fue ¿Cuál es la utilidad de la musicoterapia en el cuidado del paciente coronario?, se buscaron publicaciones indexadas en la base de datos EMBASE, MedLine, Science Direct, Ebsco Host, Proquest, entre enero y marzo de 2016. Los criterios de selección de los artículos fueron: todas las categorías de artículos (original, revisión, reflexión, actualización), artículos con resúmenes y textos completos, publicados en idiomas español, inglés y portugués, entre 2000 y 2016, bajo los descriptores musicoterapia, paciente coronario, angiografía, cirugía cardiovascular y enfermería. De los 119 artículos encontrados se procedió a la lectura minuciosa del resumen y el artículo completo, seleccionando los que respondían al objetivo propuesto del estudio. Los 27 artículos seleccionados se analizaron teniendo en cuenta criterios de validez, fiabilidad y aplicabilidad. Fueron extraídos los conceptos abordados en cada artículo y de interés de las investigadoras. Los trabajos fueron agrupados en dos categorías empíricas: Utilidad de la musicoterapia en la disminución del dolor y la ansiedad.

RESULTADOS

A continuación se presenta una caracterización de los estudios encontrados, las categorías derivadas y la descripción de la musicoterapia utilizada.

Tabla 1. Caracterización de los estudios encontrados

		N(estudios)	%
Idioma	Inglés	27	100
	Portugués	1	10
	Español	0	0
	Total	27	100
Diseño	Ensayo clínico	21	77,8
	Revisión sistemática	5	18,5
	Descriptivo	1	3,7
	Total	27	100
Años	2014-2016	5	18,5
	2012-2013	2	7,4
	2011-2010	7	25,9
	2009- 2008	2	7,4
	2006-2007	3	11,1
	2005- 2004	4	14,8
	2004-2003	4	14,8
Total	27	100	

Fuente. Elaboración propia.

El idioma predominante en los estudios fue el inglés seguido del portugués; llama la atención que no se encontró en idioma español, lo que puede indicar la necesidad de realizar estudios en los países de habla hispana. Con relación a los diseños, el 77.8% correspondieron a ensayos clínicos, aspecto fundamental para incrementar la validez y confiabilidad de los resultados. El 51.8% corresponde a estudios publicados en los últimos 6 años, en donde se destaca el incremento de investigaciones que evidencia la necesidad de evaluar el efecto de la musicoterapia como una intervención no farmacológica complementaria en la atención integral de estos pacientes.

Tabla 2. Categorías. Disminución del dolor y la ansiedad en los pacientes en Post-operatorio de cirugía cardiovascular y angioplastia

Población	N (Estudios)	% Porcentaje
Pacientes sometidos a cirugía cardiovascular	24	88,9 %
Pacientes sometidos a angioplastia	3	11,1 %
Total	27	100%

Fuente. Elaboración propia.

A partir de la lectura crítica de los 27 artículos se encontró que la musicoterapia ha sido utilizada para disminuir el dolor y la ansiedad en los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular y en menor porcentaje a procedimientos intervencionista como cateterismo y angioplastia.

Tabla 3. Caracterización de la musicoterapia utilizada

		N(estudios)	%
Tipo de música	Clásica	11	40,7
	instrumental	7	25,9
	Seleccionada por el paciente	4	14,8
	Sonidos de la Naturaleza	5	18,5
	Total	27	100
Duración	15- 20 minutos	6	22,2
	30 minutos	14	51,85
	60 minutos	7	25,9
	Total	27	100
Numero de sesiones	1	22	81,5
	2	4	14,8
	3	1	3,7
	Total	27	100

Fuente. Elaboración propia.

La tabla 3 muestra que el tipo de música más utilizada en los estudios seleccionados fue la clásica, con un tiempo de duración de 30 minutos y una sesión diaria.

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios seleccionados ^{10,11,12,13,14} coinciden en los efectos fisiológicos, cognitivos, conductuales y sociales de la musicoterapia. Con relación a los fisiológicos, la musicoterapia a través de la vía auditiva estimula el tálamo y el hipotálamo mejorando el estado de ánimo, produciendo relajación e inhibiendo las vías neuronales del dolor periférico. En los cognitivos, estimula la capacidad de atención y potencia el estado de alerta. En lo social, favorece la expresión de estados emocionales independiente de todo individualismo. En el área de cardiología su uso ha sido con mayor frecuencia en pacientes en pos-operatorio de cirugía cardiovascular, encontrando una reducción significativa de los niveles de dolor, requerimiento de analgésicos opioides y mejoría en algunos parámetros

fisiológicos.

La recuperación en los parámetros fisiológicos esta determinado por que la música libera endorfinas y reduce los niveles de catecolaminas, lo que resulta en una disminución de la presión arterial, a su vez el ritmo cardíaco y respiratorio mejoran y el consumo de oxígeno disminuye. Iblher¹⁵ señala que la música ha sido frecuentemente investigada en el contexto de los procedimientos operatorios, sobre todo en el pos-operatorio, siendo efectiva en el control de dolor. Sin embargo, se recomienda que la música no se deba utilizar como una intervención principal sino coadyuvante. Hole J¹⁶, Sendelbach¹⁷ y Heidari S¹⁸ encontraron en sus estudios que la aplicación de la musicoterapia antes y después del procedimiento quirúrgico dismi-

nuye de manera importante la ansiedad. El bienestar de los pacientes despiertos es mayor que el de los pacientes bajo efectos de sedación. Sin embargo, en la práctica diaria quirúrgica no se ha estandarizado porque la información acerca de su efectividad no ha sido sintetizada y diseminada de forma universal.

Suzanne^{19,20} en su revisión sistemática identifico 16 estudios en donde los hallazgos evidencian que el 65% de los pacientes cardíacos en las primeras 6 semanas de pos-operatorio, presentan ansiedad y depresión interfiriendo en el autocuidado y adherencia; por tal motivo implementaron la musicoterapia durante la hospitalización logrando su uso al egreso. El bienestar psicológico referido por los pacientes con las sesiones permitió que estos la pudieran incorporar en el diario vivir, alcanzando mayor motivación y una mejoría en la adherencia a los tratamientos.

Ajorpaz²¹ Bally²², Stein²³ y Dogan²⁴ exponen en sus estudios que la ansiedad es una de las respuestas emocionales más frecuentes en los pacientes sometidos a procedimientos intervencionistas como cateterismo y angioplastia, generada por el tipo de procedimiento, el ambiente de la sala de hemodinamia, los equipos, el significado cultural de lo que implica un procedimiento a un órgano tan importante. Por esta razón en los tres estudios revisados dos han implementado la musicoterapia durante el procedimiento y uno antes y después, demostrando un cambio estadísticamente significativo en la disminución de los niveles y en la reducción de complicaciones derivadas por la respuesta fisiológica de la ansiedad; siendo mayor en los estudios que lo implementaron antes del procedimiento.

De acuerdo con lo expuesto se puede destacar que la musicoterapia se convierte en una herramienta esencial para alcanzar una analgesia adecuada y manejar la ansiedad, de bajo costo, sencilla, capaz de aumentar el confort físico y emocional del paciente, ampliar el tiempo de interacción enfermera-paciente, mejorar el vínculo afectivo- emocional.

Por otra parte los métodos utilizados por los diferentes autores en sus intervenciones fueron métodos pasivos que se caracterizan por que el paciente recibe sonidos y/o música elaborada o seleccionada por el profesional o el paciente buscando la expresión de

sentimientos y aumento de la sensación de bienestar. Ellos señalan que es un método sencillo recomendado a nivel intrahospitalario.

Özer²⁵ señala que el método activo en donde el paciente participa tocando un instrumento o cantando es adecuado de manera extra hospitalaria en los programas de rehabilitación cardíaca evidenciando un incremento en la motivación y mayor adherencia al tratamiento. Nilsson U²⁶ menciona que si se utiliza el método pasivo se recomienda la reproducción de la música a través de audífonos con bajo volumen, lo suficiente como para que los pacientes estuvieran en la capacidad de comunicarse. Las notas musicales utilizados en los estudios eran de ritmo lento en intensidad grave de bajo volumen. Los ritmos lentos de 60-80 tiempos permitieron en los pacientes la relajación nerviosa y muscular y un sueño reparador; las notas graves de bajo volumen son las notas más sedantes e invitan a la reflexión. Los autores destacan que la intensidad es uno de los elementos musicales más importantes puesto que una nota que en si es tranquilizante puede volverse irritante si el volumen es más alto que lo que esa persona puede soportar. De manera que el volumen recomendado es 60 decibelios.

Frente al tipo música utilizada se encontró predominio de la clásica que activa la corteza auditiva y las zonas asociadas con la emoción, seguida de la instrumental y sonidos relajantes, sus tonos graves provocan ondas cerebrales bajas generando relajación. La música seleccionada por el paciente se usó menos en los estudios, se considera que el uso de la música permite identificarse con los sentimientos presentes²⁷. No obstante se concluye en los estudios que no se encontraron diferencias significativa entre los pacientes que seleccionaron la música y los que no ^{27,28}. Por esta razón el profesional de enfermería puede utilizar cualquiera de los tipos musicales seleccionados logrando resultados comunes.

La mayoría de los estudios realizaron 1 sesión musical con un tiempo promedio entre 15-30 minutos encontrando cambios importantes en las respuestas físicas y emocionales de los pacientes, pero al compararlos con los pocos estudios que realizaron la intervención con un tiempo de duración mayor a los 30 minutos y

más de una sesión lograron mejores resultados y efectos a mediano plazo con una satisfacción y control de síntomas. De estas evidencias los autores recomiendan realizar cronogramas musicales para los pacientes coronarios, implementar sesiones en el momento del ingreso, antes, durante y después de procedimientos intervencionistas y quirúrgicos. Al egreso de la unidad coronaria elaborar un programa de musicoterapia de manera que la pueda involucrar en su vida cotidiana.

CONCLUSIONES

El uso de la musicoterapia en el paciente posquirúrgico cardiovascular ha permitido una disminución del dolor y de variables clínicas como la frecuencia cardíaca y la presión arterial. En el paciente sometido a procedimientos intervencionistas ha sido más significativa la reducción de la ansiedad. No existe diferencia en el tipo de música utilizada, lo fundamental es que sean piezas de tonos graves de ritmo lento en intensidad grave de bajo volumen.

Se requieren más estudios que implementen la musicoterapia con una intensidad mayor a los 30 minutos y más de una sesión al día puesto que los resultados evidencian mejores desenlaces comparado con los que realizan una sola sesión y una duración menor.

Conflicto de interés: Ninguno

Financiación: Ninguna

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Mello L, Rosatti S, Hortense P. Assessment of pain during rest and during activities in the postoperative period of cardiac surgery. Revista latino-americana de enfermagem. 2014; 22\(1\): 136-143.](#)
2. [Valenzuela Millán, J, Barrera Serrano J, Ornelas-Aguirre J. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. Cir Cir.2010; 78: 51-6.](#)
3. [De Mello L, Castro S, Hortense P. Avaliação da dor em repouso e durante atividades no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014; 22\(1\): 136-143.](#)
4. [Velázquez K. Deficiencias del tratamiento del dolor postoperatorio. Particularidades en el anciano: special features in the elderly. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2012; 11\(1\): 57-65.](#)
5. [Machado J, Machado M, Flórez V, Montoya A, Escobar F, et al. ¿Estamos controlando el dolor posquirúrgico? Revista Colombiana de Anestesiología. 2014; 41\(2\): 132-138.](#)
6. [Martínez P. La terapia musical como intervención enfermera. Enfermería Global. 20023; 2\(1\): 1-8.](#)
7. [Twiss E, Seaver J, McCaffrey R. The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. Nursing in critical care. 2006; 11\(5\): 224-231.](#)
8. [Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Musicoterapia. En B. Bulechek, Clasificación de intervenciones de Enfermería \(NIC\). 5a ed. Barcelona, España: Mosby; 2009.](#)
9. [De Souza M, da Silva M, de Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8\(1\): 102-6.](#)
10. [Easter B, DeBoer L, Settlemire G, Starnes C, Marlowe V, et al. The impact of music on the PACU patient's perception of discomfort. Journal of Peri Anesthesia Nursing. 2010; 25\(2\): 79-87.](#)
11. [Engwall M, Gill Sörensen D. Music as a nursing intervention for postoperative pain: a systematic review. Journal of perianesthesia nursing. 2009; 24\(6\): 370-383.](#)
12. [Eleni R, Anette N. Effect of Music on Vital Signs and Postoperative Pain Ikonomidou. AORN Journal. 2004; 80\(2\): 269.](#)
13. [Nilsson U, Unosson M, Rawal N. Stress reduction and analgesia in patients exposed to calming music postoperatively: a randomized controlled trial. Eur J Anaesthesiol 2005; 22\(2\): 96-102.](#)
14. [Tse MM, Chan MF, Benzie IF. The effect of music therapy on postoperative pain, heart rate, systolic blood pressures and analgesic use following nasal surgery. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2005; 19\(3\): 21-29.](#)
15. [Iblher P, Mahler H, Heinze H, Hüppe M, Klotz K, et al. Does music harm patients after cardiac surgery? A randomized, controlled study.](#)

- [Applied Cardiopulmonary Pathophysiology. 2011; 15\(1\): 14-23.](#)
16. [Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. 2015; 386\(10004\): 1659-1671.](#)
 17. [Sendelbach S, Halm M, Doran K, Miller E, Gaillard P. Effects of music therapy on physiological and psychological outcomes for patients undergoing cardiac surgery. Journal of cardiovascular nursing. 2006; 21\(3\): 194-200.](#)
 18. [Heidari S, Babaii A, Abbasinia M, Shamali M, Abbasi M, et al. The Effect of Music on Anxiety and Cardiovascular Indices in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft: A Randomized Controlled Trial. Nursing and midwifery studies. 2015; 4\(4\): 31157.](#)
 19. [Fredericks S, Lapum J, Joyce L. Anxiety, depression, and self management: a systematic review. Clinical nursing research. 2012; 1054773812436681.](#)
 20. [Fredericks S, Lapum J, Lo J. Long-term effects of music therapy on patients with heart failure and acute myocardial infarction after previous revascularization; 8-year experience. European Heart.Journal. 2010; 31: 1055.](#)
 21. [Ajorpaz NM, Najaran H, Khazaei S. Effect of music on postoperative pain in patients under open heart surgery. Nursing and midwifery studies. 2014 Sep; 3\(3\): e20213.](#)
 22. [Bally K, Campbell D, Chesnick K, Tranmer J. Effects of patient-controlled music therapy during coronary angiography on procedural pain and anxiety distress syndrome. Critical Care Nurse. 2003; 23\(2\): 50-57.](#)
 23. [Stein T, Olivo E, Grand S, Namerow P, Costa J. A pilot study to assess the effects of a guided imagery audiotape intervention on psychological outcomes in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Holistic nursing practice. 2010; 24\(4\): 213-222.](#)
 24. [Dogan MV, Leman S. The effect of music therapy on the level of anxiety in the patients undergoing coronary angiography. Open Journal of Nursing. 2012; 2: 165-169.](#)
 25. [Özer N, Özlü Z, Arslan S, Günes N. Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery. Pain Management Nursing. 2013; 14\(1\): 20-28.](#)
 26. [Nilsson U. The anxiety-and pain-reducing effects of music interventions: a systematic review. AORN journal. 2008; 87\(4\): 780-807.](#)
 27. [Cutshall S, Anderson P, Prinsen S, Wentworth L, Brekke K. Effect of the combination of music and nature sounds on pain and anxiety in cardiac surgical patients: a randomized study. Alternative therapies in health and medicine. 2011; 17\(4\): 16.](#)
 28. [Hanser SB, Mandel SE. The effects of music therapy in cardiac healthcare. Cardiol Rev. 2005; 3\(1\): 18-23.](#)

Instrucciones para los autores

Los artículos deberán prepararse de acuerdo con la publicación reciente de los “Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica”, desarrollados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), y que se pueden consultar en la página de internet <http://www.icmje.org>. El envío del manuscrito será de un trabajo no publicado, excepto en forma de resumen, y que no sea enviado simultáneamente a otra revista,

ya que se solicita que el autor ceda los derechos a esta revista; por lo tanto, los manuscritos aceptados serán propiedad de la Sociedad Mexicana de Cardiología y no podrán ser publicados, ni completos, ni parcialmente en ninguna otra parte, sin el consentimiento escrito del editor.

Los manuscritos originales recibidos no serán devueltos y el autor principal debe guardar una copia completa.

IMPORTANTE

El manuscrito deberá enviarse junto con la forma de Transferencia de Derechos de Autor con las firmas solicitadas (ver al final del texto).

LISTA DE VERIFICACIÓN

Las características con las que deben ser presentados los manuscritos se muestran en la siguiente lista de verificación

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

- Envíe dos copias impresas del manuscrito, escrito a doble espacio con márgenes de 2.5 cm, en papel bond tamaño carta (28 x 21.5 cm), con letra Arial 12, y numere las páginas de forma consecutiva desde la portada.
- Escriba cada componente del manuscrito en una página separada: título, resúmenes (español e inglés) y palabras clave, texto del artículo (introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones), referencias bibliográficas, cuadros y/o figuras.
- Ponga el número de la página, el apellido del primer autor y el título de cornisa en la esquina superior derecha de cada página.
- Cite referencias, cuadros y figuras consecutivamente y conforme aparezcan en el texto.
- Anexe la forma impresa de Transferencia de Derechos de Autor a favor de la Sociedad

Mexicana de Cardiología, firmada por el primer autor y coautores del artículo.

- Envíe el manuscrito grabado en archivo electrónico, con la portada etiquetada con el título del artículo y el nombre del primer autor, empezando por apellidos. El texto y los cuadros y/o figuras deberán presentarse en diferentes archivos electrónicos.

ESTRUCTURA DEL MANUSCRITO

1. Portada

- Escriba el título sin abreviaturas o siglas, límite: 15 palabras.
- Escriba el título corto para cornisa, límite: 8 palabras.
- Autores. Incluya a todos los autores, empezando por nombre(s); si quiere que aparezcan los dos apellidos, para futuras referencias, únalos con un guión. Enseguida del nombre completo, coloque números arábigos consecutivos en superíndice, para indi-

car el nivel académico, categoría laboral, nombre del departamento e institución a la que pertenece.

Ejemplo:

Magdalena Sierra Pacheco,¹ Erika Rossi Díaz-Benítez.²

¹ Enfermera Especialista Infantil. Coordinadora Académica de la Especialidad en Enfermería Cardiovascular. ENEO UNAM-Escuela de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

² Enfermera Especialista Infantil. Jefa del Servicio de Cardiología Adultos A. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

- Correspondencia. Incluya nombre, dirección, teléfono, número de fax y dirección electrónica del autor responsable, y la fecha en que envía su artículo para publicación.

2. Resúmenes

- En español e inglés, límite 250 palabras. Organícelo de acuerdo con los apartados solicitados para cada una de las secciones. Al elaborar el resumen, no utilice abreviaturas ni cite referencias.
- Palabras clave, de 3 a 5 palabras; no use frases en español ni en inglés, sin abreviaturas; utilice el lenguaje controlado publicado en el Medical Subject Headings de Index Medicus o las aceptadas por el International Council of Nurses o la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

3. Texto

- A) Artículo de investigación. Extensión máxima de 12 cuartillas; incluye resúmenes, introducción, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones, referencias, cuadros y/o figuras.
- B) Artículo de revisión. Extensión máxima de 10 cuartillas; incluye resúmenes, introducción, metodología, desarrollo del tema, conclusiones, referencias, cuadros y/o

figuras.

- C) Estudios de caso. Extensión máxima de 12 cuartillas; incluye resúmenes, introducción, objetivo, metodología, presentación del caso, proceso de atención de enfermería, conclusiones, cuadros y/o figuras.
- D) Artículos de práctica diaria. Extensión máxima de 8 cuartillas; incluye resúmenes, desarrollo (concepto, objetivo, principios o políticas, indicaciones, contraindicaciones, material y equipo, procedimiento, complicaciones, puntos importantes), referencias, cuadros y/o figuras.
- E) Artículos “Hablando de...” Temas de interés general para el profesional de enfermería; extensión máxima de 8 cuartillas; incluyen resúmenes, introducción, desarrollo, conclusiones y referencias (opcional).

NOTA: Las abreviaturas utilizadas en el texto serán explicadas la primera vez que se empleen y se utilizarán a lo largo de todo el manuscrito.

4. Referencias bibliográficas

Cite las referencias en el orden de aparición en el texto, utilizando números arábigos en superíndice, sin paréntesis ni espacios y con guiones cuando se trate de rangos. La redacción de las referencias bibliográficas deberán ajustarse a los lineamientos de los “Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica”.

a) Artículo de revista

- Primer apellido (si quiere utilizar los dos, únalos con un guión), inicial(es) del nombre de los seis primeros autores, seguido de coma cada uno; en el caso de ser siete o más autores se colocará la palabra “et al”. Al concluir los nombres se usa punto.
- Título del artículo, utilizando mayúsculas sólo para la primera letra de la palabra, seguido de un punto. Incluir subtítulo del artículo, si lo tiene.

- Abreviatura de la revista utilizada en el *Index Medicus*; seguida de un punto.
- Año de la publicación, seguido de punto y coma
- Número de volumen tal como aparece en la revista.
- Número de la revista entre paréntesis (si lo tiene), seguido de dos puntos.
- Número de página inicial y final del artículo, separados por un guión, seguidos de punto final.

Ejemplos:

Pérez-Noriega E, Morales-Espinoza ML, Grajales-Alonso I. Panorama epidemiológico de la obesidad en México. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2006; 14 (2): 62-64.

Méndez CG. Actitud del paciente para ejercer sus derechos con base en información y conocimiento. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2006; 14 (1): 5-9.

b) Artículo de revista en internet

- Primer apellido (si quiere utilizar los dos únalos con un guión), inicial(es) del nombre de los autores, seguido de coma cada uno; al concluir los nombres se usa punto.
- Título del artículo, utilizando mayúsculas sólo para letra inicial de la primera palabra, seguido de un punto. Incluir subtítulo del artículo, si lo tiene.
- Nombre de la revista.
- Escribir entre corchetes [Internet] seguido de punto.
- Año y mes abreviado (si tiene).
- Fecha de consulta. Escribir entre corchetes [citado] y colocar el día, mes abreviado y año en que se consultó, seguido de punto y coma.
- Volumen (y en caso de tener número de re-

vista, éste se coloca entre paréntesis), seguido de dos puntos.

- En caso de saber el número de páginas, anotar el número de página inicial y final del artículo, separados por un guión, seguido de un punto; si no tiene páginas numeradas, entre corchetes se anotará “aprox.”, el número aproximado de páginas, seguido de una “p”, colocar un punto.
- “Disponible en”, seguido de dos puntos.
- Dirección electrónica.

Ejemplos:

Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2003 sep-dic [citado 19 oct 2005]; 26 (3): 37-49. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [revista en internet]. 2002 jun [citado 12 ago 2002];102 (6): [aprox. 3 p]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/AJN2002/june/Wawatch.html>

c) Libro

- Primer apellido (si quiere utilizar los dos, únalos con un guión), inicial(es) del nombre de los seis primeros autores, seguido de coma cada uno; en el caso de ser 7 o más autores se colocará la palabra “et al”. Al concluir los nombres se usa punto.
- Título del libro, utilizando mayúsculas sólo para letra inicial de la primera palabra, seguido de un punto.
- Número de la edición, excepto si es la primera, seguido de “ed” y después un punto.
- Ciudad en la que fue publicada, seguida de dos puntos.
- Nombre de la editorial, seguido de punto y coma.

- Año de la publicación, seguido de un punto.

Ejemplos:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4a ed. San Luis: Mosby; 2002.

Ortega-Vargas MC, Suárez-Vázquez M, Jiménez-Villegas MC, Añorve-Gallardo A, Cruz-Corchado M, Cruz-Ayala G et al. Manual de evaluación del servicio de calidad de enfermería. Estrategias para su aplicación. México: Médica Panamericana; 2006.

d) Capítulo de un libro

- Primer apellido (si quiere utilizar los dos, únalos con un guión), inicial (es) del nombre de los seis primeros autores, seguido de coma cada uno; en el caso de ser siete o más autores, se colocará la palabra “et al”. Al concluir los nombres se usa punto.
- Título del capítulo, utilizando mayúsculas sólo para la letra inicial de la primera palabra, seguido de un punto. Incluir subtítulo del artículo, si lo tiene.
- Indicar la palabra “En”, seguida de dos puntos.
- Primer apellido (si quiere utilizar los dos, únalos con un guión), inicial(es) del nombre de los seis primeros autores, seguido de coma cada uno; en el caso de ser siete o más autores se colocará la palabra “et al”. Al concluir los nombres se usa punto.
- Título del libro, utilizando mayúsculas sólo para letra inicial de la primera palabra, seguido de un punto.
- Número de la edición, excepto si es la primera, seguido de “ed” y después un punto.
- Ciudad en la que fue publicada, seguida de dos puntos.
- Nombre de la editorial, seguido de punto y coma.
- Año de la publicación, seguido de un punto.
- Anotar una “p” minúscula seguida de un punto.

- Primera y última páginas del capítulo citado separadas por un guión; finalizar con un punto.

Ejemplo:

Ruiz PR, Montesinos JG, Carlón CMP, Vega HS, Barrera SM. Administración de medicamentos por vía oral. En: Ortega-Vargas MC, Suárez-Vázquez M, Jiménez-Villegas MC, Añorve-Gallardo A, Cruz-Corchado M, Cruz-Ayala G et al. Manual de evaluación del servicio de calidad de enfermería. Estrategias para su aplicación. México: Médica Panamericana; 2006. p 135-144.

Para referenciar otros materiales como cd-rom, monografías en internet, página principal de un sitio web, bases de datos, entre otros, consultar la página de internet <http://www.icmje.org>.

Nota importante:

Artículo con más de seis autores:

- Apellido (si quiere utilizar los dos únalos con un guión) e inicial(es) del nombre del o los primeros seis autores, seguido de la palabra “et al”; al concluir los nombres se usa punto.

Ejemplo:

Flores-Flores J, Palomo-Villada JA, Bernal-Ruiz E, Santiago-Hernández J, Montoya-Silvestre A, Astudillo Sandoval R et al. Reestenosis binaria post-ACTP con balón de corte previo a la colocación de stent. Arch Cardiol Mex. 2006; 76 (4):408-414.

5. Cuadros

- Elabore los cuadros a doble espacio y en hojas separadas.
- Coloque los cuadros con números romanos de acuerdo con el orden en que aparecen en el texto.
- Verifique que el número y título del cuadro aparezcan arriba del mismo y las notas explicatorias debajo de éste.
- Compruebe que el cuadro provea la información suficiente que permita su interpretación sin necesidad de referirse al texto.
- Evite enviar los cuadros en formato de imagen.

- Recuerde no usar líneas verticales. El cuadro sólo llevará 3 líneas horizontales: en la primera fila, el grosor de la línea superior será de 2¼ y el de la línea inferior de 1 pto; en la línea inferior de la última fila, será de 2¼ pto.
- Cada columna debe ir encabezada por un título breve o abreviado.

6. Figuras


- Se entiende como figura cualquier tipo de gráfico, fotografía, imagen, dibujo, esquema, entre otros.
- Verifique que las figuras estén identificadas de forma progresiva con números arábigos de acuerdo con su aparición en el texto.
- Las fotografías en las que aparecen personas identificables deberán acompañarse del permiso escrito para la publicación otorgado por la persona. De no ser posible contar con este permiso, los ojos de la persona deberán

ser cubiertos sobre la fotografía.

- En el caso de las fotografías, imágenes o dibujos, deben ser presentadas en formato JPEG o GIF.
- Para las figuras en el manuscrito impreso, enviar fotografías nítidas y brillantes en blanco y negro o en color, de 127 mm x 173 mm. Una figura en cada hoja.

Dirija todos los manuscritos a:

Mtra. Guadalupe Martínez Palomino
Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica
Sociedad Mexicana de Cardiología
 Juan Badiano Núm. 1,
 Col. Tlalpan, 14080, México, D.F.
 E-mail: ange.reviscard@yahoo.com.mx

		<h3>Transferencia de Derechos de Autor</h3>	
<p>Título del artículo: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>Autor(es):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>Firma de todos los autores</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Lugar y fecha: _____</p>			
<p>Los autores certifican que el artículo arriba mencionado es trabajo original y no ha sido previamente publicado excepto en forma de resumen, y en caso de que sea aceptado para su publicación en la Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, los derechos de autor serán transferidos a la Sociedad Mexicana de Cardiología.</p>			

