

Vivencias del equipo de enfermería reduciendo dolor postquirúrgico cardíaco con terapias complementarias

Nursing team experiences reducing post cardiac surgery pain with complementary therapies

Experiências da equipe de enfermagem na redução da dor cardíaca pós-cirúrgica com terapias complementares

Brayant Andrade-Méndez^{1*}

Leisy Cruz-Rodríguez²

Luz Omaira Gómez-Tovar³

Resumen

Objetivo: conocer las experiencias del equipo de enfermería en el manejo del dolor y uso de intervenciones no farmacológicas en paciente de posoperatorio de cirugía cardiovascular. **Materiales y método:** estudio con enfoque cualitativo y diseño fenomenológico descriptivo. Participaron nueve enfermeras y tres técnicos que laboraban en unidad de cuidados intensivos (UCI) cardiovascular, quienes tenían al menos dos años de experiencia en UCI y realizaban labores asistenciales exclusivamente. A esta población se aplicó la entrevista fenomenológica. La saturación de la información fue la medida que estableció el tamaño de la muestra final. **Resultados:** se identificaron cinco temas fenomenológicos: Empatía y sensibilidad en la detección del dolor, percepción objetiva del dolor, intervenciones no farmacológicas como complemento, interacción interpersonal como vínculo terapéutico, requerimientos y barreras para la aplicación de intervenciones no farmacológicas. Dentro de estos temas se agruparon 69 unidades de significado. **Conclusión:** El manejo del dolor en pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular es un gran desafío percibido por el equipo de enfermería; dado que requiere de un compromiso y sensibilidad en la identificación oportuna de manifestaciones y desencadenantes del dolor, que conlleven a tratar o reducir el síntoma a través de medidas farmacológicas en fases agudas, y en concomitancia facilitar otros cuidados no farmacológicos centrados en el cuidado humanizado, la comunicación, la terapia y la familia.

Palabras clave: Dolor postoperatorio; manejo del dolor; terapias complementarias; cirugía cardíaca; atención de enfermería; unidades de cuidado intensivo.

Autor de correspondencia*

^{1*} Doctor en Ciencias de la Salud, Profesor asociado del programa de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Surcolombiana, Huila. Colombia. Correo: brayant.andrade@usco.edu.co  0000-0001-7165-9361

² Enfermera, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Surcolombiana, Huila. Colombia. Correo: leicruero.1999@gmail.com  0000-0003-1263-8194 .

³ Doctora en Enfermería, Profesora asociada del programa de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Surcolombiana, Huila. Colombia. Correo: omaira.gomez@usco.edu.co  0000-0003-1054-8697

Abstract

Objective: To learn about the experiences of the nursing team in pain management and the use of non-pharmacological interventions in postoperative cardiovascular surgery patients. **Method:** Qualitative study with descriptive phenomenological design. Nine nurses and three technicians working in the cardiovascular intensive care unit (ICU), who had at least two years of experience in the ICU and performed exclusively nursing tasks, participated in the study. The phenomenological interview was applied to this population. Information saturation was the measure that established the final sample size. **Results:** Five phenomenological themes were identified: empathy and sensitivity in the detection of pain, objective perception of pain, non-pharmacological interventions as a complement, interpersonal interaction as a therapeutic link, and requirements and barriers for ap-

Recibido: 11 diciembre 2024
Aprobado: 18 febrero 2025

Para citar este artículo

Andrade-Méndez B, Cruz-Rodríguez L, Gómez-Tovar LO. Vivencias del equipo de enfermería reduciendo dolor postquirúrgico cardíaco con terapias complementarias. *Rev. cienc. cuidad.* 2024; 21(3):33-45. <https://doi.org/10.22463/17949831.4837>

© Universidad Francisco de Paula Santander. Est e es un artículo bajo la licencia CC-BY-NC-ND



plying non-pharmacological interventions. Within these themes, 69 units of meaning were grouped. **Conclusion:** Pain management in postoperative cardiovascular surgery patients is a great challenge perceived by the nursing team, since it requires commitment and sensitivity in the timely identification of manifestations and triggers of pain, leading to treat or reducing the symptom through pharmacological measures in acute phases, and concomitantly facilitate other non-pharmacological care focused on humanized care, communication, therapy and family.

Key words: Pain postoperative; pain management; complementary therapies; cardiac surgery; nursing care; intensive care units.

Resumo

Objetivo: Conhecer as experiências da equipe de enfermagem no controle da dor e o uso de intervenções não farmacológicas em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardiovascular. **Materiais e métodos:** Estudo qualitativo com um desenho fenomenológico descritivo. Participaram do estudo nove enfermeiros e três técnicos que trabalhavam na unidade de terapia intensiva (UTI) cardiovascular, com pelo menos dois anos de experiência na UTI e que estavam envolvidos exclusivamente no trabalho de assistência. A entrevista fenomenológica foi aplicada a essa população. A saturação de informações foi a medida que estabeleceu o tamanho final da amostra. **Resultados:** Foram identificados cinco temas fenomenológicos: empatia e sensibilidade na detecção da dor, percepção objetiva da dor, intervenções não farmacológicas como complemento, interação interpessoal como elo terapêutico, requisitos e barreiras para a aplicação de intervenções não farmacológicas. Dentro desses temas, foram agrupadas 69 unidades de significado. **Conclusão:** O manejo da dor em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardiovascular é um grande desafio percebido pela equipe de enfermagem, uma vez que requer comprometimento e sensibilidade na identificação oportuna das manifestações e dos fatores desencadeantes da dor, levando ao tratamento ou à redução do sintoma por meio de medidas farmacológicas nas fases agudas e, concomitantemente, facilitando outros cuidados não farmacológicos focados no atendimento humanizado, na comunicação, na terapia e na família.

Palavras-chave: Dor pós-operatória; manejo da dor; terapias complementares; cirurgia cardíaca; cuidados de enfermagem; unidades de terapia intensiva.

Introducción

El dolor postoperatorio en cirugía cardiovascular es un desafío en las UCI debido a que varios factores afectan la recuperación y satisfacción del paciente (1). Las causas principales del dolor incluyen variables socio-demográficas, clínicas y técnicas quirúrgicas (2,3). Las incisiones en el tórax, que afectan nervios de la piel, músculo y hueso, junto con la inmovilización y el uso de catéteres y sondas, son los principales agentes causantes del dolor postoperatorio (4).

Estudios muestran que el 68.8% de pacientes con cirugía cardiovascular experimentan dolor moderado a severo en las primeras 24 horas, y el 30% persiste con

dolor a los tres meses (5). En Canadá, un 52% de pacientes reportó dolor 30 días después y un 42% hasta un año después de la cirugía. El dolor a los 30 días se asocia con ansiedad, depresión y complicaciones mayores (6); en India, el 68% de pacientes con esternotomía presentaron ansiedad severa y alteraciones hemodinámicas como hipertensión, taquicardia, taquipnea y baja saturación de oxígeno (7).

El manejo del dolor postoperatorio en pacientes de cirugía cardiovascular incluye analgésicos opiáceos, AINES y bloqueos nerviosos, que son efectivos, pero requieren recursos, entrenamiento y seguimiento por posibles efectos adversos e inestabilidad hemodinámica (2,3,8). Por el contrario, se han documentado intervenciones no farmacológicas como la musicoterapia

(9), aromaterapia (10), acupuntura, (11) hipnosis (12), reflexología (13) entre otras; siendo también efectivas, mejoran la calidad del sueño, aumentan la satisfacción del paciente y reducen el estrés, ansiedad, temor y delirium sin eventos adversos.(9,13).

Las complicaciones del dolor postoperatorio requieren intervenciones oportunas y personalizadas para minimizar o eliminar su impacto negativo (6). El personal de enfermería es crucial en la atención del paciente cardiovascular crítico, realizando monitoreo hemodinámico, administración de medicamentos y otros cuidados integrales para satisfacer las necesidades del paciente (14). Los enfermeros diseñan y ejecutan planes de cuidado, apoyados de los técnicos de enfermería, para mitigar el malestar físico y las emociones negativas relacionadas con el dolor.

A pesar de los avances tecnológicos y quirúrgicos, los pacientes de cirugía cardiovascular siguen experimentando dolor con efectos negativos en la recuperación (1,15). El manejo adecuado del dolor es una prioridad en las políticas de calidad y humanización del cuidado, requiriendo conocimiento actualizado para aplicar intervenciones efectivas y contextuales (16,17).

La valoración e intervenciones de enfermería resultan fundamental en la detección y tratamiento del dolor, sumado al reconocimiento de su liderazgo en servicios de alta complejidad como las UCI, en la toma de decisiones clínicas, cuidado integral, mejora en la comunicación con los paciente y familiares, evalúa las condiciones de los pacientes y los resultados clínicos.

Objetivos

Por consiguiente, el objetivo del estudio fue conocer las experiencias del equipo de enfermería en el manejo del dolor y uso de intervenciones no farmacológicas en paciente de posoperatorio de cirugía cardiovascular en UCI.

Materiales y Métodos

Estudio con enfoque cualitativo de tipo fenomenológico descriptivo, que buscó describir las experiencias o vivencias de los participantes. Se partió de la propuesta de Husserl para abordar la esencia de las experiencias puras, sin interpretar ni explicarlas, e involucrando la percepción, memoria, imaginación y emoción (18).

Población y muestra

En este estudio participaron profesionales y técnicos de enfermería de la UCI adultos cardiovascular de un hospital en el sur de Colombia. La muestra se determinó por saturación de la información (18), incluyendo a nueve profesionales y tres técnicos que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección

Se incluyó a profesionales y técnicos de enfermería con al menos un año de experiencia en UCI adultos y que aceptaron participar voluntariamente firmando el consentimiento informado. Se excluyó a quienes trabajaban exclusivamente en áreas administrativas.

Proceso de Recolección de la información

Entre junio y octubre de 2023 se realizaron entrevistas fenomenológicas (19,20) de 25 a 30 minutos, sin prejuicios ni categorizaciones. La guía de entrevista se incluye en el suplemento A. La población fue invitada a participar en el estudio en persona en la UCI, se explicó el objetivo y criterios de participación y se agendó la entrevista fuera del horario laboral en una sala de estudio fuera de la UCI. Se solicitó consentimiento informado y autorización para grabar. Dos investigadores participaron en cada entrevista: uno condujo el diálogo y el otro grabó.

Análisis

Las entrevistas grabadas fueron transcritas en Microsoft Word, siguiendo un protocolo de transcripción fiel a la grabación. El análisis se realizó con Atlas Ti en las 48 horas posteriores a cada entrevista, identificando temas fenomenológicos y unidades de significado, como lo referencias Guerrero et al. (19,20). Los resultados fueron validados por los participantes.

El análisis se realizó de manera sincrónica con la recolección de la información y siguió la propuesta de Moustakas (21) para organizar y analizar datos fenomenológicos de la siguiente forma: 1) análisis de la descripción completa de la experiencia práctica del personal de enfermería, brindando cuidados no farmacológicos para el manejo del dolor en pacientes en POP de cirugía cardiovascular; 2) transcripción literal de la experiencia considerando la importancia de

cada afirmación en la descripción de la experiencia, se registraron todas las declaraciones relevantes, se hallaron las unidades de significado de la experiencia, relacionando, agrupando y sintetizando aquellas que fueron invariantes, se incluyeron ejemplos literales, se reflexionó sobre la descripción textual construyendo una descripción de las estructuras de la experiencia y sus significados; 3) revisión y análisis de las transcripciones de forma independiente por cada investigador y luego en grupo para realizar la triangulación de investigadores(22), que a través de grupos de discusión con los tres investigadores permitió la definición de los temas; 4) Finalmente, se creó una descripción textual y estructural universal que reflejaba los significados y

esencias de las experiencias.

Aspectos éticos

Esta investigación siguió las recomendaciones éticas del Informe de Belmont, la Declaración de Helsinki y la normativa colombiana (Resolución 8430 de 1993 y Ley 911 de 2004). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y podían abandonar el estudio en cualquier momento. El estudio, considerado de riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993, obtuvo el aval del comité de ética del hospital donde se realizó el estudio bajo Acta No. 05-11 del 18 de mayo de 2023).

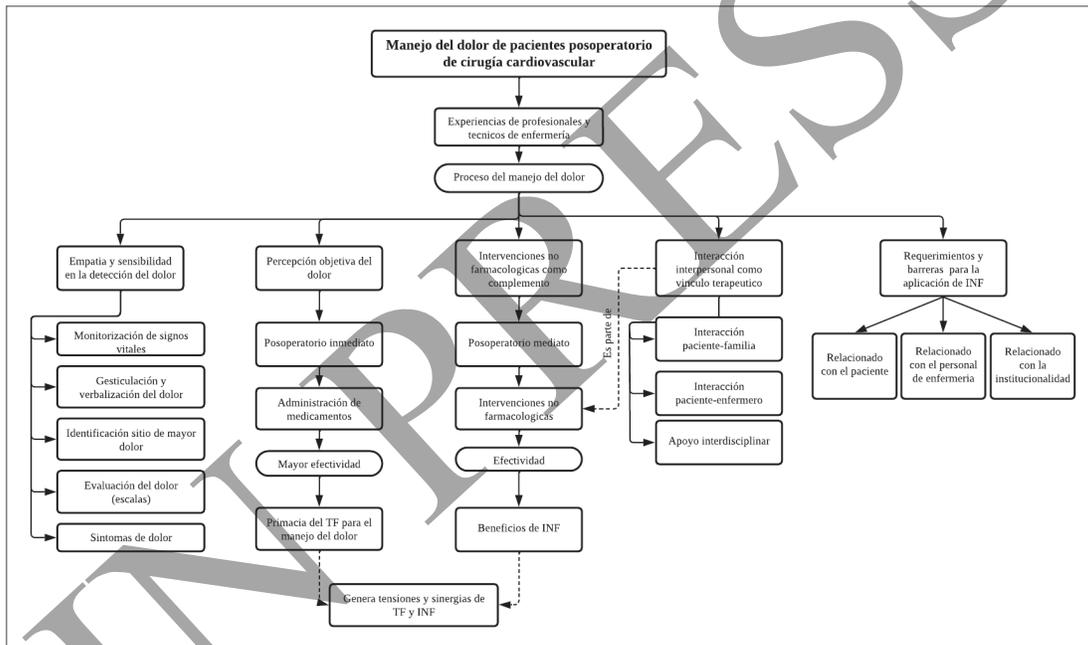


Ilustración 1. Temas fenomenológicos y sus conexiones, emergentes en el presente estudio.

Fuente: Elaboración propia. Creado con ayuda del software Lucidchart.

Resultados

Se contó con 12 participantes, de los cuales el 75% eran enfermeros y el 25% técnicos. La mayoría (83.3%) eran mujeres, con edades entre 20 y 45 años (promedio de 37 ± 7.8) y 9 ± 6.2 años de experiencia en UCI cardiovascular. Entre los profesionales ($n=9$), el 44.4% tenía especialización en cuidados críticos, el 11.1% en auditoría de calidad en salud, el 11.1% en gerencia en salud, y el 33.3% no tenía postgrado.

Definición de temas fenomenológicos

Desde una estructura flexible, las voces de los participantes guiaron la formación de cinco temas fenomenológicos y 64 unidades de significado, reflejando la diversidad de perspectivas y profundizando en la esencia de sus experiencias. Tres temas respondieron al objetivo del estudio: intervenciones no farmacológicas (INF) como alternativa, comunicación como intervención que genera vínculo, y necesidades y barreras de las

INF. Los cinco temas se presentan en el orden descrito por los participantes en el proceso de atención al dolor.

Tema fenomenológico 1. Empatía y sensibilidad en la detección del dolor.

Este tema se compuso de 15 unidades de significado que destacaron la importancia del manejo del dolor como un proceso de cuidado que inicia con su identificación. Se reconoce que el auxiliar de enfermería desempeña un papel crucial en este proceso, proporcionando atención inmediata y sirviendo como un enlace fundamental entre el paciente y los profesionales de enfermería y medicina para resolver las necesidades del paciente.

Hablando de las técnicas un entrevistado refiere “*Pero son los que... sin ellos yo no sé que sería, porque ese es el puente “Ve Jefe, Mira que ese paciente está como triste. Mira que ese paciente no se que es más”, ellos tienen como la posibilidad de que cuando bañan al paciente, cuando asean a el paciente, pues el paciente se desahogue y cuente su historia*”(Enf. 8).

Es importante reconocer el dolor en sus diversas manifestaciones (físicas, emocionales y psicológicas), tal como lo experimentan los pacientes. La experiencia del dolor se presenta no solo como un malestar físico, sino también como un fenómeno que puede ser observado a través de la actitud del paciente, sus interacciones y su lenguaje corporal.

“*Cuando se están despiertos ellos, lo manifiestan tengo mucho dolor, me duele la herida.*” (Tec. 1)

Así, es notable que el personal de enfermería está atento o casi que a la espera de que el paciente exprese si está sintiendo dolor. Además, desde sus vivencia cuidado pacientes con dolor, el personal de enfermería identifica varios síntomas relacionados con el dolor, como estrés, incertidumbre, ansiedad, agresividad, depresión, desorientación, miedo, agitación y sentimientos de soledad, los cuales también deben abordarse.

“*Se ponen no agresivos, sino como inquietos. Se mueven, empiezan a morder el tubo, si están en entubados, se quieren salir de la cama, dice uno les explica, les dice uno: ‘no, porque se le puede dañar su cirugía, esta muy reciente’, pero entonces el dolor es intenso para aliviárselo*” (Tec. 1).

Tema fenomenológico 2. Percepción objetiva del dolor.

El tema se centró en cuatro unidades de significado, destacando la prioridad del tratamiento farmacológico, especialmente en el posoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular. Aquí hay un reconocimiento del tipo de dolor que sienten los pacientes, que al ser tan fuerte requiere una atención eficaz y eficiente, por tanto optan por la medicación.

“*cuando es de cirugía de postoperatorio, si es inmediato, lo primero que hacemos es manejo de dolor medicamentoso que sería él lo que siempre se suele usar con esos pacientes es morfina. Que es lo más inmediato que va a la vía intravenosa y como lo más efectivo*” (Enf. 1).

“*Utilizamos, eh, el acetaminofen o el paracetamol, la morfina, la pregabalina, la dipirona. En algunos casos, eh, ya cuando los anteriores no funcionan, incluimos el tramal*” (Enf. 3)

“*Pues lo primero es como la analgesia. El medicamento iniciarlo si no se le ha iniciado, o adelantarse a lo que le formula el médico: la morfina, aunque ya no se usa tanto la morfina, se les pone paracetamol endovenoso, dipirona; si eso no funciona, pues con morfina de rescate y cuando ya está en posoperatorio mediato: segundo día o tercer día empezamos acetaminofen vía oral, pero las primeras horas paracetamol endovenoso, dipirona y morfina.*” (Enf.7)

Tema fenomenológico 3. Intervenciones no farmacológicas como complemento.

En este tema se agruparon 15 unidades de significado. En general las intervenciones complementarias se enfocaron en la comunicación, medidas de confort físico, uso de medios electrónicos para distracción, actividades ocupacionales, inicio de la marcha, masajes y suplir necesidades básicas. La comunicación se destacó como esencial para brindar calma y seguridad, mantener la relación enfermero-paciente e involucrar a la familia en el manejo del dolor. Desde las vivencias de los participantes, se esclareció que los cuidados complementarios son parte del postoperatorio mediato, cuando el dolor agudo está controlado, y pueden enfocarse aspectos como el confort. Esto refleja que enfermería tiene una visión amplia de las necesidades del paciente

para el manejo del dolor.

“ya cuando el paciente ya está extubado con un postoperatorio mediato de un día o que lleve dos días postquirúrgico, si es importante y lo que hacemos es levantar al paciente, llevarlo a la silla para cambiar esa posición... Entonces esa misma posición a ello les cansa y les molesta mucho por la parte de la de la esternotomía” (Enf. 1).

De acuerdo al relato anterior de la Enf. 1, se puede inferir que la esternotomía además de dolor genera incomodidad, lo cual resalta que las intervenciones físicas tienen un impacto directo en la vivencia del dolor del paciente.

El hecho de que la misma posición "les cansa y les molesta mucho", refleja no solo el impacto físico del dolor, sino también cómo este afecta emocionalmente al paciente. Esto puede verse como una experiencia fenomenológica donde el cuerpo del paciente no solo experimenta dolor físico, sino también una sensación de fatiga, frustración o desánimo por no poder permanecer cómodo.

El enfermero o cuidador está consciente de esta incomodidad, lo que indica una atención a la experiencia subjetiva del paciente. Fenomenológicamente, el hecho de que el enfermería reconozca este malestar sugiere que hay una empatía involucrada y una disposición para tomar medidas que puedan aliviar la situación, incluso si el alivio no es inmediato o completo. Es importante cómo el personal de salud "lee" y responde a las señales del paciente, incluso cuando estas señales no se expresan verbalmente, sino a través del lenguaje corporal y el comportamiento.

Otro relato que corrobora esta descripción es: *“Entonces el confort va desde ayudarlo a sentar adecuadamente, así sean la cama, como ayudarlo a levantar y ayudarlo a pasar una silla parte o cuando viene a veces la terapeuta, que también les ayuda con su terapia de rehabilitación cardiovascular, entonces, como irle manejando ese confort para que ellos mismos se vayan mirando hasta qué punto también van a tolerar el dolor.” (Enf. 4)*

El equipo de enfermería reconoce una necesidad de ayuda y de confort, para la reducción del dolor. Por otra parte, fue posible rescatar de otros relatos de los parti-

cipantes, terapias complementarias como el uso de la faja torácica como elemento que proporciona confianza en la movilidad, estando implícito la percepción de temor e inseguridad en el paciente al verse y sentir sus heridas, suturas y lesiones.

Además, otros cuidados mencionados por los participantes fueron la enseñanza de ejercicios de respiración y técnicas para toser sin dolor, como cruzar los brazos sobre los hombros. Actividades ocupacionales como sopas de letras, sudokus, crucigramas y el uso de dispositivos electrónicos (televisores, radios, tablets) ayudan a desviar la atención del dolor. Sin embargo, se debe limitar la exposición a estos dispositivos para asegurar un descanso adecuado, especialmente por la noche.

Así, las terapias físicas, la marcha asistida y los masajes en la espalda y cuello alivian la tensión acumulada por la inmovilidad y el miedo a dañar el sitio quirúrgico. Suplir necesidades básicas, como permitir el uso de anteojos para leer y prótesis dentales para una adecuada alimentación, reduce la ansiedad y el dolor, mejorando la tolerancia al dolor y facilitando la estancia en UCI.

“ahora pensemos que tiene una herida quirúrgica, que estuvo con opioides, que está desorientado, ¿cierto? Y pues, todas esas cosas suman, suman que si usted utiliza gafas y no las tiene pues no ve bien y se exagera su dolor. Yo siempre lo he pensado así, que usted está pendiente de que le de su desayuno, pero muchas veces personal de enfermería tiene tanto trabajo y no se lo acerca. Y usted se deprime y el dolor se exagera” (Enf. 8).

Alternativas como musicoterapia, acupuntura, aromaterapia y estimulación eléctrica fueron reconocidas como útiles, pero limitadas por el desconocimiento del personal, la alta carga laboral y barreras institucionales. Algunos participantes destacaron la importancia de complementar el tratamiento farmacológico con intervenciones no farmacológicas, aunque a menudo se prioriza la medicación sobre estas alternativas.

“se visto que hay una música terapia o la aromaterapia también ha servido para el manejo del dolor, pero no los he aplicado” (Enf. 2)

“Si conozco terapias alternativas como la terapia de acupuntura, para manejar algunos puntos en el cuerpo, pero en realidad no tengo mucho conocimiento al

respecto, pero sí, he escuchado manejó el dolor alternativo.” (Enf. 5)

“los mismos pacientes refieren que si sienten cierto alivio cuando se les realiza todas estas medidas (INF), aunque lamentablemente no se ha podido desplazar el tratamiento farmacológico para obtener alivio solamente con estas medidas no farmacológicas, pues no ha sido así... pero sí hay mejorías y se ven resultados en alguno que otro paciente” (Enf. 1)

En resumen, se identificaron intervenciones no farmacológicas que tienen un impacto positivo en el manejo del dolor posquirúrgico, ofreciendo un alivio parcial a los pacientes. Se reconocieron beneficios adicionales, como la reducción de riesgos asociados con la administración de medicamentos. Al emplear estas intervenciones, se reduce gradualmente la cantidad y dosis de medicamentos necesarios para controlar el dolor, lo que puede acortar la estancia hospitalaria y promover una recuperación más eficaz.

Tema fenomenológico 4. Interacción interpersonal como vínculo terapéutico.

Este tema, inicialmente un subcomponente, se convirtió en el central del manuscrito. Compuesto por 10 unidades de significado, identificó tres aspectos fundamentales para la intervención: comunicación en la a) interacción enfermero-paciente, b) paciente-familia e c)interdisciplinaria. Se reconoció la necesidad de proporcionar educación inicial al paciente y su familia, así como fomentar una comunicación adecuada y apoyo entre el personal interdisciplinario para reducir el dolor.

a) *Interacción enfermero-paciente.* Los participantes destacan la importancia de la relación entre la enfermera y el paciente para un plan de cuidados eficaz. Aquí se visibiliza la "voz amiga" como elemento de confort emocional, que representa el personal de enfermería. Este concepto es central en el análisis fenomenológico porque implica un vínculo interpersonal que va más allá de lo físico (el dolor, la cirugía), y toca lo emocional y psicológico. La voz no solo informa, sino que también calma, reconforta y crea un ambiente de confianza. Desde la fenomenología esto puede entenderse como una forma de empatía en la que el cuidador se conecta con la vivencia del paciente, reduciendo su sentimiento de soledad y ansiedad.

“entonces, al poderle hablar al poderle comunicar, ellos sienten más calma, eh#se sienten que es como una voz amiga para ellos, el poder decirle que estén tranquilos, que está bien, comunicarles qué día es la fecha, la hora, todo eso permite tener como un vínculo y que el paciente se sienta más, más confortable; decirle que los familiares lo están esperando fuera, es como reconfortar lo de eh, darle una tranquilidad.” (Enf. 1)

Desde una perspectiva fenomenológica, se identifica la necesidad de brindar educación prequirúrgica a los pacientes, lo cual revela una desconexión entre las vivencias previas y el momento quirúrgico. La inexistencia de protocolos específicos lleva al paciente a la incertidumbre, donde el acto quirúrgico se percibe como un evento ajeno. Es evidente la falta de comprensión del paciente, lo que puede llevarlo a experimentar ansiedad, a obstaculizar su capacidad para integrar la experiencia quirúrgica en su propia narrativa de vida.

“Yo creo que es muy importante hacer una preparación del paciente pre quirúrgicamente. O sea, cuando al paciente se le hable y se le dice y se le informa que va a ser una cirugía con una herida grande que va a sentir dolor, que es temporáneo y entre menos medicamentos analgésico utilice mejor, eh, eso prepara psicológicamente al paciente para lo que viene, entonces ya va a entender que es normal que le duela, que si iba a sentir ese dolor y son pacientes que, cuando se preparan psicológicamente, no requieren tanto medicamento, son pacientes que con la compañía de la familia, logran tolerar mucho mejor el dolor” (Enf. 3)

b) *Interacción paciente-familia.* La necesidad de ampliar el tiempo de las visita y el apoyo a los familiares, responde a la necesidad de una comprensión profunda de la esencia del paciente. La presencia de los seres queridos crea un ambiente propicio para lograr la recuperación, donde el apoyo emocional puede fluir libremente. Sin embargo, esta relación también requiere una preparación consciente. Es esencial informar a los familiares sobre aspectos como el estado físico del paciente tras la operación, el uso del equipo médico y las estrategias para proporcionarle apoyo emocional.

“Se prepara a la familia porque es que no solo es el paciente, hay que preparar la familia para que entiendan que lo van a encontrar intubado, con múltiples drenes, sedado, inquieto, ansioso y que ellos tienen que hacer parte de ese tratamiento no farmacológico y ayudando

a dar tranquilidad al paciente y no ser un obstáculo como tú dices. Pero entonces hay que crear conciencia de la familia antes de la cirugía, también imagino que crear en la cultura del y crear la cultura aquí en el personal de salud.” (Enf. 3)

c) *Interacción interdisciplinar.* La comunicación asertiva en el equipo de salud es un elemento esencial en el proceso de tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía cardiovascular. Los participantes destacaron que esta interacción no es exclusivamente funcional, sino más bien un espacio en el que se entrecruzan distintos saberes disciplinares, con el fin de crear un enfoque holístico que respete y aborde la complejidad de la experiencia humana del paciente.

Tema fenomenológico 5. Requerimientos y barreras para la aplicación de intervenciones no farmacológicas.

Se presenta un quinto tema fenomenológico que describe los requerimientos y barreras identificadas por el personal de salud para implementar intervenciones no farmacológicas. Este tema incluyó 18 unidades de significado, divididas en tres grupos: a) relacionadas con el paciente; b) relacionadas con la institución; y c) relacionadas con el personal de enfermería.

a) Relacionadas con el paciente. Se detectó como barrera para las INF la condición física del paciente, su inestabilidad hemodinámica por haber sido sometido a una cirugía de alta complejidad, y la presencia de múltiples dispositivos invasivos como tubos mediastinales, líneas arteriales, tubos endotraqueales. Así como la negativa de algunos pacientes de realizar terapias y movilidad, ocasionado por sentimientos de irritabilidad, estrés, temor, los cuales pueden ser consecuencia del mismo dolor.

“a veces están como enojados. Yo creo que es del mismo dolor, su mismo estrés y le dicen a uno ‘no me toque, no me haga nada, no quiero’” (Tec. 1)

b) Relacionadas con la institución. Dentro de las barreras institucionales, se destaca el corto tiempo que tiene la familia para visitar al paciente por políticas institucionales, lo que reduce la interacción paciente-familia, siendo esto crucial en el mejoramiento de la salud del paciente. Al respecto, una enfermera reconoce que es un requerimiento para el manejo del dolor, contar con

UCIs de puertas abiertas, como se aplica instituciones de alta calidad.

“Pues con horario, uno da una hora... y solo puede entrar una persona (...) ese tiempo no es apropiado. Pues, si hay que tener en cuenta que es una unidad de cuidados intensivos, pero... debería ser un tiempo más largo”. “Yo alguna vez conocí, porque tuve una tía en otra clínica y allá son UCIs abiertas. Y pues es importantísimo. Me parece súper bueno, eso cuando uno está de paciente, a veces el dolor mitiga con alguien que uno aprecie, que uno quiera estar con esa persona” (Enf. 8).

Por otro lado, los participantes mencionaron que en las UCIs hay pocos equipos electrónicos audio-visuales e insumos de tipo faja torácica, cojines y sillas reclinables para favorecer la movilidad, aspecto que dificulta la ejecución de INF.

Finalmente, la barrera de mayor impacto identificada por los participantes fue la alta carga laboral que tiene el personal de enfermería, donde la razón enfermera – paciente supera lo recomendado en estándares internacionales según la complejidad del paciente. Además, la prioridad que se da a la documentación de procesos y al diligenciamiento de formatos, reduce el tiempo real con el paciente y su familia.

“Y pues que también nosotros manejamos muchas cosas administrativas entonces, eso también, digamos que ayuda a que uno no tenga tiempo para estar aplicando ese tipo de instancias no farmacológicas.” (Enf. 4)

c) Relacionadas con el personal de enfermería. Los participantes identificaron que algunos colegas tienen poca disposición para realizar INF, esto probablemente como consecuencia de la carga laboral, o por desconocimiento de acciones y beneficios de las INF o por la ausencia o la falta de inclusión de estas intervenciones dentro de los protocolos o guías de atención de la institución.

“Yo creo que la única barrera que nos impiden hacerlo (Intervenciones no farmacológicas), es la falta de educación y hacer cultura de eso (...) Creo que nos falta mucho hacer cultura de eso, porque no es algo protocolario” (Enf. 3).

“(..) para hacer medidas no farmacológicas, pues en realidad es primero que nos capaciten, porque en realidad hay cosas que por lo menos aromaterapia, yo creo que nadie o la mayoría no sabe manejar ese tipo de terapias y pues, en realidad tampoco nos queda tiempo” (Enf. 4).

Finalmente, al analizar en conjunto todos los temas fenomenológicos y las unidades de significado se hallaron aspectos compartidos o relacionados, se revelaron conexiones entre las experiencias individuales, estas conexiones se presentan en la Figura 1. Una síntesis de estas conexiones se plantea en la siguiente proposición relacional:

El equipo de enfermería puede brindar cuidados farmacológicos y no farmacológicos para reducir el dolor en los pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular, partiendo de su identificación oportuna, empleando los recursos disponibles, reduciendo posibles agentes causales, facilitando terapias e insumos, brindando mayor apoyo familiar y principalmente a través de la comunicación como proceso de interacción humana.

Discusión

Al explorar las experiencias del personal de enfermería brindando cuidados no farmacológicos para el manejo del dolor en el paciente en postoperatorio de cirugía cardiovascular, fueron evidentes temas fenomenológicos que enmarcaron cuidados humanizados desde un proceso real de comunicación como acto de comprensión ontológica, como interacción interesada en la historia de vida, en la esencia misma de la experiencia. Esto para la búsqueda de brindar un confort que le permita al paciente y también al equipo de enfermería, trascender en una relación armónica, preventiva, anticipada, complaciente y emancipadora.

Así, al analizar los presentes resultados frente a los hallazgos de otros estudios, fueron notorias las similitudes con relación al desarrollo de actividades objetivas con la monitorización del dolor y el uso de analgésicos opioides como morfina en dolor agudo, como lo sugieren estudios realizados por Krakowski et al. (17), Hu et al. (16), Dos Reis Viana et al. (22) y Sierzantowicz et al. (23). Por tanto, hay una concepción marcada de la severidad del dolor ante dichas cirugías, siendo un acto humano y profesional, el buscar las mejores opciones en términos de eficiencia y efectividad, con la meta de

que le paciente esté seguro y tranquilo.

Sobre el tema fenomenológico específico de Intervenciones no farmacológicas como complemento, emergieron unidades de significado que destacaron el alivio de las tensiones físicas principalmente, sin dejar de considerar otras tensiones derivadas de la incertidumbre, del discomfort, del temor de estar vulnerable y dependiente. Así, la realización de masajes puede ser un cuidado que alivia la tensión mejorando el confort. Esto ha sido confirmado por Grafton-Clarke et al. (24) quienes a través de una revisión sistemática, encontraron que el masaje no sólo disminuyó significativamente el dolor, sino también la ansiedad. Al igual, Alameri et al. (25) en un estudio piloto en Arabia Saudita, demostraron que masaje en los pies por 10 minutos redujo la intensidad del dolor y la ansiedad en pacientes en postoperatorio de cirugía cardíaca.

Además, la falta de descripciones detalladas de las experiencias con la musicoterapia permite comprender mejor cómo los pacientes pueden percibir esta práctica. La falta de información específica representa una necesidad a investigar desde las dimensiones subjetivas de las experiencias musicales en el contexto del dolor postoperatorio. Al igual, una revisión de efectividad de Grafton-Clarke et al. (9) en pacientes en su primer día de postoperatorio de cirugía cardíaca, halló que la terapia con música de relajación entre 50 y 60 decibelios tuvo efectos sobre el dolor, aunque no hubo reducción en el uso de analgesia. En este sentido, la musicoterapia se convierte en un fenómeno que merece ser estudiado y comprendido en toda su complejidad como forma de enriquecer la experiencia.

Sin embargo, tres estudios experimentales realizados en China con pacientes de cirugía cardíaca, uno por Dong et al. (26) y otro por Dai et al. (27) y otro por Zhang et al. (28) lograron mejores resultados en el grupo intervención, con reducción significativa de dolor, ansiedad, depresión, mejor calidad de sueño, presión arterial sistólica, y frecuencia cardíaca y respiratoria. En estos tres estudios administraron musicoterapia entre 15 y 30 minutos, tres veces por día.

Por tanto, puede ser útil el uso de la musicoterapia considerando su volumen, enfocada en la relajación y con una duración según preferencias del paciente, aunque es importante considerar que no debe interferir en el sueño del paciente y que puede no ser suficiente para

suplir el uso de medicamentos analgésicos.

Así mismo, la acupuntura se presenta en este estudio como un fenómeno que los participantes mencionaron como una opción potencialmente útil, pero que aún no habían integrado en su experiencia de tratamiento. La mención de la acupuntura refleja una apertura a nuevas posibilidades terapéuticas, pero también revela una falta de familiaridad y de aplicación práctica. Los resultados de Roshanzamir et al. (11) muestran una reducción de la intensidad del dolor y del consumo de analgésicos en el postoperatorio de la cirugía a corazón abierto tratada con acupuntura, sugieren que esta práctica puede ser un enfoque complementario valioso. Sin embargo, para que la acupuntura se utilice con eficacia, el personal capacitado no sólo debe tener los conocimientos técnicos necesarios para identificar los puntos de acupuntura apropiados, sino también comprender las sensaciones subjetivas del paciente. Por lo tanto, la acupuntura debe considerarse dentro de un marco más amplio de atención que respete y valore la singularidad de cada individuo.

En este contexto, los participantes destacaron la importancia crucial de la comunicación con los pacientes como medio para reducir el dolor. Esta comunicación no se limita a la transmisión de información, sino que se entiende como un acto de apoyo y una oportunidad para establecer una relación significativa. La comunicación se convierte así en un fenómeno relacional que permite a los pacientes sentirse escuchados y comprendidos en su experiencia del dolor. Este énfasis en la comunicación concuerda con las observaciones de otros investigadores, como Thompson-Brazill (29), que subraya que una comunicación adecuada es esencial para comprender la percepción del dolor por parte de los pacientes y su actitud hacia los métodos de tratamiento del dolor.

Al igual, Walton et al. (30) describe la necesidad de la comunicación al considerar que cada paciente tiene sus propias creencias, expectativas y experiencias subjetivas de dolor, lo que influye en la forma como perciben y afrontan este síntoma; por tanto, para el equipo de salud debe mejorar su comunicación con los pacientes para conocer estos antecedentes y abordar el dolor de forma personal y humanizada.

Conclusiones

Cuidar personas que experimentan dolor postoperatorio se revela como un fenómeno complejo siendo un proceso que va más allá de la administración de analgésicos y conduce a una comprensión profunda de la experiencia del paciente desde la conciencia y subjetividad del mismo. En donde la identificación oportuna de manifestaciones y desencadenantes del dolor demanda de compromiso y sensibilidad que le facilite al equipo de enfermería tener empatía con la vivencia individual del paciente, donde se reconozca que el dolor no se presenta simplemente como una respuesta netamente física a la condición posquirúrgica, sino una experiencia subjetiva que depende de factores emocionales y sociales.

Concluyendo así que el alivio del dolor agudo por medio de medidas farmacológicas es solo el primer paso para realizar un cuidado integral; siendo imprescindible en el proceso, que se administre complementariamente con cuidados no farmacológicos que fomenten la comunicación, terapias alternativas y la participación de la familia y el paciente, construyendo una base de comprensión y confianza, con la meta de reducir el sufrimiento y facilitar la adaptación a la nueva realidad postoperatoria y por ende influyendo positivamente en la percepción del dolor y la capacidad de afrontarlo.

El equipo asistencial y más enfáticamente el equipo de enfermería es plenamente consciente de que el dolor es un fenómeno que va acompañado de las vivencias particulares y de las necesidades específicas de cada paciente, de sus temores, inseguridades, destacando que es importante garantizar atención verdaderamente personalizada, empleando terapias convencionales, farmacológicas, y complementarias, según preferencias y necesidades de los pacientes.

Por lo tanto, el manejo efectivo del dolor requiere que el equipo de enfermería medie entre la experiencia subjetiva y las herramientas terapéuticas, donde la meta no sea solo disminuir el dolor, sino en brindar un cuidado humanizado que permita acompañar al paciente en el proceso de recuperación.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran la ausencia de conflictos de intereses significativos relacionados con esta investigación. En caso de cualquier conflicto de intereses no revelado previamente, los autores se com-

prometen a informar inmediatamente a los editores de la Revista Ciencia y Cuidado.

Referencias bibliográficas

1. Segura-Méndez B, Guerrero-Peral ÁL, Carrascal Y. Dolor en el postoperatorio de cirugía cardíaca: bases neurobiológicas y tratamiento. *Rev neurol (Ed impr)* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 21];75(6):149–57. Available from: <https://neurologia.com/articulo/2022194/esp>
2. Sudin A, Chong C, Hassan R. Incidence and Factors Associated With Post-Sternotomy Pain Syndrome in the National Heart Institute, Malaysia. *J Cardiothorac Vasc Anesth* [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2024 Dec 12];38(2):466–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38114372/>
3. King M, Stambulic T, Hassan SMA, Norman PA, Derry K, Payne DM, et al. Median sternotomy pain after cardiac surgery: To block, or not? A systematic review and meta-analysis. *J Card Surg* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2024 Dec 12];37(11):3729–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36098374/>
4. Segura-Méndez B, Guerrero-Peral ÁL, Carrascal Y. Postoperative pain after cardiac surgery: neurobiological basis and treatment. *Revista de Neurología* 2022, 75(6), 149-157 [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 12];75(6):149–57. Available from: <https://www.imrpress.com/journal/RN/75/6/10.33588/rn.7506.2022194>
5. Korsik E, Meineri M, Zakhary WZA, Balga I, Jawad K, Ender J, et al. Persistent and acute postoperative pain after cardiac surgery with anterolateral thoracotomy or median sternotomy: A prospective observational study. *J Clin Anesth*. 2022 May 1;77:110577.
6. Hanley C, Ladha KS, Clarke HA, Cuthbertson BC, Wijeyesundera DN. Association of postoperative complications with persistent post-surgical pain: a multicentre prospective cohort study. *Br J Anaesth*. 2022 Feb 1;128(2):311–20.
7. Ganesan P, Manjini KJ, Vedagiri SCB. Effect of Music on Pain, Anxiety and Physiological Parameters among Postoperative Sternotomy Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Caring Sci* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2024 Jul 21];11(3):139–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36247036/>
8. Yue Y, Ji H, Wang S, Cheng H, Wang R, Qu H, et al. Evaluation of Analgesic Drug Therapy for Postoperative Pain Management in Cardiovascular Surgery. *Current Therapeutic Research*. 2024 Jan 1;100:100744.
9. de Andrade ÉV, Haas VJ, de Faria MF, dos Santos Felix MM, Ferreira MBG, Barichello E, et al. Effect of listening to music on anxiety, pain, and cardiorespiratory parameters in cardiac surgery: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2024 Dec 12];23(1):1–11. Available from: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-022-06233-9>
10. Ebrahimi S, Paryad E, Ghanbari Khanghah A, Pasdaran A, Kazemnezhad Leili E, Sadeghi Meibodi AM. The effects of lavender aromatherapy on pain relief after coronary artery bypass graft surgery: A randomized clinical trial. *Applied Nursing Research*. 2022 Dec 1;68:151638.
11. Roshanzamir S, Haririan Y, Ghaderpanah R, Jahromi LSM, Dabbaghmanesh A. Investigation of the Effects of Acupuncture on Post-Operative Chest Pain after Open Heart Surgery. *J Acupunct Meridian Stud* [Internet]. 2023 Aug 31 [cited 2024 Jul 21];16(4):133–8. Available from: <https://www.journal-jams.org/journal/view.html?doi=10.51507/j.jams.2023.16.4.133>
12. Rousseaux F, Dardenne N, Massion PB, Ledoux D, Bicego A, Donneau AF, et al. Virtual reality and hypnosis for anxiety and pain management in intensive care units: A prospective randomised trial among cardiac surgery patients. *Eur J Anaesthesiol* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2024 Jul 21];39(1):58–66. Available from: https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/fulltext/2022/01000/virtual_reality_and_hypnosis_for_anxiety_and_pain.7.aspx

13. Fazlollah A, Babatabar Darzi H, Heidarlanlu E, Moradian ST. The effect of foot reflexology massage on delirium and sleep quality following cardiac surgery: A randomized clinical trial. *Complement Ther Med*. 2021 Aug 1;60:102738.
14. Jimeno-San Martín L, Goñi-Viguria R, Bengoechea L, Fernandez E, Mendiluce N, Romero C, et al. Postoperative management and nursing care after implantation of a total artificial heart: Scoping review. *Enfermería Intensiva (English ed)*. 2024 Jul 1;35(3):213–28.
15. el Mathari S, Kuitert L, Boulidam N, Shehadeh S, Klautz RJM, de Lind van Wijngaarden R, et al. Evaluating Virtual Reality Patient Education in Cardiac Surgery: Impact on Preoperative Anxiety and Postoperative Patient Satisfaction. *J Clin Med [Internet]*. 2024 Nov 1 [cited 2024 Dec 12];13(21). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39518707/>
16. Hu M, Wang Y, Hao B, Gong C, Li Z. Evaluation of Different Pain-Control Procedures for Post-cardiac Surgery: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Surg Innov [Internet]*. 2022 Apr 1 [cited 2024 Jul 21];29(2):269–77. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15533506211068930>
17. Krakowski JC, Hallman MJ, Smeltz AM. Persistent Pain After Cardiac Surgery: Prevention and Management. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth [Internet]*. 2021 Dec 1 [cited 2024 Jul 21];25(4):289–300. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10892532211041320>
18. Gordón de Isaacs L. El Análisis de Datos en la Investigación con El Método Fenomenológico. Enfoque [Internet]. 2017 Nov 17 [cited 2024 Jul 21];21(17):134–41. Available from: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/46>
19. Guerrero Castañeda RF, González Soto CE. Experiencia vivida, Van Manen como referente para la investigación fenomenológica del cuidado. *Ciencia y Cuidado [Internet]*. 2022 [cited 2024 Dec 12];19. Available from: <https://doi.org/10.22463/17949831.3399>
20. Guerrero-Castañeda RF, Menezes TM de O, Ojeda-Vargas MG. Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Rev Gaucha Enferm*. 2017 Jul 6;38(2):e67458.
21. Moustakas C. Phenomenological research methods. Phenomenological research methods. SAGE Publications, Inc.; 1994. 160 p.
22. Carter N, Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. 2014 Sep 1;41(5):545–7.
23. Dos Reis Viana LB, De Oliveira EJSJG, De Oliveira CMB, Moura ECR, Viana LHL, Da Silva Nina VJ, et al. Assessment of pain and quality of life in patients undergoing cardiac surgery: a cohort study. *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2023 [cited 2024 Jul 21];69(3):473. Available from: <https://pmc/articles/PMC10004288/>
24. Sierżantowicz R, Lewko J, Bitycka D, Lewko K, Misiak B, Ładny JR. Evaluation of Pain Management after Surgery: An Observational Study. *Medicina (Kaunas) [Internet]*. 2020 Feb 1 [cited 2024 Jul 21];56(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32046199/>
25. Grafton-Clarke C, Grace L, Roberts N, Harky A. Can postoperative massage therapy reduce pain and anxiety in cardiac surgery patients? *Interact Cardiovasc Thorac Surg [Internet]*. 2019 May 1 [cited 2024 Jul 21];28(5):716–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30508186/>
26. Alameri R, Dean G, Castner J, Volpe E, Elghoneimy Y, Jungquist C. Efficacy of Precise Foot Massage Therapy on Pain and Anxiety Following Cardiac Surgery: Pilot Study. *Pain Manag Nurs [Internet]*. 2020 Aug 1 [cited 2024 Jul 21];21(4):314–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31734151/>
27. Dong Y, Zhang L, Chen LW, Luo ZR. Music therapy for pain and anxiety in patients after cardiac valve replacement: a randomized controlled clinical trial. *BMC Cardiovasc Disord [Internet]*. 2023 Dec 1 [cited 2024 Jul 21];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36650441/>
28. Dai WS, Huang ST, Xu N, Chen Q, Cao H. The effect of music therapy on pain, anxiety and depression in

- patients after coronary artery bypass grafting. *J Cardiothorac Surg* [Internet]. 2020 May 11 [cited 2024 Jul 21];15(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32393300/>
29. Zhang QL, Xu N, Huang ST, Lin ZW, Chen LW, Cao H, et al. Music Therapy for Early Postoperative Pain, Anxiety, and Sleep in Patients after Mitral Valve Replacement. *Thorac Cardiovasc Surg* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2024 Jul 21];68(6):498–502. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32604430/>
30. Thompson-Brazill KA. Pain Control in the Cardiothoracic Surgery Patient. *Crit Care Nurs Clin North Am* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2024 Jul 21];31(3):389–405. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31351557/>
31. Walton LL, Duff E, Arora RC, McMillan DE. Surgery patients' perspectives of their role in postoperative pain: A scoping review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2023 Dec 1;5:100124.

IN PRESS