

Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla

Experiência de estar
internado em uma
unidade de terapia
intensiva coronariana
de Barranquilla

Experience of being
hospitalized in a
coronary intensive care
unit of Barranquilla

• Ernestina Santiago de Castro¹ • Elizabeth Vargas Rosero² •

•1• Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Tiempo Completo, Facultad de Enfermería, Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia. E-mail: tinasan1207@hotmail.com

•2• Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 30/01/2014 Aprobado: 19/10/2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.41841>



Resumen

La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo genera ansiedad, angustia y estrés en la persona. Los pacientes con enfermedad coronaria requieren de cuidados especiales en este tipo de unidades, por lo que las percepciones, sentimientos y vivencias del paciente durante su estancia en la unidad se constituyen en elementos significativos de su experiencia.

Objetivo: Conocer el significado de las experiencias vividas en una unidad de cuidado intensivo coronario de una clínica de Barranquilla.

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo, con enfoque fenomenológico, en el que se entrevistaron nueve pacientes entre 59 y 74 años que estuvieron hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo coronario con diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Como estrategia de investigación, se utilizó el método de Colaizzi, siguiendo cada uno de los pasos sugeridos y guardando el rigor ético correspondiente.

Resultados: Se identificaron cuatro categorías que reflejan de forma exhaustiva el fenómeno estudiado: 1) *El primer contacto con la unidad*; 2) *Lo malo de estar hospitalizado en la unidad*; 3) *Confianza en Dios*; y 4) *Pérdida de la percepción del tiempo*.

Conclusiones: Las vivencias expresadas por los participantes corroboran lo hallado en estudios similares, los cuales convergen al afirmar que el ingreso a

Resumo

A experiência de ser hospitalizado em unidade de terapia intensiva gera ansiedade, angústia e estresse sobre a pessoa. Os pacientes com doença arterial coronariana geralmente necessitam de cuidados especiais nessas unidades, por tanto situações, percepções, sentimentos e experiências do paciente durante a sua permanência na unidade constituem elementos significativos de sua experiência.

Objetivo: Conhecer o significado dessas experiências em uma unidade de terapia intensiva coronariana de uma clínica em Barranquilla.

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo, com abordagem fenomenológica, em que foram entrevistados nove pacientes entre 59 e 74 anos que foram internados em uma unidade de terapia intensiva coronariana, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. A estratégia que foi utilizada na pesquisa foi o método de Colaizzi, após cada um dos passos sugerido e salvando o rigor ético correspondente.

Resultados: Quatro categorias que refletem exaustivamente estudado o fenômeno foram identificadas: 1) *O primeiro contacto com a unidade*; 2) *A desvantagem de ser hospitalizado na unidade*; 3) *A confiança em Deus*; e 4) *A perda da noção do tempo*.

Conclusões: As experiências expressas pelos participantes corroboram o que foi encontrado em estudos semelhantes, que convergem em afirmar que a admissão à unidade de terapia intensiva gera uma série

Abstract

The experience of being hospitalized in an intensive care unit generates anxiety, distress, and stress in a person. Patients with coronary artery disease require special care in these units. Therefore, situations, perceptions, feelings and experiences of the patient during their stay in the unit constitute significant elements of their experience.

Objective: This study aimed to know the meaning of those experiences in a Coronary Intensive Care Unit of a clinic in Barranquilla.

Methodology: A qualitative, descriptive study, with a phenomenological approach, in which nine patients between 59 and 74 years who were hospitalized in a coronary intensive care unit with a diagnosis of acute myocardial infarction were interviewed. As a research strategy, Colaizzi method was used, following each of the suggested steps, and preserving the relevant ethical rigor.

Results: Four categories which reveal thoroughly the studied phenomenon were identified: 1) *The first contact with the unit*; 2) *The downside of being hospitalized in the unit*; 3) *Trust in God*; and 4) *Loss of time perception*.

Conclusions: The experiences expressed by participants corroborate what was found in similar studies, which converge in stating that admission to the intensive care unit generates a series of negative feelings in the person, which mark a significant life experience, but also influence positive aspects derived from humanized care nursing staff.

la unidad de cuidado intensivo genera una serie de sentimientos negativos en la persona, que marcan de manera significativa su experiencia de vida. Pero también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería.

Descritores: Experiencias de Vida; Enfermedad Coronaria; Cuidados Intensivos; Enfermería (fuente: DECS BIREME).

de sentimientos negativos na pessoa, marcando uma significativa experiência de vida. Mas também influenciam situações positivas causadas pelo cuidado humano de enfermeiros.

Descritores: Acontecimentos que Mudam a Vida; Doença das Coronárias; Terapia Intensiva; Enfermagem (fonte: DECS BIREME).

Descriptors: Life Change Events; Coronary Disease; Intensive Care; Nursing (source: DECS BIREME).

Introducción

La experiencia de estar hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) crea una de las mayores crisis en la persona que pasa por este proceso. La literatura evidencia que este tipo de hospitalización genera en el individuo alteraciones psicológicas, como ansiedad, angustia y estrés (1, 2). Las causas percibidas por los pacientes son: la separación y pérdida del contacto familiar, el aislamiento, los múltiples procedimientos invasivos, la iluminación, el ruido de los equipos, el ambiente frío, el horario restringido de las visitas y las condiciones de la persona hospitalizada (3, 4). Estos factores pueden generar en el paciente una situación de miedo e incertidumbre con el entorno hospitalario (2, 5, 6).

Los pacientes con enfermedad coronaria requieren de cuidados especiales en este tipo de unidades. Por lo tanto, las situaciones, percepciones, sentimientos y vivencias del paciente durante su estancia en la unidad se constituyen en elementos significativos de su experiencia (7, 8).

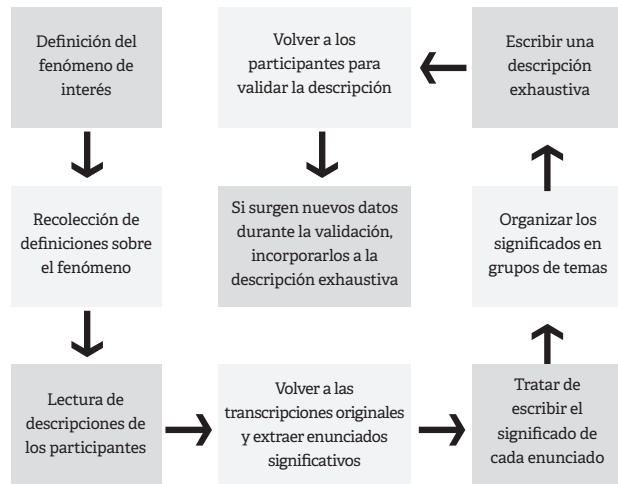
Beltrán (9) afirma que, en la mayoría de los casos, las personas no reciben preparación ni inducción de ningún tipo al ingresar a la UCI, lo cual hace que la experiencia sea novedosa, inesperada, relevante y dura. De igual forma, manifiesta que los pacientes perciben el entorno de la unidad como un lugar de frialdad y soledad. Esta frialdad está relacionada no solamente con los aspectos de estructura, como el aire acondicionado y la baja temperatura, sino también con la falta de calor humano familiar y del equipo de salud, dentro del cual se encuentra el personal de enfermería.

Lo anterior indica que conocer la experiencia que viven las personas hospitalizadas en una UCI debido a un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) es un aspecto importante para la enfermería, puesto que permite mejorar la relación enfermero-paciente y brindar cuidados más humanizados al comprender las expresiones de los pacientes. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo conocer el significado de las experiencias vividas por pacientes con IAM al estar hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario de una clínica de Barranquilla.

Metodología

Se desarrolló un estudio cualitativo, descriptivo, con abordaje fenomenológico, en el que se utilizó el método de Colaizzi como estrategia de investigación cualitativa (10). Este método comprende una serie de pasos que están descritos en la Figura 1.

Figura 1. Pasos del método de Colaizzi en la investigación cualitativa



Fuente: Sánchez B. Fenomenología: un método de indagación para el cuidado de enfermería. En: Pinto N (coord.). Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2006. pp. 24-36. (10).

La muestra se determinó por saturación teórica, la cual se alcanzó cuando los participantes coincidieron en sus apreciaciones, mostrando datos repetitivos. En total hubo nueve participantes, entre 59 y 74 años, que estuvieron hospitalizados en la UCI Coronario de una clínica de Barranquilla con diagnóstico de IAM.

Se realizaron entrevistas en profundidad, las cuales fueron grabadas en audio, apoyadas con observación no participante y diarios de campo. Para estos últimos, se utilizó una libreta de bolsillo, donde se registraron las apreciaciones de la investigadora durante el transcurso de la entrevista. Para garantizar el desarrollo científico y ético de la investigación, se contó con el aval del comité de ética de la clínica centro de estudio y la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Se tuvieron en cuenta las pautas del Comité de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (11), los aspectos emitidos en la Resolución 008430 de 1993 (12) y los principios establecidos en la Ley 911 de 2004 (13). De igual manera, se utilizó el consentimiento informado como consideración ética para respetar la autonomía de los participantes.

Procedimiento

El primer contacto con cada participante se llevó a cabo en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario de la clínica de estudio una vez el paciente estuviera clínicamente estable. Durante este proceso, se verificó el cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de IAM hospitalizados en la UCI Coronario, hemodinámicamente estables y que no presentaran afecciones neurológicas aparentes.

Posteriormente, se concertó un segundo encuentro con cada uno de los pacientes en el Servicio de Medicina Interna después de haber sido dados de alta de la unidad. Luego de que cada participante conociera y aceptara de manera voluntaria participar en la investigación firmando el consentimiento informado, se realizaron las entrevistas en profundidad con una duración que osciló entre los 45 y 60 minutos. Estas entrevistas se grabaron con audio para su posterior transcripción en las 12 y 24 horas siguientes. La transcripción fue realizada directamente y de manera fidedigna por las investigadoras, con el fin de evitar sesgos en la consolidación de la información. Luego de la transcripción, se realizó una lectura completa de cada una de las entrevistas y se procedió a organizarlas en códigos descriptores y categorías, que condujeron a la descripción de la experiencia.

La validación de la información se llevó a cabo con seis de los nueve participantes entrevistados, quienes al escuchar la descripción de la experiencia enseñada por las investigadoras —de acuerdo a las experiencias de cada uno— coincidieron en afirmar que todo lo que habían vivido se encontraba en el texto. Cabe resaltar que algunos participantes expresaron que al escuchar la descripción durante el proceso de validación recordaron la experiencia vivida en la Unidad de Cuidado Intensivo Coronario.

Finalmente, al no encontrar nuevos datos, se procedió a la descripción exhaustiva de la experiencia de estar en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario con Infarto Agudo de Miocardio.

Resultados

El análisis de lo expresado por las personas que participaron en la presente investigación permitió conocer el fenómeno de la experiencia de haber estado hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario. Después de realizar el análisis de la información utilizando el método de Colaizzi, se determinaron 97 enunciados significativos que fueron organizados en ocho códigos descriptores y consolidados en cuatro categorías que reflejaron de forma exhaustiva el fenómeno de interés.

Las categorías identificadas fueron: 1) *El primer contacto con la UCI coronario*; 2) *Lo malo de estar hospitalizado en la UCI coronario*; 3) *Confianza en Dios*; y 4) *Pérdida de la percepción del tiempo*:

- De la categoría *El primer contacto con la UCI coronario*, surgió un solo código descriptor al que se denominó *Atención con calidad humana*.
- De la categoría *Lo malo de estar hospitalizado en la UCI coronario*, surgieron cinco códigos descriptores que se denominaron *Experiencia traumática*, *Sensación de aislamiento*, *Experiencia desagradable al momento del baño*, *Alejamiento de los familiares* y *Dificultad para moverse por la presencia de aparatos*.
- De la categoría *Confianza en Dios*, surgió un solo código descriptor al que se llamó *Fe y confianza en Dios*.
- De la categoría *Pérdida de la percepción del tiempo*, surgió un solo código descriptor al que se denominó con el mismo nombre: *Pérdida de la percepción del tiempo*.

Cada una de estas categorías, así como los diferentes códigos descriptores y parte de los enunciados, se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Categorías y códigos identificados mediante el método de Colaizzi

Categoría	Código descriptor	Enunciados significativos
El primer contacto con la UCI Coronario	Atención con calidad humana: "Llegué muy angustiado, pero fui muy bien recibido por todas las enfermeras."	"Bueno... cuando llegamos ya, cuando me atendieron, las muchachas, las enfermeras, me atendieron muy bien. Me dijeron: «Bueno, aquí le toca la... el cubículo, el uno, el número uno le toca aquí. Está en su casa, quédese tranquilo». ¡No!, ¡sí, estoy tranquilo" [participante 1LG]. "Me recibieron en la unidad y fui muy bien recibida... por varias enfermeras. Porque trabajan como en grupo, ¡me gustó mucho! Unas con las otras no están pendientes que el trabajo le toca a una, ¡noo! [...]. Todas están en unión... y me recibieron" [participante 2VF].
Lo malo de estar hospitalizado en la UCI Coronario	Experiencia traumática: "¡Doctor, ya no resisto!" Sensación de aislamiento: "¡Ay, esa soledad!" "El problema de los enfermos, la soledad es la que los mata." Experiencia desagradable al momento del baño: "Ese baño fue desastroso." Alejamiento de los familiares: "Uno se siente muy mal con ese alejamiento de los familiares." Dificultad para moverse por la presencia de aparatos.	"Yo sí sentía que eso me iba cortando por dentro del brazo, eso ahí hasta dentro, y yo no podía más y le decía: «Doctor, ya no puedo resistir»" [participante 1LG]. "Donde me hicieron el estudio veía que me metieron un líquido de contraste. ¡Ay seño!, yo sentí que el mundo se me fue y me corrió pa' acá, hasta que... Y así se me rebosó pa' todo el corazón, y yo decía: «¡Ay no, si yo me estoy acabando!»" [participante 2VF]. "¡Ay! Esa soledad, una soledad que uno... Nosotros no quisiéramos porque uno llega ahí y ya" [participante 2VF]. "Por la soledad no quería que fuera noche, porque entonces ya la soledad siempre... En el día uno ve caminando a los médicos, enfermeras y las del aseo. Se entretiene uno viéndolas para allá" [participante 6ED]. "¡Ay, Dios mío! Eso fue otra cosa cuando me hicieron el primer baño en la cama: imagínese, uno no está acostumbrado sino a echarse uno su agua y... ¡miercoles!: «La vamos a bañar, señora V...». Bueno, me cogieron todo, echaban para allá... Y me bañaron con jabón" [participante 2VF]. "El baño, ése es mi calvario. Porque, porque lo levantan a uno a bañarse a las cuatro de la mañana con ese frío que hace y el agua helada. A quién se le ocurrió ese método de hacerlo en los hospitales que deben de cambiarlo" [participante 4CP]. "Yo empecé a arrancarme todo lo que tenía puesto en el cuerpo y se dieron cuenta de todo eso; también porque cuando me arranqué la canalización, comencé a botar sangre, me estaba desangrando. Entonces eso fue una experiencia muy fea" [participante 4CP]. "Sí, un poco incómodo, los equipos puestos esos, un poco incómodo. Es más, yo me quitaba el oxígeno porque parecía que para mí yo no lo necesitaba, porque nunca me sentí ahogado así nada. Pero lógico que eso es necesario. Pero en las noches me lo quitaba, porque era como muy incómodo para dormir y el resto me fastidiaba mucho" [participante 5HR].
Confianza en Dios	Fe y confianza en Dios: "Yo me entregué a las manos del médico y de Dios."	"Con la fe en Dios, que es lo más grande que uno tiene, hay un sentimiento de esperanza que le da a uno mucha fuerza" [participante 7HG]. "Tenemos que tener fe y tener una creencia única, porque el salvavidas está en cualquier rincón del mundo" [participante 4CP].
Pérdida de la percepción del tiempo	Pérdida de la percepción del tiempo: "Uno pierde ese tiempo que no sabe si es de mañana, si es de noche, si es mediodía. Yo preguntaba mucho la hora."	"Me subieron a la UCI. A partir de ahí, yo no sabía nada del día ni de la noche hasta que me trasladaron a piso, ya después del postoperatorio" [participante 4CP]. "Las noches pasaban como todo el día ahí acostado. Una inquietud en esa cama, deseando ya que pasara, porque el día y la noche son iguales. Lo único que ve uno ahí son los que hacen los cambios de turno" [participante 1LG].

Fuente: Análisis de contenido de las entrevistas realizadas a los participantes del estudio, 2013.

Discusión

En cuanto a la categoría *El primer contacto con la UCI coronaria*, los resultados del presente estudio indicaron que cuando una persona ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos experimenta sentimientos de angustia, lo cual es coherente con lo planteado por Zambrano *et al.* (14). Sin embargo,

el nivel de ansiedad disminuye cuando son bien recibidos por el personal de enfermería que los atiende, generándose sentimientos de acogimiento y respeto en la persona, debido al cuidado diligente y a la atención con calidad humana.

Estos sentimientos son influenciados por las experiencias previas hospitalarias y por sus creencias culturales, como el temor a la muerte (14), la

necesidad de sus seres queridos y la sensación de impotencia frente a una situación amenazante sobre la cual no se tiene el control y depende de otros para salir triunfante.

Por otra parte, Romero-García *et al.* (15) y Borré y Vega (16) manifiestan que los pacientes describen a las enfermeras como personas competentes, amables, comprensivas y empáticas, que luchan a cada instante por el bienestar de las personas que cuidan. Además, están constantemente cerca para aliviar el dolor y el sufrimiento, propiciando alternativas de mejoría y distracción actual. Por otra parte, Romero-García *et al.* (15) afirman que los pacientes expresan sentir seguridad física, psicológica y espiritual con los cuidados de las enfermeras durante el proceso de su enfermedad y que la atención recibida por las enfermeras les ayuda en el proceso de su mejoría.

En concordancia con lo anterior, el cuidado humanizado debe ser proporcionado por un profesional de enfermería con características especiales, como capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias de la otra persona, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana (17). Los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos pueden percibir que el cuidado de enfermería incluye competencias profesionales, cuidados humanos, técnicos y continuados. Éstos producen sentimientos de seguridad, tranquilidad, estar vigilado, sentirse persona, percibiendo una relación cercana y de confianza con la enfermera que realiza cuidados individualizados (15).

Con relación a la categoría *Lo malo de estar hospitalizado en la UCI coronario*, es evidente que la realización de un procedimiento invasivo, sea o no explicado, ocasiona en el paciente un sentimiento de temor ligado a lo desconocido. Este sentimiento se convierte en ansiedad y desesperación cuando observan, escuchan y sienten todo lo que se les está realizando durante la atención.

Para los participantes del presente estudio, los procedimientos que les fueron realizados generaron temor y ansiedad. Estos sentimientos dieron paso a la vivencia de una experiencia traumática, dolorosa y poco placentera, al no sentirse informados previamente sobre los procedimientos que se les iba a realizar.

En este sentido, Beltrán (18) señala que la utilización de elementos tecnológicos de diagnóstico e intervención, la administración de medicamentos como sedantes y anestésicos, la realización de procedimientos y controles frecuentes de constantes vitales hacen parte de los cuidados que se brindan a los pacientes que presentan una enfermedad crítica y están hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo. No obstante, todos esos procedimientos tienen especial importancia en los significados que los pacientes otorgan a la experiencia de estar enfermo.

Por otra parte, las personas que se encuentran en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario tienen sensaciones de soledad debido a la pérdida del contacto físico con el medio externo: se sienten abandonados. Por lo general, muestran un sentimiento de tristeza y llanto durante las noches, porque no es usual separarse de la familia, generando así sensaciones de disconfort y soledad que nada puede suplir. Esta situación no es nada novedosa, puesto que la literatura manifiesta que cuando una persona ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo experimenta ruptura, sensación de desamparo físico/mental y aislamiento familiar (2, 19). Por su parte, Pardavila y Vivar muestran que los pacientes y la familia engloban dentro de la palabra *estrés* las situaciones que producen ansiedad, frustración y desaliento, las cuales identifican como factor de riesgo de su enfermedad (2).

Otro hallazgo importante es el hecho de que el paciente hospitalizado en estas unidades requiera reposo absoluto en cama, razón por la cual se hace necesaria la realización del baño en cama. Sin embargo, esta situación suele ser incómoda para el paciente, puesto que para su percepción no es *correcto* desvestirse delante de personas desconocidas.

Este hallazgo se evidenció en el presente estudio porque los participantes manifestaron sentirse invadidos al momento del baño. Es decir: sintieron como si el personal de enfermería estuviera vulnerando su intimidad y su espacio, situación para la cual no estaban preparados.

Existen estudios que muestran que los pacientes quedan más ansiosos cuando se les realiza el baño en la cama que cuando se les realiza en la ducha. Algunos lo consideran desagradable, vergonzoso, difícil, inconfortable, seco, frío, incompleto, deshumano, demorado e insatisfactorio (20).

Por excelencia, la familia es el recurso de apoyo con que cuentan los adultos, ya sean éstos dependientes o independientes. Por eso, sus habilidades en el cuidado deben ser potencializadas. La presencia de la familia del adulto en muchas ocasiones es un soporte emocional continuo para los enfermos hospitalizados (21). Los pacientes necesitan estar todo el tiempo posible con su familia; saber cómo se encuentran y cómo les está afectando el proceso. Necesitan relacionarse con otras personas para combatir la sensación de soledad que se vive en la unidad (3, 19).

En relación con la dificultad para moverse en la cama debido a la presencia de equipos instalados en su cuerpo, los participantes de esta investigación expresaron que les ocasionaban incomodidad. Por otra parte, manifestaron que algunos procedimientos les producían mucho dolor, por ejemplo: sentían como si les estuvieran cortando el brazo. Esta experiencia se constituye en un factor determinante a la hora de identificar el significado de la experiencia al haber estado en la Unidad de Cuidado Intensivo.

En cuanto a la categoría *Confianza en Dios*, es importante resaltar que las personas que padecen una enfermedad grave como el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) expresan temores, miedos e incertidumbre frente a la muerte. Esta situación los lleva a aferrarse a un ser supremo, en el que depositan su esperanza, su confianza, y sienten que les proporciona fuerza. Esta conexión con esa fuerza poderosa se logra a través de la oración y del afianzamiento de la creencia en Dios como única.

En esencia, la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de la salud del paciente. Así mismo, se considera una fortaleza y una fuente de motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el cuidado espiritual ofrecido por el personal de enfermería debe tener un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está en el proceso de muerte (22).

Algunos credos religiosos comparten ideas que se expresan en las Sagradas Escrituras, una de las cuales tiene que ver con la creencia de que los seres humanos fuimos creados por Dios a su imagen y semejanza, por tanto, nuestro ser está compuesto por cuerpo, alma y espíritu (23). Esta importante dimensión del hombre es comprendida como un encuentro de autoconocimiento del ser con su

dimensión más fiel y bella: la espiritual. Ésta posibilita una conexión consigo mismo y con Dios, alcanzando recursos inigualables que influyen en la vida humana y en sus relaciones con el Todo (24). El centro de nuestro ser envuelve todos los aspectos de la vida de manera unificadora (24).

Desde esta perspectiva, las personas que profesan una religión o doctrina necesitan de sus creencias para alimentar el confort y transitar en el proceso de enfermedad. Sin embargo, el personal de enfermería debe comprender que este suceso obedece más a la expresión común de la dimensión espiritual que a un sentimiento religioso (22, 25).

Con respecto a la categoría *Pérdida de la percepción del tiempo*, es sabido que cuando una persona ingresa a la unidad de cuidados intensivos sufre pérdida de la noción del tiempo. En el presente estudio, los participantes expresaron que estar en la unidad por mucho tiempo les ocasionó problemas en la orientación, al no saber distinguir el día de la noche. Esta situación se debe al hecho de permanecer todo el tiempo en la unidad, a la pérdida de contacto con el entorno externo y a la oportunidad de interactuar con los demás, generando vacíos, soledad, temor e incertidumbre con el devenir. La mayoría de los participantes expresó que una forma de ubicarse en el tiempo fue mediante la percepción de actividades como el momento del baño, el horario de las comidas y los cambios de turno del personal de enfermería.

De acuerdo con Achury DM y Achury LF (26), los pacientes críticos son sometidos a un sinnúmero de procedimientos invasivos, como el paso de catéteres e intubación orotraqueal, lo cual requiere de adecuada iluminación. Aunque ésta no es la única causa por la cual se pierde la percepción del tiempo en la unidad, contribuye a la pérdida de la sensación del día y de la noche en el individuo, el ciclo del sueño y la rutina de las comidas.

Conclusiones

La experiencia de estar hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo Coronario es una situación difícil y dolorosa para los pacientes. Las vivencias expresadas por los participantes del presente estudio corroboran lo hallado en estudios similares, los cuales convergen al afirmar que el ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo genera sentimientos negativos en la persona, que marcan significativamente su experiencia de vida,

pero que también influyen aspectos positivos derivados de la atención humanizada del personal de enfermería.

A la luz teórica, estos hallazgos comprueban los postulados de Jean Watson, quien sostiene que ante el riesgo del cuidado en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en los diferentes ámbitos, ya sean clínicos, administrativos o de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Este cuidado no solamente se configura con la realización de procedimientos tecnológicamente sofisticados, sino que también depende del compromiso ético/moral, estético y sociopolítico que demuestra cada enfermero por la protección de la dignidad humana de la persona.

De esta manera, aunque los resultados de la presente investigación no se podrían generalizar al resto de experiencias que viven los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos, lo cierto es que contribuyen de manera significativa para que la atención y el cuidado de enfermería que se brinda es estos contextos mejore cada día en las instituciones de salud.

Referencias

- (1) Stayt LC. Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *J Clin Nurs*. 2009 May;18(9):1267-1275.
- (2) Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos: revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23(2):51-67.
- (3) Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014;38(6):371-375.
- (4) Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23(4):179-188.
- (5) Leiva VM. Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Chil Med Inten*. 2010;25(4):199-203.
- (6) Flórez-Torres IE, Herrera-Alarcón E, Carpio-Jiménez E, Veccino-Amador MA, Zambrano-Barrios D, Reyes-Narváez Y et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichan*. 2011;11(1):23-39.
- (7) Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015;15(3):413-425.
- (8) Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria CA, González-Ruiz GE. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. *CES Salud Pública*. 2014;5(2):127-136.
- (9) Beltrán OA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Invest Educ Enferm*. 2009;27(1):34-45.
- (10) Sánchez B. Fenomenología: un método de indagación para el cuidado de enfermería. En: Pinto N (coord.). *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá: Editorial Unibiblos; 2006. pp. 24-36.
- (11) Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [manual en Internet]. Ginebra: Council for International Organizations of Medical Science (CIOMS); 2002 [acceso: 28 nov 2013]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/bio/cioms.pdf>
- (12) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (4/10/1993).
- (13) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* n.º 45.693 (6/10/2004).

- (14) Zambrano GE, Ferreira JC, Lindarte AA, Niño CJ, Ramírez NR, Rojas LY. Entre la incertidumbre y la esperanza: percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). *Cien Cuid.* 2010;7(1):52-60.
- (15) Romero-García M, DelaCueva-Ariza L, Jover-Sancho C, Delgado-Hito P, Acosta-Mejuto B, Sola-Ribo M. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva.* 2013;24(2):51-62.
- (16) Borré-Ortiz YM, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc Enferm.* 2015;20(3):81-94.
- (17) Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Cienc Enferm.* 2010;16(1):31-35.
- (18) Beltrán-Salazar OA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2009;9(1):23-37.
- (19) Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramírez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enferm Glob.* 2008;7(1):1-14.
- (20) Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Gonçalves MA, DeBarros AL. Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo del miocardio. *Rev Latino-Am Enfermagem [revista en Internet].* 2010 [acceso: 30 nov 2013];18(2):1-7. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_12.pdf
- (21) Guillen LM, Cantuarias N. Vivencias del paciente adulto hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. In *Crescendo.* 2011;2(1):97-106.
- (22) Collado RE. Cuidado espiritual, labor del profesional de Enfermería. *Rev 360 [revista en Internet].* 2010 [acceso: 2 dic 2013];5:[aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
- (23) Salazar ÁM. Tendencias internacionales del cuidado de Enfermería. *Invest Educ Enferm.* 2011;29(2):294-304.
- (24) Dezorzi LW, Crossetti MG. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem [periódico na Internet].* 2008 [acesso: 02 ago 2015];16(2):212-217. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200007&lng=en
- (25) McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs.* 2011 Jun; 20(11-12):1757-1767.
- (26) Achury-Saldaña DM, Achury LE. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. *Inv Enf.* 2010;12(1):25-42.