



Artículo original

Impacto psicológico en pacientes ante el anuncio de la cirugía cardiovascular.

Psychological impact on patients with the announcement of cardiovascular surgery.

Vanessa Larrinaga Sandrino¹, Edelsys Hernández Meléndrez², Iria Crespo Carracedo³.

^{1,3} Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Cuba. ³ Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba.

Resumen

La Psicología de la Salud ha demostrado su robustez de acuerdo con los resultados de investigaciones en cuanto a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades. En particular, en el área de las enfermedades crónicas no transmisibles, ha ido demostrando su pertinencia. La Psicocardiología ha surgido para especificar el sustrato subjetivo, cognitivo y emocional en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares y la cirugía cardiovascular. El objetivo es evaluar el impacto psicológico en pacientes del anuncio de la cirugía cardiovascular. Se realizó un estudio con 63 pacientes con indicación de cirugía cardiovascular en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular entre los meses de marzo y junio del 2017. Se aplicó: Entrevista semiestructurada y Hoja de Datos Sociodemográficos. La negación caracteriza la primera respuesta de los pacientes, y en algunos permanece en el tiempo. No hay asociación entre el conocimiento de la enfermedad y el proceso quirúrgico con el nivel de escolaridad de los pacientes. La mayoría de los pacientes experimenta cambios tanto en lo físico, emocional y de las relaciones interpersonales, por lo que resulta imprescindible capacitar a los profesionales de la salud para la comunicación con los pacientes.

Palabras Clave: Psicocardiología, cirugía cardíaca, comunicación

Abstract

As time goes by, Health Psychology, with the result of various researches in non-transmissible chronic diseases, has been showing its pertinence. Psych Cardiology has emerged to specify the subjective, the cognitive and the emotional substratum in the environment of cardiovascular diseases and cardiovascular surgery. The Objective is to assess the psychological impact in patients whose cardiovascular surgery has been announced. A study is carried out with 63 patients with cardiovascular surgery prescribed for March and June 2017 in the Institute of Cardiology and Cardiovascular Surgery. The following techniques are applied: Semi structured Interview and Socio Demographic Data Sheet. Negation characterizes the first patients' response, and in some of them, it lasts in time. There is no meaningful correlation between the knowledge of the disease and the surgical process with the cultural level. Most patients experience physical, emotional changes and in their interpersonal relations. Therefore, it is essential to train health professionals to communicate with patients.

Key Words: Psychocardiology, cardiosurgery, communication

Introducción

La cirugía cardiovascular es una opción terapéutica que ha demostrado su capacidad para mejorar la capacidad funcional, la calidad de vida o el pronóstico de determinados grupos de pacientes. Es además, un suceso vital de alta intensidad y de carácter extraordinario.

El conocimiento de las particularidades psicológicas del hombre enfermo es imprescindible al clínico para la determinación del pronóstico de la enfermedad, para la elección de la táctica correcta de influencias terapéuticas y psicoterapéuticas, para la solución del problema sobre la posibilidad de comunicación al enfermo del diagnóstico y para muchas otras cosas.

Anuncio de la cirugía cardiovascular

El estudio de las personas que enferman debe ser de manera integral. No solo debe estudiarse el soma, debe estudiarse la personalidad como un todo. El estudio del cuadro interno, -categoría surgida en la Rusia del pasado siglo-, significa conocer todo lo que experimenta subjetivamente el enfermo, toda la masa de sensaciones, no sólo las sensaciones mórbidas localizadas, sino la disposición general, la autoobservación, las representaciones sobre su enfermedad, sobre sus causas, todo aquello que para el enfermo está relacionado con su visita al médico; aquel enorme mundo del paciente que consiste en combinaciones extremadamente complejas de su percepción, emociones, afectos, vivencias psíquicas y traumas.¹

Cualquier acto quirúrgico, por pequeño que sea, es una fuente potencial de estrés que trae aparejada respuestas psicológicas y fisiológicas, las que pueden sin duda comprometer la colaboración del paciente, el seguimiento de las prescripciones médicas, la efectividad del proceder y el proceso de recuperación.²

En el transcurso de los primeros tres meses generalmente estos pacientes se muestran más deprimidos y ansiosos; en gran medida inseguros. Es usual que busquen información relacionada con su enfermedad. Es en este período donde se logra con mayor éxito la adherencia terapéutica.¹

Los pacientes se convierten en receptores muy activos de cuanta información se les brinde, o escuchen casualmente. Esta información puede ser o no científica y ocurre lo que se ha dado en llamar “aferrarse a palabras sueltas”; debido al fenómeno conocido como Iatrogenias mudas, que se dan en las personas por falta de información, siendo reflejo de algunas características ya estudiadas de los pacientes cardiovasculares como es la hipersensibilidad.

La comunicación de una intervención quirúrgica representa un alto nivel de estrés en el plano emocional, lo que se

incrementa si se trata de cirugías del corazón o del cerebro, asociadas históricamente con la muerte. Son múltiples las reacciones psicológicas que, ante un evento como este, pueden desencadenarse, vinculadas con temor al dolor, a lo desconocido, a su reacción a la anestesia, al propio proceder, a perder la integridad del cuerpo o la autonomía e incluso a morir.^{2,3}

Se ha estudiado la relación existente entre el tiempo de espera y la calidad de vida relacionada a la salud en dependencia de la naturaleza y severidad de la propuesta quirúrgica. La experiencia de espera se describe como estresante y provocadora de ansiedad. Mientras muchos pacientes comunican su ira y frustración, la experiencia de la espera no es uniformemente negativa. Algunos pacientes consideran la espera como una oportunidad para vivir, un camino necesario.

Carr et al.⁴ plantean que en la literatura científica se sugiere que los pacientes tienden a considerar inaceptables las largas esperas para operarse, cuando experimentan síntomas severos o incapacidad funcional.

Además, la hospitalización es un proceso altamente despersonalizador, el paciente pierde el control de sus tareas cotidianas, hay una ruptura en cuanto a las rutinas de vida, dejación de la capacidad de decisión (menú, horario de baño, comida, sueño, TV). Se despoja de sus ropas, se distancia de sus grupos de amigos, trabajo, familia; se desnuda ante extraños y en ocasiones pierde su identidad, ejemplo: “la cama 21”, “la estenosis mitral”.

Se reportan, mediante el uso de escalas de estresores medioambientales en pacientes quirúrgicos en la unidad de cuidados intensivos, los tubos nasales y orales, la pérdida de control y la ausencia de la pareja en ese medio, como elementos causantes de altos niveles de estrés.²

La adaptación psicológica y física a este medio genera más estrés, las reacciones conductuales más frecuentes son el miedo, la ira, ansiedad y depresión. Pueden experimentar síntomas como taquicardias, arritmias, hipertensión arterial, disnea, trastornos funcionales. La intensidad de estas reacciones depende del aislamiento emocional y cognoscitivo, personalidad, mecanismos de afrontamiento y la participación y control en el proceso; y el apoyo social.

El afrontamiento es entendido como los esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados para manejar las demandas externas o internas evaluadas como excedentes de los recursos individuales. Los tipos de afrontamiento ante el debut de las enfermedades son: negación, búsqueda de información, búsqueda de apoyo, resolución de problemas concretos, preparación para las alternativas futuras, búsqueda de un significado para la enfermedad.⁵

Las reacciones emocionales están mediadas por la relación médico (personal médico)-paciente y por la gravedad de la enfermedad o la percepción que tenga el paciente de la gravedad de la enfermedad.

Los temores más frecuentes que experimentan estos pacientes son a sufrir daño funcional o estético, a sentirse desvalido y dependiente a otros, también relacionado con la mutilación del cuerpo y a la muerte. En el preoperatorio temen también a los concomitantes psicofisiológicos como taquicardias, arritmias, hipertensión arterial, disnea; a los accidentes anestésicos, aumento de infecciones, complicaciones en el postoperatorio, al aumento de la estadía hospitalaria. Se suma a esto la preocupación por el consumo de analgésicos y sedantes.

El trato impersonal con la restricción de la información provoca incertidumbre y los pacientes se forman representaciones exacerbadas o distorsionadas por rumor o comunicación informal; de aquí parten las iatrogenias mudas por lo que hay mecanismos ineficientes que rigen el proceso de hospitalización.

Hay otro tema que tanto el médico como el psicólogo se encuentran en el trato diario con los pacientes, y es la demanda de información sobre la enfermedad. La abundante información sobre la enfermedad solo producía efectos beneficiosos si era acompañada de auto participación en la recuperación o con situación de estimulación o diversión extra. Los pacientes pasivos o con un régimen de diversión clásico no se beneficiaban de la información. Varios autores plantean que la información sobre la enfermedad beneficia a los sujetos con un nivel educativo alto, pero produce ansiedad en los de nivel educativo bajo.⁶

La información reduce la ansiedad de manera inequívoca en situaciones especialmente tensas, como intervenciones quirúrgicas, sobre todo en lo que se refiere a la secuencia de intervenciones previas a la anestesia y a lo que sucede en el periodo postoperatorio. Si la persona conoce las maniobras que van a tener con él, las angustias, las molestias que van a experimentar y como vencerlas, (canalización de vasos sanguíneos, enemas, afeitado...) se sentirá más seguro y confiado.⁶

Método

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal.

Universo: Se investigó a todos los pacientes con indicación de cirugía cardiovascular que ingresaron al Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular en el periodo comprendido entre marzo y junio de 2017, 63 pacientes en total.

Técnicas: Entrevista semiestructurada. Cuestionario de

Modos de Afrontamiento Lazarus-Folkman.

Procesamiento de la información: Frecuencias absolutas y relativas que fueron procesadas mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0.

Resultados

El promedio de edad fue de 59 años, con predominio de sexo masculino (40) y estado civil casado o en unión consensual (40). La mayoría de los pacientes estudiados tiene un nivel de escolaridad universitario y técnico medio (31) y laboralmente vinculados (28).

Como se observa en la Tabla 1 relacionada con el anuncio de la enfermedad y la indicación quirúrgica predominaron a negación y la resolución de problemas concretos. En frecuencia siguieron la búsqueda de apoyo y la búsqueda de un significado para la enfermedad, que se consideran que están de alguna forma presentes en cada uno de los pacientes por el solo hecho de asistir a una consulta buscando un diagnóstico y pronóstico. Los que se plantean como búsqueda de apoyo son los que hacen un hincapié profundo en el tema familiar y médico. La búsqueda de un significado para la enfermedad, también tiene un peso en cada uno de los pacientes, por eso es recurrente la interrogante: ¿por qué a mí? La primera reacción de los pacientes ante la indicación quirúrgica es de negación; posteriormente algunos comienzan a tener otros modos de afrontamiento a la enfermedad.

Tabla 1. Distribución de pacientes según el primer afrontamiento

Primer afrontamiento	Frecuencia	Por ciento
Búsqueda de información	5	7.9
Negación	20	31.7
Búsqueda de apoyo	8	12.7
Resolución de problemas concretos	17	27.0
Preparación para alternativas	4	6.3
Búsqueda de un significado para la enfermedad	9	14.3
Total	63	100.0

Adquiere un profundo valor, la primera comunicación del médico con el paciente que en múltiples ocasiones no es clara, o se utilizan términos médicos poco entendibles por los pacientes o se le habla en términos que pueden producirle un fuerte impacto emocional. De ahí la

importancia de prepararse también poder comunicar el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad.⁷

En relación con el conocimiento sobre la enfermedad y la operación, la mayoría conoce su enfermedad, 34 (56 %), es decir, el nombre, las posibles causas, pronósticos. Y un número importante desconoce no sólo el nombre de la enfermedad, sino que están a merced de lo que realicen con ellos, tienen una actitud más pasiva con respecto a los procedimientos, recuperación, constantemente refieren: “me dijeron”, “eso dicen los médicos” 29 (46 %). Y de toda la población estudiada solo cuatro buscaron información sobre el acto quirúrgico en sí, pero los demás no tienen ninguna noción.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según nivel de escolaridad

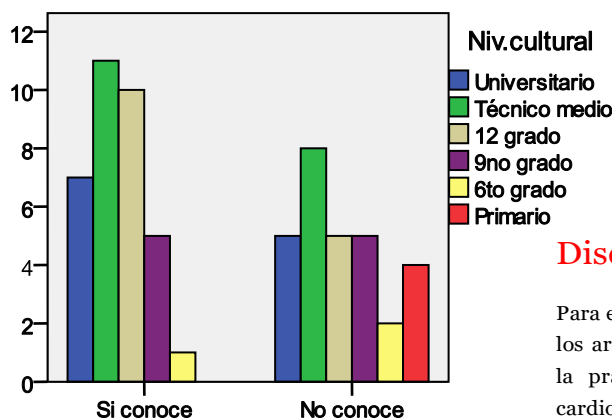
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Por ciento
Universitario	12	19.0
Técnico medio	19	30.2
12 ^{mo} grado	15	23.8
9 ^{no} grado	10	15.9
6 ^{to} grado	3	4.8
Primario	4	6.3
Total	63	100.0

adecuado enfrentamiento a determinadas situaciones. Es importante señalar que la información ofrecida por los médicos en todo el proceso parece escueta, los pacientes experimentan muchas dudas.

A juicio de este grupo de investigación, esto demuestra que no es el grado de escolaridad lo que hace que la persona busque información o no, sino sus mecanismos de autorregulación personal, su experiencia pretérita, sus prejuicios, sus esperanzas, en fin, todo lo que constituye el cuadro interno de la enfermedad.

La mayoría de los pacientes (51 para un 81 %) han experimentado cambios físicos, emocionales y cambios en sus relaciones interpersonales después de la noticia de la cirugía cardiovascular. Los más frecuentes son pérdida de peso, tristeza e irritabilidad. Sólo 12 pacientes (19 %) refieren no haber experimentado cambios.

A este momento crucial en la vida de los pacientes se le suma la expresión de algunos médicos como: “eres nuestro caso más crítico”, “no sé cómo es que sigues caminando”, “tu corazón huelga de un hilito”; “¿qué tú haces por la calle todavía?”, “no has muerto de milagro”, “ni te muevas” estas fueron expresiones que algunos pacientes mencionaron a los investigadores para referirse a su primera comunicación con el médico; iatrogenias que repercuten negativamente en pacientes y familiares. El asunto sería, ¿cómo ofrecer a información?



Conocimiento de la enfermedad

Gráfico 1: Nivel cultural-Conocimiento de la enfermedad

En el Gráfico 1 se muestra como el grado de conocimiento no está relacionado con el nivel cultural de los pacientes, para los mitos de que un mayor nivel nos hace de por sí listos para el

Discusión

Para esta sección se consideró pertinente retomar algunos de los argumentos del artículo: “Algunas reflexiones acerca de la práctica del consentimiento informado en la cirugía cardiovascular cubana”⁸,

En la cirugía cardiovascular cubana, el contacto preoperatorio del paciente con su cirujano puede, en ciertas ocasiones, ser efímero. La mayoría de los individuos que se someten a operaciones del corazón son pacientes aquejados de cardiopatía isquémica por enfermedad arterial coronaria obstructiva o valvulopatías cardíacas. Como regla general, a muchos se les sigue su evolución durante largos períodos de tiempo por especialistas en Medicina Interna o Cardiología, y son remitidos al cirujano cardiovascular en una fase

avanzada de su enfermedad cuando las terapias farmacológicas ya no logran limitar los síntomas, el agravamiento de su estado funcional obliga al tratamiento quirúrgico de su enfermedad o determinados parámetros ecocardiográficos indican que ha llegado el momento de la cirugía.⁷

Aquí surge la primera coyuntura controversial en la solicitud del consentimiento informado del Cardiocentro «Ernesto Guevara»⁸(igualmente en el centro de este estudio), la cual es firmada por el paciente a solicitud del médico que le realiza la historia clínica el primer día de su ingreso, en ese momento aún no ha sido programada su cirugía y, por tanto, no se ha decidido quién será su cirujano, ni se le ha ofrecido toda la explicación que precisa con respecto a su enfermedad y los procedimientos anestésicos o invasivos de otro tipo a los que será sometido, para que pueda hacer uso de su autonomía y asistir al salón de operaciones o de procedimientos diagnósticos con un consentimiento totalmente informado.⁸

El propósito más importante del consentimiento informado es que obliga a una interacción basada en la información, lo que fomenta la confianza del paciente en su médico y calma la angustia y el temor, tanto de él como de su núcleo familiar, generalmente provocados por la desinformación, los prejuicios y la ignorancia.⁸

Para que el acto de consentir sea una manifestación de autonomía, es necesario que el paciente conozca, comprenda y aprecie su enfermedad, las alternativas terapéuticas y los riesgos que estas implican.⁸

El cirujano cardiovascular, responsable de una intervención considerada de las más complicadas en el campo de la medicina moderna, forma parte de un equipo multidisciplinario, compuesto además por otros cirujanos, anestesiólogos, perfusionistas, enfermeros;⁸ (psicólogos) pero es él el máximo responsable por los resultados del acto quirúrgico. Él debe ser consciente de que el proceso de curación no termina con la cirugía, sino que esta es solo una parte del largo proceso de sanación que requerirán invariablemente sus pacientes. El mayor conocimiento acerca de todos los aspectos que rodean este momento se convertirá en el mejor aliado del cirujano, en la batalla común que está a punto de comenzar.⁸ Resulta interesante como los médicos estudian los diagnósticos y pronósticos sobre las enfermedades, pero en su diseño curricular no hay ninguna materia que les enseñe como comunicarlos a pacientes y familiares.⁷

Conclusiones

El primer afrontamiento que experimentan los pacientes ante el anuncio de la cirugía cardiovascular es de negación.

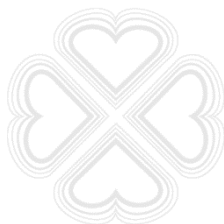
No parece estar asociado el conocimiento de la enfermedad y el proceso quirúrgico y el nivel de escolaridad de los pacientes. La mayoría de los pacientes experimentan cambios tanto en lo físico, emocional y de las relaciones interpersonales. Por todo lo antes expuesto se hace imprescindible capacitar a los equipos de salud sobre cómo comunicar el diagnóstico a los pacientes y familiares.

Referencias bibliográficas

1. Veloso A, Veloso E. Particularidades del cuadro interno de la enfermedad en pacientes con cardiopatía isquémica. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Duazary, junio Vol.7 no. 1: 60-70, 2010.
2. Castellero Amador Y. intervención psicológica en cirugía cardíaca. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/ Vol.25(1)/pp. 52-63, ISSN: 1794-4724, 2007.
3. Hernández Meléndrez E. El psicólogo en un equipo multidisciplinario. En: Atención psicológica: métodos, técnicas y enfoques. Capítulo III. Editorial ECIMED. La Habana, Cuba. 2012.
4. Carr T et. al. Waiting for surgery from the patient perspective. Psychology Research and Behavior Management, 2:107-119, 2009
5. Pérez Coronel, PL. La intervención psicológica en la rehabilitación cardiovascular. Capítulo X en el libro: Rehabilitación Cardíaca Integral. Editorial Ciencias Médicas. Ecimed. La Habana. 2009. Disponible desde: http://www.bvs.sld.cu/libros/rehabilitacion_cardiaca/completo.pdf.
6. Hernández Meléndrez E. Estilos de afrontamiento y su relación con las afecciones cardiovasculares. En: Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Editorial Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. 2003, Pp 42-56.
7. Hernández Meléndrez E. Acerca de la comunicación del diagnóstico y pronóstico a pacientes y familiares. En: Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Editorial Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. 2003, Pp 140-150.
8. López de la Cruz Y, Pérez Machado LB, Zurbano Fernández J. Algunas reflexiones acerca de la práctica del consentimiento informado en la cirugía cardiovascular cubana. Medicentro Electrónica vol.22 no.1 Santa Clara ene.-mar. 2018. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Vanessa Larrinaga Sandrino, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Cuba. E-mail: nessa@infomed.sld.cu

Los autores firmantes del manuscrito declaran no poseer Conflicto de intereses.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](#).

