

# Environmental stressors in a cardio-intensive unit and Nursing care planning: a descriptive study

## Estressores ambientais em unidade cardiointensiva e o planejamento do cuidado de enfermagem: estudo descritivo Factores ambientales estresantes en una unidad coronaria y planificación de cuidados de enfermería: estudio descriptivo

Naiane Nery de Souza de Brito<sup>1</sup>  
ORCID: 0000-0002-6831-3818

Samira Silva Santos Soares<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0001-9133-7044

Eloá Carneiro Carvalho<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0002-1099-370X

Daniel Gomes de Souza<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0003-0857-5880

Andrezza Serpa Franco<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0001-5008-1345

Luana Ferreira de Almeida<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0001-8433-4160

Flávia Giron Camerini<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0002-4330-953X

Karla Biancha Silva de Andrade<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0002-6216-484X

1 State University of Rio de Janeiro  
School Hospital Pedro Ernesto, RJ,  
Brazil

2 State University of Rio de Janeiro, RJ,  
Brazil

### Chief Editor:

Ana Carla Dantas Cavalcanti  
ORCID: 0000-0003-3531-4694

### Section Editor:

Thalita Gomes Carmo  
ORCID: 0000-0002-5868-667X

### Corresponding author:

Samira Silva Santos Soares  
E-mail: samira\_opg@hotmail.com

**Submission:** 05/11/2021  
**Approved:** 07/06/2021

### ABSTRACT

**Objective:** to assess the main stressors mentioned by the patients in a cardio-intensive unit. **Method:** a descriptive and quantitative research study, carried out with 25 patients over 18 years old, lucid, oriented, literate, and diagnosed with acute coronary syndrome. A questionnaire related to the sociodemographic and clinical information and the The Environmental Stressor Questionnaire were applied. The data were analyzed using simple descriptive statistics. **Results:** there was predominance of males (16-64%), aged 60-70 years old (14-56%). Acute myocardial infarction (14-56%) was the most prevalent hospitalization cause. The "Feeling pain" statement (17-68%); followed by "Not being able to move the arms or hands due to the intravenous routes" (13-52%); "Not having control of oneself" (11-44%) and "No explanations given on the treatment" (10-40%) stood out as extremely stressful. **Conclusion:** knowing the most prevalent stressors contributes to Nursing care planning with emphasis on welcoming and assistance to the individualized needs.

**DESCRIPTORS:** Welcoming; Intensive Care; Cardiovascular Nursing; Psychological Stress; Planning of the assistance provided to the patient.

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar os principais fatores estressores apontados pelos pacientes em uma unidade cardiointensiva. **Método:** pesquisa descritiva, quantitativa, realizada com 25 pacientes maiores de 18 anos, lúcidos, orientados, alfabetizados, com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. Aplicou-se questionário relacionado às informações sociodemográficas e clínicas e a escala *The Environmental Stressor Questionnaire*. Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples. **Resultados:** houve predominância do sexo masculino (16-64%), com idade de 60 a 70 anos (14-56%). O infarto agudo do miocárdio (14-56%) foi a causa mais prevalente de internação. As afirmativas "sentir dor" (17-68%); seguido de "não conseguir mexer mãos ou braços devido às vias intravenosas" (13-52%); "não ter controle de si mesmo" (11-44%) e "não ter explicações sobre o tratamento" (10-40%) sobressaíram como extremamente estressantes. **Conclusão:** conhecer os estressores mais prevalentes contribui para o planejamento do cuidado de enfermagem com ênfase no acolhimento e atendimento às necessidades individualizadas.

**DESCRITORES:** Acolhimento; Cuidados Intensivos; Enfermagem Cardiovascular; Estresse Psicológico; Planejamento de assistência ao paciente.

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar los principales factores estresantes señalados por los pacientes en una unidad coronaria. **Método:** investigación descriptiva, cuantitativa, realizada con 25 pacientes mayores de 18 años, lúcidos, orientados, alfabetizados, diagnosticados con síndrome coronario agudo. Se aplicó un cuestionario relacionado con información sociodemográfica y clínica y la escala *The Environmental Stressor Questionnaire*. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva simple. **Resultados:** predominó el sexo masculino (16-64%), con edades entre 60 y 70 años (14-56%). El infarto agudo de miocardio (14-56 %) fue la causa más prevalente de hospitalización. Las afirmaciones "sentir dolor" (17-68%); seguido de "no poder mover las manos o los brazos debido a las vias intravenosas" (13-52%); "No tener control de uno mismo" (11-44%) y "no recibir explicaciones sobre el tratamiento" (10-40%) se destacaron como extremadamente estresantes. **Conclusión:** conocer los factores estresantes más predominantes contribuye a la planificación de los cuidados de enfermería enfocados en la hospitalidad y satisfacción de las necesidades individuales.

**DESCRIPTORES:** Hospitalidad; Cuidados intensivos; Enfermería Cardiovascular; Estrés psicológico; Planificación de la atención al paciente.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que incluyen diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedades cardiovasculares, conforman el principal grupo de causas de muerte responsables de muertes prematuras, pérdida de calidad de vida, además de impactos económicos y sociales adversos, y son las responsables del 63% de las muertes a nivel mundial<sup>(1)</sup>. Entre estas enfermedades, se destacan las enfermedades cardiovasculares (ECV), que se caracterizan por un conjunto de problemas de salud, siendo los más frecuentes la hipertensión arterial sistémica, ictus, insuficiencia cardíaca, arritmias, aneurisma aórtico, miocarditis y síndrome coronario agudo (SCA)<sup>(2)</sup>.

El SCA comprende un grupo de patologías que incluyen la angina inestable (AI), el infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST (IAMCEST) y sin elevación (IAMSEST), y son causas habituales de atención en los sectores de emergencia y de hospitalizaciones en unidades especializada en atención cardiovascular. Entre 2004 y 2014, el SCA fue el responsable de la muerte de 1.069.653 de personas en Brasil, afectando principalmente a adultos entre 35 y 59 años, la franja etaria considerada en la fase de "madurez profesional" y económicamente activa<sup>(3)</sup>.

Varios factores contribuyen al desarrollo del SCA, incluyendo: herencia, edad avanzada, *diabetes mellitus*, dislipidemia, sedentarismo, tabaquismo, obesidad y estrés, pero cuando un individuo tiene SCA que requiere

hospitalización, es recomendable que se lo interne en una unidad con monitoreo continuo, como la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y de ser posible en la Unidad Coronaria<sup>(3)</sup>. En dichos entornos, debido a la alta complejidad del cuidado, el paciente se enfrenta a tecnologías complejas y variadas, que pueden, a medio y largo plazo, transformarlos en entornos generadores de estrés.

Un factor estresante es cualquier estímulo presente en el entorno capaz de provocar diversas respuestas en la persona, tanto físicas como psicológicas. Inicialmente, el objetivo principal de estas respuestas es adaptar al individuo a una situación nueva o desconocida. Sin embargo, cuando el estímulo persiste, se puede desencadenar una situación de estrés que está directamente relacionada con la capacidad del individuo para adaptarse al factor estresante<sup>(4-5)</sup>.

Entre los factores que se consideran desencadenantes de estrés en el entorno hospitalario, se destaca la ausencia de iluminación natural; alteración en los patrones de sueño y vigilia; privación y/o restricción del tiempo de contacto con familiares y amigos; no tener el control de su propio cuerpo; ruidos, como alarmas y conversaciones del equipo sanitario; la falta de privacidad; además de tener que someterse a varios procedimientos clínicos que, a pesar de ser necesarios para el tratamiento, llevan al paciente a experimentar diferentes tipos de molestias<sup>(4-5)</sup>.

Por lo tanto, en 2010 se validó en Brasil la escala de evaluación de estrés ambiental *Environmental Stressor Questionnaire*, adaptada de la *Intensivecare Unit*

*Environmental Stressor Scale* (ICUESS), con 50 ítems, para la evaluación y estratificación de factores estresantes en pacientes hospitalizados<sup>(6)</sup>.

El entorno de la Unidad Coronaria, al contar con un aparato tecnológico de alta complejidad necesario para la recuperación del paciente cardiovascular, puede convertirse en un ambiente frío y hostil, transformando la hospitalización en un período estresante, que puede provocar un desequilibrio en la homeostasis del organismo y generar en estos individuos efectos desagradables y cambios fisiológicos como aumento de la presión arterial, disfunción cardiovascular y alteraciones psicológicas<sup>(4)</sup>.

Por ende, conocer los factores estresantes en una unidad coronaria puede ayudar a los enfermeros (especialmente al equipo de enfermería cardiovascular, que trabaja con cuidados intensivos) en la planificación de la asistencia al paciente y, por lo tanto, orientar el cuidado de los pacientes con SCA. Por consiguiente, el enfermero que trabaja con estos pacientes podrá enfocar sus intervenciones en las necesidades de los usuarios, con el fin de contribuir a la planificación de una asistencia acogedora y colaborar para que la experiencia de hospitalización sea menos traumática<sup>(4-5)</sup>. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo evaluar los principales factores estresantes señalados por los pacientes durante la hospitalización en una unidad coronaria.

## MÉTODO

Investigación descriptiva, cuantitativa, realizada en una unidad coronaria de un hospital universitario de la ciudad de Río de Janeiro, de marzo a agosto de 2019.

En la investigación participaron 25 pacientes seleccionados de forma no probabilística, por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron ser paciente mayor de 18 años; estar lúcido y orientado; alfabetizado; ser capaz de comunicarse verbalmente y estar hospitalizado por síndrome coronario agudo. Se excluyó a los pacientes con internación previa en una unidad coronaria; y a aquellos que, al momento de la recolección de datos, tenían condición clínica inestable, presentando, por ejemplo, dolor incontrolado, disnea, cansancio, somnolencia, hipertensión arterial no controlada; o con ventilación mecánica.

Después de firmar el formulario de consentimiento libre e informado, los participantes respondieron un cuestionario cerrado e individual. El cuestionario fue administrado por la investigadora principal, quien no tiene vínculo permanente con el sector, a fin de evitar la existencia de una relación de poder con el paciente y minimizar el sesgo de respuesta, respetando el anonimato del usuario. La recolección tuvo lugar entre marzo y abril de 2019.

El cuestionario constaba de dos partes: la primera dirigida a la información sociodemográfica y clínica, conteniendo seis variables: edad, sexo, estado civil, educación, relación laboral, diagnóstico clínico; y el segundo, que abarca la versión brasileña de la escala *The Environmental Stressor*

Questionnaire<sup>(6)</sup>, que cuantifica los factores estresantes mediante una escala tipo Likert, con las categorías extremadamente estresante<sup>(5)</sup>, muy estresante<sup>(4)</sup>, moderadamente estresante<sup>(3)</sup>, no estresante<sup>(2)</sup>, o no aplicable<sup>(1)</sup>. De esa forma, se asignaron puntuaciones a cada factor ambiental

estresante, los factores menos estresantes tienen menor valor y la puntuación va aumentando a medida que aumenta el grado de estrés que experimenta el individuo. Los factores de estrés ambiental se pueden observar en la Figura 1.

1	Estar inmovilizado por tubos	26	Ver el tratamiento administrado a otros pacientes
2	El enfermero no se presenta por su nombre	27	Tener que quedarse mirando los detalles del techo
3	Sentir que el enfermero está demasiado apurado	28	No poder dormir
4	Tener sed	29	No poder mover las manos o los brazos debido a las vías intravenosas
5	Medición de la presión arterial muchas veces al día	30	Sentir olores extraños
6	Cama y/o almohadas incómodas	31	Que haya luces encendidas constantemente
7	Escuchar que suena el teléfono	32	Tener dolor
8	Ser examinado por médicos y enfermeros constantemente	33	Ver las bolsas de suero colgando sobre la cabeza
9	Estar rodeado de máquinas extrañas	34	Ser pinchado con agujas
10	Sentir que el enfermero está más pendiente del equipo que de uno	35	No saber dónde estoy
11	Escuchar el ruido y las alarmas del equipo	36	Que el equipo use términos incomprensibles
12	Enfermeros y médicos hablando muy fuerte	37	No tener control de uno mismo
13	Tener que usar oxígeno	38	No saber qué día es
14	Extrañar al marido o a la esposa	39	Ser molestado
15	No recibir explicaciones sobre el tratamiento	40	No tener privacidad
16	Escuchar que se disparan las alarmas del monitor cardíaco	41	Ser cuidado por médicos desconocidos
17	Que el enfermero realice tareas constantemente alrededor de la cama	42	Estar en un ambiente muy caluroso o muy frío
18	Tener tubos en la nariz y/o en la boca	43	Escuchar a la gente hablar sobre uno
19	No saber qué horas es	44	Estar incapacitado para comunicarse
20	Escuchar el gemido de otros pacientes	45	Miedo de morir
21	Que haya hombres y mujeres en la misma habitación	46	No saber cuánto va a durar la internación en la UTI
22	Ver a familiares y amigos solo por unos minutos	47	No poder ejercer su rol
23	No saber cuándo van a pasar las cosas	48	Preocupaciones financieras
24	Ser despertado por los enfermeros	49	Miedo al SIDA
25	Sonidos y ruidos desconocidos	50	Ser presionado para aceptar el tratamiento

**Figura 1** - Factores de estrés ambiental

Fuente: Adaptado de Rosa et al, 2019.

Para el análisis de datos, los cuestionarios fueron codificados y los resultados ingresados

en una hoja de cálculo Excel<sup>®</sup>. Los datos se analizaron y presentaron mediante estadística

descriptiva simple.

El presente estudio cumplió con los requerimientos éticos y los requisitos de la resolución n.º 466 del Consejo Nacional de Salud del 12 de diciembre de 2012. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, a través del CAAE: 04651518.2.0000.

## RESULTADOS

La mayoría de los participantes era del sexo

masculino (16-64%), con edades comprendidas entre 60 y 70 años (14-56%), y la causa más predominante de hospitalización fue IAMCEST (14-56%). En cuanto al estado civil, 08 (32%) estaban casados y 08 (32%) solteros durante el período de estudio. El nivel educativo promedio de los participantes de la investigación fue de 7,56 años de estudio y 14 (56%) tenían alguna actividad laboral (Tabla 1).

**Tabla 1** - Características sociodemográficas de los participantes de la investigación. Río de Janeiro. RJ, Brasil, 2019 (n=25)

Variables	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	16	64
Femenino	9	36
<b>Edad</b>		
36-45	2	8
46-55	5	20
56-60	1	4
60-70	14	56
Más de 70	3	12
<b>Estado civil</b>		
Casado	8	32
Divorciado	6	24
Soltero	8	32
Viudo	3	12
<b>Diagnóstico de Síndrome Coronariano Agudo</b>		
Angina	2	8
Angina Estable	2	8
Angina Inestable	2	8
Infarto Agudo de Miocardio	2	8
Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST	14	56
Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del ST	3	12
<b>Vínculo laboral</b>		
Activo	14	56
Jubilado	11	44

Fuente: Elaborado por los autores, 2021.

En cuanto a los factores estresantes, las afirmaciones "Tener dolor" (17-68%), "No poder mover las manos ni los brazos debido a las vías intravenosas" (13-52%), "No tener control de uno mismo" (11-44 %), "No recibir explicaciones sobre el tratamiento" (10-40%) fueron considerados extremadamente estresantes por los pacientes hospitalizados en la unidad coronaria estudiada.

Las afirmaciones "Cama y/o almohadas incómodas" (08-32%) y "Ver a familiares y amigos solo por unos minutos" (07-28%) se consideraron muy estresantes. Y "Ver el tratamiento administrado a otros pacientes" (10-40%), así como "Escuchar a la gente hablar sobre uno" (10-40%) se identificaron como moderadamente estresantes (Tabla 2).

**Tabla 2** - Factores estresantes identificados por los pacientes, según la escala de Likert. Río de Janeiro. RJ, Brasil, 2019 (n=25)

Variables	n	%
<b>Extremamente estresante</b>		
Sentir dolor	17	68
No poder mover las manos ni los brazos, debido a las vías intravenosas	13	52
No tener control de uno mismo	11	44
No recibir explicaciones sobre o tratamiento	10	40
No saber cuándo van a pasar las cosas	10	40
No poder dormir	10	40
No poder ejercer su rol	10	40
Preocupaciones financieras	9	36
Miedo al SIDA	9	36
Tener que quedarse mirando los detalles del techo	9	36
Miedo de morir	9	36
No saber cuánto va a durar la internación en la UTI	9	36
Estar incapacitado para comunicarse	8	32
Extrañar al marido o a la esposa	7	28
No saber qué hora es	7	28
Ver a familiares y amigos solo por unos minutos	7	28
<b>Muy estresante</b>		
Cama y/o almohadas incómodas	8	32
Ver a familiares y amigos solo por unos minutos	7	28
Tener sed	6	24
Estar en un ambiente muy caluroso o muy frío	6	24
No tener control de uno mismo	5	20
<b>Moderadamente estresante</b>		
Ver el tratamiento administrado a otros pacientes	10	40
Escuchar a la gente hablar sobre uno	10	40

Sentir que el enfermero está más pendiente del equipo que de uno	9	36
Escuchar que se disparan las alarmas del monitor cardíaco	9	36
Que el enfermero realice tareas constantemente alrededor de la cama	9	36
No saber cuándo van a pasar las cosas	9	36
No saber dónde estoy	9	36
Escuchar el ruido y las alarmas del equipo	8	32
Escuchar el gemido de otros pacientes	8	32
Ser pinchado con agujas	8	32
Estar en un ambiente muy caluroso o muy frío	8	32
No saber cuánto va a durar la internación en la UTI	8	32
Miedo al SIDA	8	32
Sentir que el enfermero está demasiado apurado	7	28
Ser presionado para aceptar el tratamiento	7	28

Fuente: Elaborado por los autores, 2021.

## DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(7)</sup>, en Brasil y en el mundo, las ECV son la principal causa de muerte y discapacidad en adultos, convirtiéndose en un importante problema de salud pública y son varios los factores que contribuyen al desarrollo de dichas enfermedades, entre ellos, se destacan el género y la edad. Por ende, se sabe que el envejecimiento de la población es lo que más favorece el aumento del número total de casos de ECV y otras enfermedades crónicas, especialmente en países en desarrollo económico, como Brasil.

En 2017, se registraron 17,79 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, lo que corresponde al 31,8% del total de muertes. Se estima que el 85% de las mismas se debe a ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Más de las tres cuartas partes de las muertes por enfermedades cardiovasculares ocurren en países de ingresos bajos y medios<sup>(8)</sup>.

Entre las características sociodemográficas, se observó que predominó el género masculino con un 64% (16 participantes). Otros estudios confirman estos hallazgos cuando argumentan que los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir un evento cardiovascular, dado que el género masculino es un factor de riesgo importante, mientras que en las mujeres el riesgo aumenta durante el período de la menopausia. Esto se debe a que el sexo femenino, asociado a la edad avanzada y otros factores de riesgo como la diabetes y la dislipidemia, contribuye al aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular en esta población, especialmente después del climaterio. Sin embargo, no se conocen completamente las razones fisiológicas<sup>(9)</sup>.

La franja etaria preponderante entre los participantes fue la de 60 a 80 años, con mayor predominio en los hombres, mientras que las mujeres tenían mayor edad de diagnóstico, por lo que se reduce la diferencia en la aparición del evento entre ambos sexos a partir de los 70 años<sup>(10)</sup>. Según las Guías de Cardiología

Geriatría<sup>(11)</sup>, entre los adultos mayores brasileños, en 2013, el 48,6% tenía una o dos enfermedades crónicas y el 29,1% tres o más. Y las mujeres mayores tienen un mayor porcentaje de probabilidades de contraer alguna enfermedad en comparación con los hombres, 81,2% y 73,1%, respectivamente. Estos datos tienen sentido cuando se entiende que muchas de las ECNT afectan más la salud de la población de adultos mayores, haciendo que estos individuos sean más susceptibles a enfermarse. Otro punto que también influye en estos hallazgos es el aumento de la proporción de esta franja etaria en la población brasileña, debido al aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas.

Los hallazgos de este estudio coinciden con lo descrito en la literatura, ya que el IAM tiene mayor incidencia a partir de la sexta década de vida, constituyendo la principal causa de muerte en la población de adultos mayores, correspondiente al 34,2% y 35,2% de las muertes de hombres y mujeres, respectivamente. Esto denota que es necesario aumentar la prevención, para generar conciencia sobre el gran impacto que tienen en la reducción de las ECV los cambios en el estilo de vida, el control del tabaco y el alcohol, una mejor alimentación y el ejercicio, y que contribuyen a una longevidad con autonomía y calidad de vida<sup>(12)</sup>.

El nivel educativo promedio de los participantes de la investigación fue de 7,56 años de estudio, lo que confirma el hecho de que la educación formal en Brasil tiene un déficit y es el resultado de varios años de retraso en políticas públicas severas. Solo el 41,8% de las personas de 25

años o más alcanzaron los 11 años de estudio y el 16,3% de los individuos entre 18 y 24 años cursa estudios superiores. Las ECNT afectan principalmente a países de bajos ingresos y menor nivel educativo, como Brasil, ya que el acceso a la atención médica preventiva y a los tratamientos necesarios son limitados, lo que contribuye a que dicha población tenga una menor esperanza de vida<sup>(13)</sup>.

La educación puede favorecer significativamente las condiciones de salud de la población, ya que el nivel educativo de las personas puede revelar diferencias en los ingresos y el estado de salud, demostrando que una persona cuantos más años de estudio posee, mayores son sus posibilidades de lograr un mejor ingreso salarial y menores las de enfermarse, dada la diferencia en la percepción de la salud<sup>(14)</sup>.

De los participantes en esta investigación, el 56% (14 participantes) tenía alguna actividad laboral. Se sabe que el trabajo a veces puede promover la salud o la enfermedad y que situaciones de desequilibrio entre la organización del trabajo prescrito y el trabajo real pueden generar estrés, promoviendo así un aumento del riesgo de ECV.

En cuanto a los factores estresantes, las afirmaciones "Tener dolor" (17-68%), "No poder mover las manos o los brazos debido a las vías intravenosas" (13-52%), "No tener control de uno mismo" (11-44%), "No recibir explicaciones sobre el tratamiento" (10-40%) fueron considerados extremadamente estresantes por los pacientes hospitalizados en la unidad coronaria estudiada. Mientras que, "Cama y/o almohadas incómodas" (8-32%) y



“Ver a familiares y amigos solo por unos minutos” (7-28%) se consideraron muy estresantes y “Ver el tratamiento administrado a otros pacientes” (10-40%) y “Escuchar a la gente hablar sobre uno” (10-40%) fueron informados como moderadamente estresantes. La afirmación “Tener dolor” fue el primer factor que se consideró extremadamente estresante. El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable y es una de las principales causas del sufrimiento humano, generando numerosas discapacidades, comprometimiento de la calidad de vida, repercusiones psicosociales y económicas, pudiendo ser expresado de diferentes formas por los individuos. La presencia de dolor contribuye a que la persona tenga inquietud, ansiedad, insomnio, irritabilidad, taquicardia, taquipnea e hipertensión. El profesional de la salud es el responsable de evaluar, controlar y aliviar el dolor. Por ende, el enfermero debe estar capacitado y tener fundamento teórico en cuanto a estrategias efectivas para el manejo del dolor, así como también sobre las técnicas de analgesia disponibles, el tiempo de acción del fármaco y sus complicaciones<sup>(15)</sup>.

La afirmación “No poder mover las manos ni los brazos debido a las vías intravenosas” (13-52%) apareció como el segundo factor extremadamente estresante. No tener libertad de movimiento o estar confinado en la cama porque es necesario que esté conectado a circuitos para terapia intravenosa puede contribuir a que el paciente tenga experiencias negativas durante la internación, dado que los sentimientos de miedo y preocupación por mantener la integridad del acceso son

constantes. En definitiva, pensamientos como la posibilidad de que le realicen procedimientos invasivos y potencialmente dolorosos, como una nueva punción del acceso vascular periférico, pueden resultar muy estresantes para el individuo durante su estancia en la Unidad Coronaria<sup>(16-17)</sup>.

La terapia intravenosa es una actividad ampliamente desarrollada por el personal de enfermería en el ámbito hospitalario y es de alta complejidad, por ende, requiere que los profesionales tengan la capacitación adecuada para desarrollar habilidades como la destreza manual y el dominio de la anatomía vascular, de modo que el procedimiento se pueda realizar de forma segura y con mayor comodidad para el paciente<sup>(18)</sup>.

Otra afirmación señalada por los pacientes como extremadamente estresante fue “no tener el control de uno mismo” (11-44%). El estar hospitalizado puede generar en el individuo sentimientos inherentes a la condición de “enfermo”, como miedo y angustia, y sensación de incapacidad, dependencia de los demás y pérdida de la capacidad del control de sí mismo. Momentos como la higiene corporal en la cama, por ejemplo, pueden provocar una exposición física y emocional, generando sentimientos de invasión de la privacidad e intimidad, que contribuyen a incrementar el estrés durante el proceso de internación. De esta forma, presentarse al paciente, informar lo que se hará y pedir permiso para realizar los procedimientos son condiciones imprescindibles para cumplir con los preceptos éticos de la profesión y mantener el respeto por

la persona que está bajo su cuidado, ya que el cuidar es una actitud que implica más que un momento de atención, esmero y dedicación. Representa una actitud de responsabilidad y compromiso respetuoso con el otro<sup>(18)</sup>. Esto puede justificar la afirmación de los pacientes de que “no dar explicaciones sobre el tratamiento” (10-40%) es también extremadamente estresante.

La comunicación con el paciente es fundamental para que el equipo de salud lleve a cabo sus actividades asistenciales de forma segura y transparente para quienes reciben el cuidado, así como también para estrechar las relaciones interpersonales. Varias necesidades humanas dependen de la comunicación eficaz entre el paciente y el personal de enfermería, como la comodidad, la alimentación y el alivio del dolor. Por lo tanto, se entiende que hay que utilizar la comunicación para saber qué es lo que el paciente necesita, él debe considerarla como un elemento de ayuda, capaz y eficaz, en el que puede interactuar, compartir ideas, ansiedades, sentimientos y expresar sus necesidades<sup>(19)</sup>.

Los factores “Cama y/o almohadas incómodas” (8-32%) y “Ver a familiares y amigos solo unos minutos” (7-28%) se consideraron muy estresantes. El primero puede estar relacionado con la falta de comodidad y estructura en el servicio de salud, debido a la falta de inversión gubernamental, lo que generó que el sistema público de salud sea precario desde hace décadas. Y no se debe desestimar la falta de esmero de algunos profesionales que trabajan en este escenario<sup>(19)</sup>.

En cuanto a que “Ver a familiares y amigos solo por unos minutos” (7-28%) se considera también muy estresante, puede estar relacionado al hecho de que cuando una persona está hospitalizada, debe seguir las reglas y rutinas establecidas por el hospital, mantenerse alejado de sus seres queridos y cumplir con el horario preestablecido para las visitas familiares diarias. Para los pacientes y sus familiares, la hospitalización en la unidad coronaria es un evento estresante y particular, provocado por factores como el riesgo de muerte, la incertidumbre sobre el tratamiento y la recuperación, el miedo a lo desconocido y la gran limitación que supone la retirada de los familiares de este escenario, provocando sentimientos de ansiedad, tristeza, sufrimiento e impotencia. El entorno de la unidad de terapia intensiva provoca una ruptura de los lazos afectivos de los pacientes en un momento en el que están vulnerables por la enfermedad<sup>(20)</sup>. Por lo tanto, planificar los cuidados para hacer más acogedor el ambiente, como, por ejemplo, flexibilizar los horarios de visita, virtualizar los contactos con los familiares para reducir la distancia entre el paciente y sus seres queridos, aumentar la comunicación con el paciente, escuchar atentamente las necesidades de cuidado, mejorar el ruido y la iluminación del ambiente durante la noche, han sido un desafío para el equipo de salud que trabaja en estas unidades<sup>(19)</sup>.

El estudio tuvo limitaciones, ya que se aplicó en un solo escenario y no correlacionó los hallazgos con las variables sociodemográficas, lo cual indica que es necesario que se realicen más estudios.

## CONCLUSIÓN

Se pudo demostrar que los factores más estresantes fueron: "Sentir dolor"; "No poder moverse por los dispositivos adheridos al cuerpo"; "Sentir que no se tiene el control de uno mismo" y "No recibir explicaciones sobre el tratamiento". Por lo tanto, la planificación de los cuidados de enfermería dirigidos a esta población, con el objetivo de solucionar o minimizar dichos factores estresantes, implica atravesar barreras que van desde la capacitación de los profesionales hasta la estructuración del entorno.

Estrategias simples como intensificar los protocolos de manejo del dolor en la unidad, incrementar la escucha calificada, aclarar la necesidad de tecnologías, discutir el plan terapéutico con los pacientes y desarrollar la

autonomía para promover el autocuidado deben ser parte del rol prioritario del enfermero en la planificación rutinaria de la asistencia en una unidad coronaria con pacientes que padecen de síndrome coronario agudo.

Se estima que esta investigación puede contribuir a comprender que el entorno hospitalario es un escenario muy estresante y, por ello, los enfermeros y el equipo de salud deben estar atentos para identificar los principales factores ambientales capaces de generar estrés en los pacientes ingresados en la unidad coronaria, de manera particular e individual, confirmando que planificar el cuidado de enfermería con intervenciones que puedan minimizar estos factores, es fundamental para fortalecer las relaciones y consolidar un cuidado seguro y de calidad.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Cardiovascular diseases [Internet]. 2021 [Cited 2021 feb 25]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>
2. Frigini JL, Luna Filho B, Moreira RS, Fiorin BH. The systematization nursing care and work of nurses to patients with myocardial infarction. *Salus J Health Sci* [Internet]. 2017 [Cited 2021 may 8];3(2):1-13. Available from: <http://www.salusjournal.org/magazine/a-sistemizacao-da-assistencia-de-enfermagem-e-atuacao-do-enfermeiro-ao-paciente-infartado/>.
3. Nicolau JC, Feitosa-Filho G, Petriz JL, Furtado RHM, Prêcoma DB, Lemke W et al. Brazilian Society of Cardiology Guidelines on Unstable Angina and Acute Myocardial Infarction without ST-Segment Elevation – 2021. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2021 [cited 2021 may 05]. Available from: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/2021/02/Diretrizes-da-](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/2021/02/Diretrizes-da-SBC-Angina-Instavel-e-Infarto-Agudo-2021-portugues-3.x44344.pdf)
4. Martins RF. Estresse, qualidade de vida e enfrentamento em portadores de cardiopatias [undergraduate thesis on the internet]. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2018 [Cited 2021 feb 20]. 21 p. Available from: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12355/1/21031657.pdf>
5. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLCL. Quality of life of primary care patients in Rio de Janeiro and São Paulo, Brasil: associations with stressful life events and mental health. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [Cited 2021 feb 17];21(2):497-508. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200497](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200497). doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20032015>

6. Rosa BA, Rodrigues RCM, Gallani MCBJ, Spana TM, Pereira CGS. Estresores en Unidad de Terapia Intensiva: versión brasileña del Environmental Stressor Questionnaire. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [Cited 2021 feb 3];44(3):627-35. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300011&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300011&lng=pt&tlng=pt). doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300011>
7. Health Organization (WHO). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019 [Internet]. 2021 [Cited 2020 May 08]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
8. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2020 [Cited 2021 may 03];115(3):308-439. Available from: <http://abccardiol.org/en/article/cardiovascular-statistics-brazil-2020/>. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>.
9. Mussi FC, Teixeira JB. Fatores de risco cardiovascular, doenças isquêmicas do coração e masculinidade. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018 [Cited 2021 feb 21];34(2):[aprox. 0 p.]. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1613>
10. Troncoso LT, Oliveira NCC, Laranjeira NRF, Leporaes RCA, Eira TL, Pinheiro VP. Epidemiological study of the incidence of acute myocardial infarction in the Brazilian population. *Rev Cad Med* [Internet]. 2018 [Cited 2021 feb 21];1(1):91-101. Available from: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/957/450>
11. Feitosa-Filho GS, Peixoto JM, Pinheiro JES, Afiune Neto A, Albuquerque ALT, Cattani AC et al. Updated Geriatric Cardiology Guidelines of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [Cited 2021 feb 25];112(5):649-705. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/ingles/2019/v11205/pdf/i11205024.pdf>
12. Einloft ABN, Silva LS, Machado JC, Cotta RMM. Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. *Rev Nutr* [Internet]. 2016 Aug [cited 2021 May 09];29(4): 529-541. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732016000400529&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000400529&lng=pt&tlng=pt). doi: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400008>.
13. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MI et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2017 [Cited 2021 May 07];51(Suppl 1):4s. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&tlng=en). doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
14. Castro CMS, Costa MFL, Cesar CC, Neves JAB, Sampaio RF. Influence of education and health conditions on paid work of elderly Brazilians. *Cien saúde colet* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 09]; 24(11):4153-4162. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001104153&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104153&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182411.05762018>.
15. Franco AS, Andrade KBS, Santos GT, Camerini FG, Marins ALC. Strategies for pain assessment in critically ill patients: a bibliometric study. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2017 [Cited 2021 feb 21];16(4):1-7. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/34397>. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsau de.v16i4.34397>
16. Okuma SM, Paula AFM, Carmo GP, Pandolfi MM. Characterization of patients assisted by occupational therapy in adult intensive care unit. *Revisbrato* [Internet]. 2017

- [Cited 2021 may 14];1(5):574-88. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/8311>. doi: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto8311>
17. Alves KYA, Costa TD, Barros AG, Lima KYN, Santos VEP. Patient safety in intravenous therapy in the intensive care unit. *J res fundam care online* [Internet]. 2016 [Cited 2021 may 04];8(1):3714. Available from: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3920>. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3714-3724>
18. Henrique DM, Silva LD, Camerini FG, Andrade KBS, Pereira SEM, Fassarella CS. Safe opioid analgesic therapy dose scheduling for burn patients: a cross-sectional study. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2017 [Cited 2021 feb 14];25:e28082. Available from: [https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermage\\_muerj/article/view/28082](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermage_muerj/article/view/28082).
19. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Pinto AAG, Moraes APP, Araújo MFM et al. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2017 [Cited 2021 Feb 1];38(4):e2016-0066. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000400402&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400402&lng=pt&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066>
20. Santos Azevêdo AV, Crepaldi, MA, More CLOO. The family in the context of hospitalization: a systematic revision. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2016 [Cited 2021 jan 18];16(3):772-99. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16n3/n16a07.pdf>

## PARTICIPACIÓN DE LOS AUTORES

Concepción del proyecto: Brito NN, De Andrade KB

Obtención de datos: Brito NN, De Souza DG, De Andrade KB

Análisis e interpretación de datos: Brito NN, Soares SS, Carvalho EC, De Souza DG, Franco AS, De Almeida LF, Camerini FG, De Andrade KB

Redacción textual y/o revisión crítica del contenido intelectual: Brito NN, Soares SS, Carvalho EC, De Souza DG, Franco AS, De Almeida LF, Camerini FG, De Andrade KB

Aprobación final del texto que será publicado: Brito NN, Soares SS, Carvalho EC, De Souza DG, Franco AS, De Almeida LF, Camerini FG, De Andrade KB

Responsabilidad por el contenido del texto, garantía de exactitud e integridad de cualquier parte de la obra: Brito NN, Soares SS, Carvalho EC, De Souza DG, Franco AS, De Almeida LF, Camerini FG, De Andrade KB



Copyright © 2021 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. This license is recommended to maximize the dissemination and use of licensed materials.