

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO SOBRE LA ORIENTACIÓN PROPORCIONADA POR LA ENFERMERA

Fecha de Recepción: 20 de febrero 2020

Fecha de Aceptación: 22 de mayo de 2020

Mgter. Danaris Espino de Sánchez

Estudiante de la maestría en Ciencias de Enfermería
con especialización en perioperatorio.

Docente del Departamento de Salud de Adultos
Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

Correo danaris@gmail.com

Dra. Yariela González Ortega

Profesora asesora.

Docente del Departamento de Salud de Adultos.
Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

Correo yariela.gonzalez@up.ac.pa

RESUMEN

Este estudio de investigación tiene como propósito determinar la “Percepción del Paciente Quirúrgico y la orientación proporcionada por la Enfermera” a partir de su experiencia, emociones, basada en la Teoría de las Transiciones de Afaf Ibrahim Meléis.

Metodología: se trata de un estudio cualitativo con diseño fenomenológico interpretativo. En este estudio participaron siete pacientes operadas de colecistectomía laparoscópica operadas en el Hospital San Miguel Arcángel, ubicado en el distrito de San Miguelito, Ciudad de Panamá. El estudio se realizó mediante la observación, notas de campo y entrevistas a profundidad semiestructuradas, donde las pacientes manifestaron su experiencia y percepción sobre la orientación ofrecida por las enfermeras. Se utilizó como análisis de los datos la codificación inicial y la codificación Axial. La codificación inicial se basó en los datos, utilizando el método incidente por incidente, se observó cada acción, se escribió en gerundio y se elaboró los Códigos In Vivo. La Codificación Axial consistió en obtener subcategorías y reagrupación de las mismas para establecer las categorías.

Resultados: como resultado se estableció nueve categorías que son: Educación y conocimiento, aprendizaje, cuidados quirúrgicos, compromiso familiar en el paciente quirúrgico, evolución de su condición quirúrgica, emocional, comunicación, escenario quirúrgico, empatía.

Conclusiones: se pudo establecer la satisfacción de las pacientes por la orientación recibida por parte de las enfermeras de cirugía.

Palabras Claves: Percepción, Paciente Quirúrgico, Orientación, Enfermera.

ABSTRACT

The purpose of this research study is to determine the "Perception of the Surgical Patient and the guidance provided by the Nurse" from the patient's experience, emotions, based on the Theory of Transitions by Afaf Ibrahim Meléis.

Method: This is a qualitative study with an interpretive phenomenological design. Seven patients undergoing laparoscopic cholecystectomy at Hospital San Miguel Arcángel, located in the district of San Miguelito, Panama City, participated in this study. The study was carried out through observation, field notes, and in-depth semi-structured interviews, where the patients expressed their experience and perception of the nurses' guidance. Initial coding and Axial coding were used for data analysis. The initial coding was based on the data from the incident-by-incident method. Each action was observed, it written using gerunds, and elaborated using In Vivo Coding. The Axial Coding consisted of obtaining subcategories and regrouping them to establish the categories.

Results: As a result, nine categories were established, which are: education and knowledge, learning, surgical care, a family commitment to the surgical patient, the evolution of the patient's surgical condition, emotional condition, communication, surgical scenario, empathy.

Conclusion: The patients' satisfaction with the guidance provided by surgical nurses was established.

Key Words: Perception, Surgical Patient, Orientation, Nurse

RESUMO

Este estudo tem como objetivo determinar a "Percepção do Paciente Cirúrgico e a Orientação Fornecida pela Enfermeira" a partir de sua experiência, emoções, baseada na Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meléis.

Metodologia: trata-se de um estudo qualitativo com desenho fenomenológico interpretativo. Este estudo envolveu sete pacientes operados de colecistectomia laparoscópica operada no Hospital San Miguel Arcángel, localizado no Distrito de San Miguelito, Cidade do Panamá. O estudo foi realizado por meio de observação, notas de campo e entrevistas em profundidade semiestruturadas, onde os pacientes expressaram sua experiência e percepção das orientações oferecidas pelos enfermeiros. A codificação inicial e a codificação axial foram utilizadas como análise de dados. A codificação inicial foi baseada nos dados, utilizando-se o método incidente por incidente, todas as ações foram observadas, escritas em gerundio e os Códigos In Vivo foram desenvolvidos. A codificação axial consistia em obter subcategorias e reagrupá-las para estabelecer categorias.

Resultados: como resultado, foram estabelecidas nove categorias que são: educação e conhecimento, aprendizagem, cuidado cirúrgico, engajamento familiar no paciente

quirúrgico, evolução de sua condição cirúrgica, emocional, comunicação, cenário cirúrgico, empatia.

Conclusões: A satisfação do paciente poderia ser estabelecida para orientação recebida pelos enfermeiros da cirurgia.

Palavras-chave: Percepção, Paciente Cirúrgico, Orientação, Enfermeira.

INTRODUCCIÓN

La orientación antes del acto quirúrgico constituye un pilar fundamental para el logro de un postoperatorio exitoso, considerando que el acto quirúrgico es un factor que genera ansiedad tanto en el paciente que será intervenido, como a su familia. Por ello, es importante que la enfermera pueda enfocarse a disminuir la ansiedad, con una adecuada y eficiente orientación, que implique la preparación del paciente como parte de su compromiso y responsabilidad, con el fin de buscar el bienestar y la pronta recuperación, por ello es de interés conocer la importancia de la orientación que realiza la enfermera como parte de su responsabilidad ante un acto quirúrgico.

Las enfermeras quirúrgicas como especialistas que ofrecen cuidado perioperatorio deben poseer habilidad y destreza para lograr un cuidado eficiente y eficaz, razón por la cual, exige de este profesional una variedad de funciones, dentro de las cuales se encuentra la educación al paciente quirúrgico y sus familiares.

Esta educación perioperatoria permite al paciente tomar las decisiones con suficiente información y aclarar sus dudas, para tener el control de su estado de salud y disminuir la ansiedad y el temor a lo desconocido; para Fernández y López (2006) la percepción del estrés refleja una tendencia a disminuir conforme aumenta la edad. Una mayor edad cronológica puede influir en su nivel de capacidad de adaptación y mejora los recursos de afrontamiento, es por ello que la enfermera desempeña un papel fundamental en la enseñanza al paciente para lograr su confianza y su pronta recuperación.

Dentro de las actividades de la enfermera en el ámbito quirúrgico, se tiene planear y dirigir los cuidados a los pacientes quirúrgicos fundamentados en componentes conductuales y técnicos de competencia clínica, siendo la orientación perioperatoria una de las funciones que a través de la comunicación con el paciente y sus familiares le permite disminuir las inquietudes o preocupaciones que genera el impacto directo sobre la experiencia quirúrgica (Potter 2002). Bajo esta perspectiva, la información suficiente, correcta, clara y oportuna permitirá que el paciente tome decisiones asertivas. Para ello, la enfermera debe emplear métodos docentes que combinen las capacidades y necesidades del paciente e incorporar otros recursos como la familia, en los planes educativos. (Hamlin, 2010); Y por otro lado, el

paciente espera de la enfermera una guía que logre satisfacer sus necesidades de atención ofreciendo información del procedimiento y orientación sensorial (sensaciones que puede experimentar (García 2012).

Las enfermeras también desempeñan una función activa en la preparación psicológica y fisiológica del paciente quirúrgico, proporcionando instrucciones sobre técnicas para reducción del stress como expectativas para un efectivo posoperatorio. (Smith, 2006). Esta orientación desde la perspectiva del propio paciente tiene impacto en la disminución del costo beneficio y la reducción días cama, ya que un paciente bien orientado tendrá los conocimientos necesarios para ejercer su autocuidado, lo que redundará en disminución de infecciones, complicaciones posoperatorias y una pronta recuperación.

Comprender las experiencias que tienen los pacientes quirúrgicos sobre la orientación que recibe de la enfermera, permite que este profesional pueda planear su cuidado basados en la capacidad de adaptarse a situaciones de peligro, en un escenario poco familiar, amenazante y lleno de incertidumbre; planear un ambiente de satisfacción, basados en la relación paciente-enfermera. con la finalidad de que el paciente perciba seguridad y confianza, en la atención que se presta durante el acontecimiento de la cirugía. (Meléndez, Garza y otros 2014, Smith 2006).

Desde la perspectiva teórica de las transiciones de Meléis, 2000, esta función orientadora de la enfermera perioperatoria puede ser explicado, tomando en consideración que incluye conceptos como salud, enfermedad, recuperación y alta hospitalaria, imprescindibles en todo paciente quirúrgico. Además, explica que las transiciones organizativas, incluyen cambios en las condiciones del entorno que afectan a las vidas de los clientes y de los trabajadores (Meléis, 2011). Es decir, las transiciones son circunstancias que influyen en una persona y que se mueve hacia una transición que facilita o impide el progreso para lograr la transición saludable, influidas por factores personales, comunitarios o sociales que facilitar o limitan los procesos y resultados de las transiciones saludables.

En el paciente intervenido quirúrgicamente la recuperación exitosa depende de estas circunstancias a que se refiere la teoría. La recuperación y los cambios que debe realizar la persona están condicionados en muchos casos a el área donde vive, el factor socioeconómico y el estar consciente de las necesidades de establecer estilos de vida saludable posterior a la orientación que se le ofrezca, información que obtenga y su corresponsabilidad.

La conciencia es vista como una percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de transición y en los pacientes quirúrgicos se refleja en la coherencia de lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas de individuos. (Meléis 2000). Muy acertada en lo referente a la cirugía de colecistectomía laparoscópica, en donde el paciente que presenta esta transición requiere del conocimiento previo, así como de experiencias y respuestas a este proceso de otros pacientes en situaciones similares si tiene orientación previa la respuesta postquirúrgica sería en mejor calidad de su salud y evitaría complicaciones posteriores.

La terapéutica de Enfermería debe estar enfocada en tres intervenciones aplicadas durante las transiciones (Meléis, 2000): Primero, valorar la preparación como una terapéutica de enfermería. La valoración de la preparación debe ser un esfuerzo multidisciplinar y requiere de un conocimiento completo del cliente; requiere valorar cada condición de la transición para crear un perfil individual de la preparación del cliente. La segunda intervención, es la preparación para la transición se sugiere como una terapéutica enfermera. La preparación de la transición incluye educar como principal modalidad para crear condiciones óptimas en la preparación para la transición. La tercera, es la suplementación del rol se propuso como una terapéutica de enfermería, respuesta del paciente en su recuperación. Refiere Meléis la vuelta a casa después de la hospitalización como una transición para el paciente y su familia.

Esto quiere decir que una relación eficaz entre ambos es importante. La enfermera deberá establecer con el paciente esta relación demostrando empatía hacia el cliente que muestra un cúmulo de angustias, miedos, dudas para que establezcan una buena comunicación y que el cliente aclare sin presiones de ningún tipo todo lo necesario concerniente a su tratamiento ya sea quirúrgico o médico. La enfermera deberá ser capaz de comprender la situación por la que está pasando el cliente y mantener esa confianza y comunicación de forma clara para lograr el objetivo esperado una transición saludable.

METODOLOGÍA

Se trata de un diseño de investigación de tipo fenomenológico interpretativa ya que se buscó indagar y comprender la experiencia en un grupo de pacientes mujeres intervenidas quirúrgicamente, con la finalidad de comprender su experiencia y significado con respecto a la orientación ofrecida por las enfermeras.

Se utilizó una muestra por saturación (Strauss 2012), de siete participantes hospitalizadas de un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la Región Metropolitana de la Ciudad de Panamá, ingresadas entre el año 2014 y 2015 que cumplieron con los criterios de inclusión de ser pacientes femeninas operadas de coledolitiasis o colecistitis con técnica laparoscópica y en condición estable, con veinticuatro (24) horas de permanecer hospitalizada, habilitada cognitiva y emocionalmente a responder.

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista a profundidad (Bautista, 2011), utilizando una guía estructurada de preguntas para obtener los temas. La pregunta inicial fue *¿Cuénteme su experiencia sobre la orientación que la enfermera le proporciona antes de la cirugía?* La duración promedio de las entrevistas fue de una hora de grabación por cada participante, las mismas se dieron en un ambiente cómodo y tranquilo dentro del área hospitalaria que contribuyó a que se diera con fluidez la información. Los datos obtenidos de esta entrevista fueron complementados con la nota de campo realizada de forma inmediata, registrando lo observado dentro del entorno Banks (2011).

Este consideró la Declaración de Helsinki, el Código de Nuremberg, además la inclusión de las normas éticas y bioéticas nacional e institucional del Ministerio de Salud y el Hospital, y Universidad de Panamá, dejando constancia que el estudio no tendrá otro beneficio

diferente para la investigadora que el académico y profesional y los resultados contribuirán modificar o mejorar la orientación de la enfermera al paciente quirúrgico. Se entregó el consentimiento informado antes de realizar la entrevista para su lectura y comprensión del tema a tratar. Se explicó de acuerdo con su nivel sociocultural los objetivos de la investigación y el beneficio que puede ofrecer a la institución y los pacientes.

En este estudio se presentaron, los procedimientos centrales de la técnica de análisis de datos textuales y los criterios que permitieron asegurar el rigor y la calidad científica. Entre estos criterios tenemos: la credibilidad, la confirmabilidad, y la transferibilidad Guba y Lincoln (2011).

Para establecer la credibilidad desde el trabajo de campo se hizo necesario en las entrevistas estar pendiente de la comunicación verbal y no verbal de revisar y discutir los resultados con pares; además se redactó notas precisas, exactas y completas sin alterar los testimonios y el sentido de la narrativa de la entrevista. Se realizó segunda entrevista realizadas a las participantes con el objetivo de aclarar conceptos y confirmar su sentir de la información proporcionada.

La recolección de datos consistió en solicitar los permisos necesarios con el compromiso de informar los resultados y tomando en cuenta no perjudicar el proceso de privacidad de las pacientes. Se identificaron a los informantes claves en las salas de Cirugía con los criterios de inclusión; a través de los archivos que permitió elaborar una ficha con el nombre, dirección, característica de los criterios de inclusión de los participantes. Se entrevistó a cada paciente para la orientación y firma del consentimiento informado. la recolección de datos de dio a partir de la segunda entrevista utilizando la guía estructurada, en un ambiente de confianza y respeto mutuo.

Para el análisis de los datos se utilizó la metodología de Corbin y Strauss (2002), iniciando por la codificación In Vivo en donde se codifica unidades por contenidos, analizándose línea por línea desacuerdo a la transcripción de cada entrevista, posteriormente se crearon subcategorías de las agrupaciones de los códigos Invivo y posteriormente se clasificaron y la categorías según las subcategorías afines. Los resultados obtenidos fueron explicados utilizando la teoría de Enfermería de Afaf Meléis llamada Teoría de la Transición.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

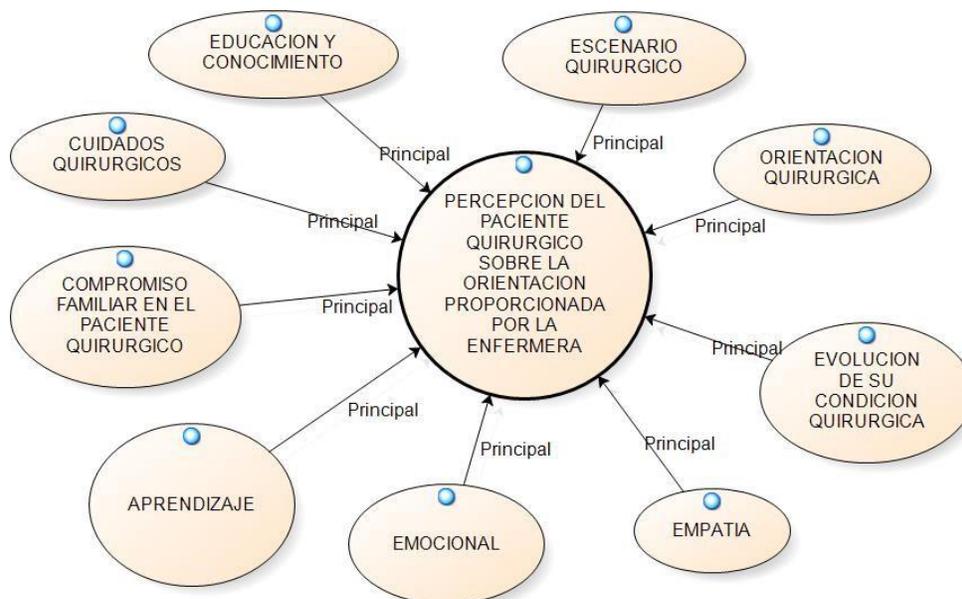
El análisis de datos se realizó de manera simultánea con la recolección de datos. A medida que se irá disponiendo de las primeras informaciones recolectadas, se codificaba y analizaba desde el inicio de las entrevistas.

Los datos se presentaron a través de cuadros extraídos de la entrevista realizada a los participantes por la investigadora, (grabadas en cinta de audio y transcritas durante las siguientes 12 horas) previa confirmación de lo que la paciente quiere expresar, además como apoyo se contó con notas de campo.

Realizado en tres fases o en diferentes operaciones; segmentación y codificación de unidades de significado; identificación de los temas principales e integración e interpretación de los resultados.

Los datos obtenidos dieron por resultados 18 subcategorías reducidas a nueve categorías que son: Educación y conocimiento, escenario quirúrgico, orientación quirúrgica, evolución de su condición quirúrgica, empatía, aspecto emocional, aprendizaje, compromiso familiar , cuidados quirúrgicos y que se presentan en la figura N°1

Fig. N°1 Percepción Del Paciente Quirúrgico Sobre La Orientación Proporcionada Por La Enfermera.



Fuente: Datos obtenidos de pacientes operadas de Colectectomía Laparoscópica en u Hospital de segundo nivel de la Región Metropolitana de la Ciudad de Panamá. 2014 - 2015

Categoría de Educación y Conocimiento

La enfermera quirúrgica establece con el paciente un programa de cuidados para mantener bienestar, recuperación y seguridad para el paciente. Los entrevistados argumentan que esta información que ofrece la enfermera con el fin de educar al paciente es muy poca. También lo podemos observar en las siguientes líneas que informa la entrevistada:

“ Yo pienso que las enfermeras en si la atención es buena lo único es que en orientación sí les falta bastante para con el paciente, porque no solo es poner

medicamentos y ven para canalizarte y eso también tienen que explicarle sobre.... las consecuencias y las dietas que uno debe tener y esas cosas”(Daniela01-L9-L10-L11).

El nivel de conciencia se refleja a menudo en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas e incluye educar como principal modalidad. Los conocimientos deficientes o déficit de conocimientos es la carencia de información cognitiva relacionada con un tema. (Meléis, 2010).

Categoría de aprendizaje:

El aprendizaje es el proceso a través del cual se adquieren o modifican habilidades, destrezas, conocimientos y conductas, a partir de experiencias previas, con el fin de conseguir una mejor adaptación al medio.

“más me dijeron que estuviera calmada y que no me pusiera nerviosa nada mas, me facilitaron una orientación antes de entrar para que no tuviera miedo” (Berta 01L14-L17).

“antes de la operación son como 15 días que uno tiene que hacer una dieta, esta información me la dio el internet, yo me guie porque me puse a buscar en el internet, me puse a buscar información” (Daniela01L14-L15-L20).

Según Meléis (2010), la preparación anticipada o la falta de preparación facilitarían o inhibirían las experiencias de transición de las personas. El paciente quirúrgico pasa por este tipo de transición y sin una disponibilidad para el aprendizaje y una adecuada orientación antes del acto quirúrgico, su recuperación o su experiencia postquirúrgica no facilitaría una recuperación exitosa. También afirma que el grado de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que éste no sucede sin conciencia.

Categoría de cuidados quirúrgicos:

Los cuidados quirúrgicos es la totalidad del conjunto de los cuidados perioperatorios, en los que se considera fundamental la participación del paciente y la familia, el personal de salud es responsable de esta participación, ya que dispone de un conjunto de conocimientos y la posibilidad de acceder a nuevos conocimientos a través del estudio y la investigación.

“Lo que si me llamo la atención fue que cuando uno está recién operado uno debe de, recibir más ayuda de la persona que lo está atendiendo o que está allí para, ayudarlo a uno, pero en el caso mío tuve que levantarme sola hasta que me fui a bañar” (Eugenia01L19-L20-L21).

La asistencia de enfermería en esta etapa influye en la evolución y recuperación del paciente, en la condición de un paciente post quirúrgico la seguridad es fundamental en los cuidados del paciente, así como la formación previa y la experiencia personal de la enfermera; estos son elementos importantes que aseguran un cuidado oportuno y eficaz y de esta manera

prevenir las complicaciones relacionadas con eventos adversos o la morbilidad de los pacientes.

Categoría compromiso familiar en el paciente quirúrgico:

El compromiso familiar provee un contexto de apoyo para la satisfacción de las necesidades de todos sus miembros, además promueve la interacción entre los miembros, para equilibrar el sistema familiar, para proteger con la finalidad de que exista un ambiente de relaciones amorosas, de atención, de afecto y de lealtad.

*“yo tuve que dedicarme a hacer todo por mi cuenta sin poder optar por darle el conocimiento, a mi acompañante que en ese caso era mi hermano de lo que él tenía, que saber para acompañarme a dicha operación eso fue lo que paso conmigo así”
(Francia01-L53-L54-L55)*

En el compromiso familiar con el paciente quirúrgico, se refiere a la adaptación del paciente en el hogar y la adaptación de su familia. (Meléis 2010). La educación al paciente y la familia es importante y todo el personal de la salud de la Institución tiene un compromiso educativo con el paciente, de tal forma que le permita la continuidad del tratamiento una vez sea dado de alta.

Categoría evolución de su condición quirúrgica:

La evolución de su condición quirúrgica son las manifestaciones clínicas que presenta el paciente durante las fases del proceso quirúrgico.

*“porque yo le decía a la enfermera que ya no aguantaba que tenía mucho dolor”
(Azucena01-L23).*

El dolor postquirúrgico es una experiencia que experimenta todo paciente sometido a intervención quirúrgica, por tanto es importante establecer estrategias en los cuidados de enfermería que logren mitigar el mismo, desde que el paciente ingresa a la unidad para sea sometido a la cirugía, es por ello, que en la evolución de la condición quirúrgica de los pacientes según Meléis (2012), las creencias y actitudes culturales como estigmas unidos a una experiencia de transición, influirían, en el restablecimiento de las funciones corporales del paciente de forma favorable o no.

Categoría emocional:

En la situación emocional diferentes tipos de sentimientos están visibles, Es importante entender que es un fenómeno tanto físico como psíquico.

Los pacientes que esperan una intervención quirúrgica suelen experimentar diversos miedos y esperanzas.

“Lo más importante que me dio de la orientación lo que más me gusto es que tenía que tener calma un poquito de paciencia que poco a poco ellos me iban a ser la cirugía eso fue lo que más me gusto” (Carmen 01-L12- L13).

La paciente acepta con agrado el apoyo emocional ofrecido e informa que esto es importante, observamos con estas declaraciones de la paciente que es muy importante ayudar como profesional de la salud, al paciente en su estado emocional para lograr una cirugía sin complicaciones y una recuperación exitosa.

En el aspecto emocional la percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión estrés, y llega un final con un nuevo inicio o periodo de estabilidad. (Meléis 2010).

Categoría de escenario quirúrgico:

El escenario quirúrgico es todo aquel espacio destinado a la intervención de las diversas cirugías. También conocida como zona de transoperatoria, debe tener características muy particulares para proporcionar un ambiente seguro y eficaz en donde el paciente pueda permanecer por tiempo prolongado sin inconvenientes.

La experiencia quirúrgica afecta no solamente al cliente, sino también a la unidad familiar. Por tanto, ante la experiencia quirúrgica la enfermera debe preparar tanto al cliente como a la familia. La identificación de los conocimientos, las expectativas y las opiniones del cliente y la familia permitirán a la enfermera planificar la educación y las medidas de preparación emocional. Potter (2002).

“Creo que no tuve tiempo ni siquiera de pensar, o de sentir porque inmediatamente”, “que fui ingresada me acostaron en una como mesa” “cuando desperté estaba fuera de la sala de operaciones en la sala donde lo ingresan para recuperación” (Eugenia 01 L10-L11-L17).

Todas las interacciones persona-medio ambiente, los procesos alguna vez se determinan exclusivamente por variables individuales o ambientales. Diferentes conjuntos de factores pueden ser dominantes en varios puntos de tiempo, pero sobre todo lo que acentúa resultados de interacción compleja entre las características individuales y ambientales. (Meléis, 2010).

Categoría orientación quirúrgica:

Los profesionales de enfermería tienen el deber de proporcionar una información veraz y lo más completa posible, con un lenguaje claro y adecuado al nivel cultural y de conocimientos del paciente. (Rincón y García ,2012).

“yo escuché la charla de la enfermera y habiéndome percatado de todo fui a la operación” (Francia 01-L56).

Meléis (2010) incluye educar como principal modalidad para crear condiciones o óptimas en la preparación para la transición. Dentro de las responsabilidades de las enfermeras es

orientar al paciente para que realice su autocuidado en el hogar lo más explícito posible, considerar dentro de esta orientación asegurarnos que fue comprendida con algunas herramientas como la retroalimentación, práctica dirigida de los cuidados etc.

En la orientación quirúrgica la intervención terapéutica se conceptualiza como algo que ocurre después. Las consecuencias de transición se han experimentado, y la intervención preventiva, como algo que ocurre antes de la transición o antes las consecuencias, por consiguiente, se hace muy necesaria. (Meléis 2010).

Categoría empatía:

La empatía presenta un campo amplio de aprehensión tanto de los aspectos cognitivos como emocionales de la experiencia de los demás permite comprender la persona del otro e introducirse en su mundo emotivo, permite sentir con él pero no lo mismo que él.

“siento que se limitan a ver si la venoclisis está funcionando” “pienso que deben ver al paciente con sus temores, emociones” “en fin como ser humano, Y en que iba a sentir debilidad y dolor”. (Gloria01L20-L21-L22).

Para una transición satisfactoria es importante el desarrollo de una relación eficaz entre enfermera y paciente Meléis (2010). Por tanto, es importante la negociación entre la enfermera y el paciente y la misma se logra a través una relación eficiente y eficaz entre ambos. Se puede tener una tendencia a utilizar la propia experiencia o los sentimientos de uno como un marco de referencia en lugar de provocar significados desde el cliente. Esto lo considera como empatía hacia el paciente. Cuando se habla de empatía se hace referencia a una habilidad emocional del individuo, en la cual es capaz de ponerse en la situación emocional de otro.

DISCUSIÓN

La asistencia de enfermería en un paciente postquirúrgico influye en su evolución y recuperación, su seguridad es fundamental dentro de los cuidados del paciente, así como la formación previa y la experiencia personal de la enfermera; estos son elementos importantes que aseguran un cuidado oportuno y eficaz y de esta manera prevenir las complicaciones relacionadas con eventos adversos o la morbilidad de los pacientes. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (2007), lanzó un proyecto dirigido a mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial. La OMS reconoce la importancia de mejorar la seguridad del cuidado quirúrgico en todo el mundo.

Tomar conciencia de participar en las experiencias vividas; de sus pacientes ayudar a considerar otras posibilidades de cuidado así como otros puntos de vista para llegar a afrontar la situación de crisis y disminuir la ansiedad que se produce en la persona que sufre; reconocerse a sí mismo como persona necesitada de ayuda y con los demás, de tal manera que pueda exteriorizar sus sentimientos y expresar todo lo que le preocupa; acompañar en el

sufrimiento y apoyar al paciente en la medida que éste se comprometa a participar en las experiencias de vida y aceptar su condición humana, con el fin de encontrar un sentido a su situación de crisis. Canovas (2008).

La cirugía produce a menudo una incapacidad (temporal o permanente) que requiere una ayuda en la fase de recuperación por lo que la familia es un importante recurso que proporciona el apoyo emocional que motiva al paciente a recuperar el estado de salud. La familia también puede recordar al cliente la educación recibida. Potter (2002).

Durante el postoperatorio se puede experimentar síntomas como, por ejemplo: dolor en uno o ambos hombros debido al gas que aún queda en el abdomen, malestar en la garganta por el tubo, náuseas o heces sueltas después de comer y este periodo de transición puede durar de cuatro a ocho semanas en su recuperación quirúrgica. Por lo que es importante conocer que los significados y las situaciones de salud, están influidos por las condiciones en que se produce la transición. (Meléis, 2010),

Por otra parte, se experimentan diversos miedos y esperanzas, por lo que se debe determinar las percepciones, emociones, conductas y sistemas de apoyo que pueden ayudar o interferir en la capacidad del paciente para progresar en el proceso quirúrgico. (García A, 2012). Ya que este es un acto psicológicamente estresante. Para entender el impacto de la cirugía sobre la salud emocional del paciente y la familia la enfermera ha de valorar los sentimientos que le despierta la cirugía, su auto concepto y los recursos para hacer frente a los problemas. Potter (2002).

Es importante reconocer que la experiencia quirúrgica afecta no solamente al cliente, sino también a la unidad familiar. Por tanto, ante la experiencia quirúrgica la enfermera debe preparar tanto al paciente como a la familia. La identificación de los conocimientos, las expectativas y las opiniones del cliente y la familia permitirán a la enfermera planificar la educación y las medidas de preparación emocional. (Potter, 2002).

Otro aspecto relevante es la comunicación el saber escuchar, y poner atención y estar disponible durante la relación enfermera - paciente, de tal manera que el mensaje transmitido por la enfermera proporcione al paciente confianza, seguridad y respeto Canovas (2008).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las pacientes operadas de colecistectomía laparoscópica perciben la necesidad de una mayor orientación y comprensión sobre su experiencia quirúrgica manifestando aspectos importantes como la orientación para manejar el dolor, ansiedad y el conocimiento necesario para la cirugía.

La experiencia de ser orientadas por la enfermera, debe aportar una mayor información, y sobre todo el proceso que se lleva desde que inicia hasta la salida y sus cuidados postoperatorios y de casa.

Para estas pacientes se hace necesario que las enfermeras muestren una mejor orientación y empatía hacia ellas no solo realizando la labor técnica sino también la humanización de la enfermera.

El lenguaje verbal y no verbal entre enfermera frente al paciente, es muy importante en todo momento y desde el primer contacto, ya que de esto dependerá la confianza que se desarrolle, lo que permitirá al paciente manifestar lo que siente para aclarar dudas e inquietudes antes de la cirugía.

Algunas de las entrevistadas manifestaron que la enfermera solo cumple con sus deberes, sin observar al paciente como un ser humano, el cual en esos momentos necesita de su empatía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banks Marcus (2011) Los Datos Visuales en la Investigación Cualitativa. Ediciones Morata. Madrid, España.
- Bautista C, N.P. (2011) Proceso de la investigación Cualitativa. Epistemología, Metodología y aplicaciones. Bogotá, Colombia: Editorial El Manual Moderno.
- Cánovas Tomás Miguel Ángel (2008) TESIS DOCTORAL La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Departamento de Ética e Historia . Universidad de Murcia España.
- Fernández Castillo, López Naranjo (2006) Transmisión de Emociones, Miedo y Estrés Infantil por Hospitalización. Recuperado de:
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-196.pdf
- García Amparo, Hernández, Arroyo y Gonzáles. (2012) Enfermería de Quirófano Tomo I y II. Grafos S.A. España.
- Hamlin Lois y Richardson. (2010) Enfermería Perioperatoria. Texto Introductorio. Editorial Manual Moderno México.
- Meléis Afaf, (2010) Transitions Theory Midle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company. New York E.E.U.U.

Meléndez Méndez, Garza Hernández, Castañeda-Hidalgo, González Salinas, (2014)
Percepción del Paciente Quirúrgico acerca de la Seguridad en el Ámbito Hospitalario
Universidad de Santander. Tamaulipas, México.

Potter Perry (2002) Fundamentos de Enfermería. Editorial Harcourt; Quinta edición Tomo I
y II. España

Smith Sandra y Duell Donna (2006) Enfermería Básica y Clínica. Manual Moderno México.
Strauss Anselm and Corbin (2012) Bases de la Investigación Cualitativa. Editorial
Universidad de Antioquia Colombia.

