

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO
POST OPERATORIO INMEDIATO. HOSPITAL I NAYLAMP
ESSALUD - CHICLAYO 2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORAS: Bach. Regina Soledad Morales Huari
Bach. Luz Mariela Santamaria Chapoñan

Chiclayo, 15 de diciembre de 2015

**EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO
POST OPERATORIO INMEDIATO. HOSPITAL I NAYLAMP
ESSALUD - CHICLAYO 2014**

POR:

Bach. Regina Soledad Morales Huari

Bach. Luz Mariela Santamaria Chapoñan

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Rosa Leticia Moncada Espinoza
Presidente de Jurado

Lic. Aurora Violeta Zapata Rueda
Secretaria de Jurado

Lic. María Olinda Vizconde Campos
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, marzo de 2015

DEDICATORIA

A Dios por guiarme día a día durante este largo camino y brindarme fortaleza para poder enfrentar las dificultades, las cuales me ayudaron a seguir adelante y poder culminar este trabajo de investigación satisfactoriamente.

A mis Padres Concepción y Cristina por brindarme su amor incondicional; como guías en mi formación durante todos estos años y a mis Hermanos Ana, Darwin e Isvin por su voz de aliento.

Mariela

A mi madre y hermanos por su inmenso apoyo y comprensión, por todas las formas en que sentí sus ánimos, en mi formación profesional.

Regina

AGRADECIMIENTO

A mí querida Profesora, Asesora y Amiga Lic. María Olinda Vizconde Campos, por su constante apoyo brindándome sus conocimientos, orientaciones y palabras de aliento durante el desarrollo de esta investigación; de igual manera a mi Jurado Lic. Aurora Zapata Rueda y Mgtr. Rosa Leticia Moncada Espinoza por sus sugerencias y observaciones constructivas para esta investigación. A mí Querida profesora Lic. Nancy Marlene Bustamante López por el apoyo brindado en esta investigación y a todas las Profesoras que con sus palabras de aliento me demostraron que nada es imposible a pesar de los obstáculos que se nos presente. Para finalizar a todas las Enfermeras entrevistadas que con su participación nos demostraron el gran amor por Enfermería.

Mariela

A Dios: Ante todas las cosas, porque ha sido, es y será mi guía, gracias por acompañarme siempre en todo momento de dificultad, permitiéndome sabiduría, salud y terminar satisfactoriamente mis estudios cuidando mi familia. A mis padres: Por darme la vida, una maravillosa formación, por su ternura, todo su amor y fortaleza, que con mucho esfuerzo me apoyaron para continuar en mi desarrollo profesional. A mi querida profesora quiero agradecer muy cordialmente a la Lic. Nancy Marlene Bustamante López por su contribución en la realización de nuestra investigación.

Regina

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	13
1.1 Antecedentes	13
1.2 Base teórico-conceptuales	14
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO:	22
2.1 Tipo de investigación	22
2.2 Abordaje Metodológico	22
2.3 Sujetos de Investigación	26
2.4 Escenario	27
2.5 Instrumentos de recolección de los datos	28
2.6 Procedimiento	29
2.7 Análisis de los datos	30
2.8 Criterios Éticos	31
2.9 Criterios de rigor científico	32
CAPITULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS	33
Consideraciones Finales	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	63

RESUMEN

La presente investigación científica es de naturaleza cualitativa, con abordaje fenomenológico, como objeto de estudio las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato, el objetivo que guió la investigación fue describir, analizar y comprender estas experiencias. La presente investigación se justifico porque hoy en día los cuidados de las enfermeras a nivel mundial, nacional y local requiere que desarrollen competencias necesarias para brindar un cuidado humanizado, más aún a las personas que se encuentran en el post operatorio inmediato; por lo que es conveniente profundizar y conocer la forma cómo viven, enfrentan y expresan sus experiencias frente al cuidado, y así ofrecer la oportunidad de mejorar en el día a día la práctica del cuidado de enfermería. Esta investigación se sustentó en los conceptos de experiencia de Wojtyła (2005), cuidado por Waldow (2008), post operatorio inmediato según Almeida (2005). Se tuvieron como sujetos de estudio a 7 enfermeras que laboran en la unidad de cuidados post anestésicos del Hospital I Naylamp, la muestra se determinó por saturación; los datos se recolectaron mediante la entrevista a profundidad no estructurada y se trataron mediante el análisis fenomenológico. Se tuvo en cuenta los criterios de rigor ético según Sgreccia y rigor científico según Hernández. Obteniéndose las siguientes proposiciones: Proposición A: Entre la satisfacción e insatisfacción al brindar cuidados post operatorios, Proposición B: Brindando un cuidado integral a la persona post operada, Proposición C: Responsabilidad vs Temor e impotencia frente a las complicaciones post operatorias.

PALABRAS CLAVES: Experiencia, enfermería, Cuidado Post operatorio inmediato.

ABSTRACT

This scientific research is qualitative, phenomenological approach, aims to study the experiences of nurses in the immediate post operative care and the goal that guided the research was to describe, analyze and understand these experiences. This research is justified because nowadays care nurses at the global, national and local levels required to develop skills needed to provide humanized care, even to people who are in the immediate postoperative period; so it is appropriate to deepen and see the way they live, face and express their experiences compared to care in order to offer the opportunity to improve the daily practice of nursing care. This research was based on the concepts of experience Wojtyła (2005), maintained by Waldow (2008), immediate postoperative as Almeida (2005). Were taken as subjects to 7 nurses who work in the unit of the Hospital I post anesthetic care Naylamp , the sample was determined by saturation; Data were collected through in-depth interviews unstructured and treated by the phenomenological analysis. Rigorous ethical criteria and scientific rigor according Sgreccia was taken into account according to Hernandez. Yielding the following propositions: Proposition A: Experimenting between satisfaction and dissatisfaction to provide postoperative care, Proposition B: Providing comprehensive care to the post person operated, Proposition C: Responsibility vs Fear and powerlessness against postoperative complications.

KEYWORDS: Experience, nursing care, immediate post operative period.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, enfermería ha ido evolucionando y conforme han transcurrido los años se observa la necesidad e importancia que tiene su labor en el cuidado de la persona, familia y comunidad. Esto motiva a la enfermera a utilizar y aplicar en la práctica el pensamiento crítico para la toma de decisiones adecuadas, con el fin de proteger a la persona de manera holística y brindar cuidados con una visión pandimensional.¹

Enfermería es la ciencia, el arte de cuidar, la atención autónoma y la asistencia dispensada de la salud del individuo, familia y comunidad. Su campo de acción es la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y su participación en el tratamiento, incluyendo la rehabilitación, independientemente de la etapa de vida que atraviesa la persona, familia o comunidad. El objetivo de enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.²

El ser humano es responsable y tiene la capacidad de tomar decisiones en relación a su salud, sin embargo se enfrenta a diferentes situaciones dependiendo de los estilos de vida que profesa, antecedentes familiares y también la edad; como consecuencia de los mismos puede atravesar experiencias quirúrgicas para solucionar determinadas enfermedades, de manera paliativas o establecer su salud. Una intervención de tipo quirúrgico, es una acción mecánica sobre una estructura anatómica del cuerpo realizada por un cirujano en la cual se acompaña de un anestesiólogo y enfermeras especialistas; las cirugías pueden desarrollarse como parte de un tratamiento para la solución de un problema o con la finalidad de establecer un diagnóstico.³

Los profesionales de enfermería desempeñan sus cuidados en las diferentes áreas críticas como son emergencia, UCI y centro quirúrgico, en el cual se encuentra el área de cuidados post anestésicos, donde la persona se recupera hemodinámicamente de la experiencia de una intervención quirúrgica, en esta unidad pasa las primeras horas post operatorias y post anestésicas en el cuidado de enfermería, en el que está dirigido a prevenir posibles complicaciones producto de los efectos anestésicos, de la intervención quirúrgica hasta el equilibrio y sea trasladado la persona al área de hospitalización donde logrará su total recuperación.

Los estudios relacionados con el cuidado de la persona en el post operatorio inmediato hacen referencia a la forma cómo se busca restablecer el equilibrio fisiológico interrumpido, el alivio del dolor y la prevención de complicaciones durante la estancia de la persona en la unidad de cuidados post anestésicos.⁴

Así mismo Burga, sostiene en una investigación que las enfermeras basan sus cuidados sólo en las indicaciones médicas, olvidándose del ser cuidado y del objeto de enfermería como profesión.⁵ Esto lleva a las investigadoras a plantearse interrogantes ¿El cuidado de enfermería, solo se basa en el cumplimiento de las prescripciones médicas? ¿La enfermera es la única que realiza la valoración neurológica inicial al paciente quirúrgico? ¿Cómo es el cuidado de la enfermera en las personas post operadas? ¿El cuidado que brinda involucra todas las dimensiones de la persona?

El cuidado de la enfermera en la unidad de cuidados post anestésicos tiene como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta la persona post operada, anticiparse y prevenir complicaciones post operatorias, además de cubrir sus necesidades y problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia. Como objetivo en esta etapa es asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada, vigilar y prevenir la depresión respiratoria, mantener el estado hemodinámico de la persona,

vigilar el estado de conciencia y condiciones generales de la persona post operada, conservar la seguridad y promover su comodidad; también involucran control de signos vitales, vigilar la posición, control del dolor, vigilancia de posibles signos de alerta a nivel cardiovascular, neurológico y gastrointestinal o la aparición de hemorragias y por último e importante registrar el proceso de cuidado en el post operatorio.⁶

A nivel local, en el Hospital I Naylor EsSalud, se encuentra la unidad de centro quirúrgico, donde se realizan diariamente 8 a 10 cirugías programadas como electivas y de emergencia, en las especialidades de otorrinolaringología, ginecología, oftalmología, cirugía general, urología. Cuando las personas salen de quirófano son recepcionados por el personal de recuperación: enfermera y técnico de enfermería en la mayoría de los casos, y sólo en las cirugías de otorrinolaringologías participa el médico anesthesiologo. Como es evidente, el profesional de enfermería participa en el cuidado de las personas que ingresan a la unidad de cuidados post anestésicos. Según refieren las enfermeras, las personas post operadas permanecen en recuperación por un periodo promedio de dos a tres horas, luego son hospitalizados o dados de alta según la valoración post anestésica y la evaluación e indicación del médico tratante.

Se ha observado que las enfermeras en la unidad de cuidados post anestésicos realizan varias actividades que ellas mismas expresan de la siguiente manera: "... recepciono a la persona, realizo la valoración hemodinámica y el dolor de acuerdo las diferentes escalas, sigo la prescripción médica si no obtengo resultados de recuperación, consulto al médico para administración de otros medicamentos...", "...aplicamos las escalas de Aldrette, de Bromage y verificamos la evolución de la persona", "... es muy importante el control de los signos vitales, monitorizamos las primeras dos horas cada quince minutos, luego cada treinta minutos, ya que nos dan referencia de cómo está reaccionando el organismo del paciente y así verificar alguna complicación, si se presentan casos se reacciona inmediatamente frente a este problema...".

Las enfermeras hacen referencia a las actividades que permiten la recuperación fisiológica de las personas, el control del dolor y la prevención de complicaciones; pero llama la atención que no se escucha en sus discursos decir “cuidado de enfermería”, cuando mencionan su relación con las personas. Ellas refieren: “...yo lo atiendo, monitorizo, aplico las escalas de valoración post anestésicos, administro tratamiento indicado, coordino una cama para que se hospitalice, etc...”, omitiendo la relación existencial que pueden establecer con el ser cuidado y si lo realizan no lo expresan.

Además durante las prácticas hospitalarias se ha escuchado a otros profesionales y personal de salud expresar en relación a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Post anestésicos: “...las enfermeras sólo reciben a las personas post operadas, les controlan las funciones vitales, administran tratamiento, las tienen unas horas, coordinan una cama y lo hospitalizan...”. Según Carrillo el profesional de enfermería en el post operatorio inmediato, realiza una evaluación del estado general, de acuerdo a una serie de cuidados que se refieren a protocolo de valoración que incluyen valorar la actividad muscular, respiración, circulación, conciencia, coloración de la piel y los signos vitales, puesto que proporcionan una base sólida que permite desarrollar cuidados individualizados y de calidad.⁷

Es por ello ante esta problemática se formula la siguiente pregunta ¿Cuáles son sus experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato. Hospital I Naylamp EsSalud - Chiclayo 2014? Siendo así el objeto de investigación, la experiencia de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato. Ya que la presente investigación se realizó con el único objetivo de describir, analizar y comprender las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato.

El presente estudio se justifica porque hoy en día los cuidados de las enfermeras a nivel mundial, nacional y local requiere que desarrollen conocimientos y competencias necesarias para poder brindar un cuidado

humanizado, más aún a las personas que se encuentran en el post operatorio inmediato, en la unidad de cuidados post anestésicos, ya que las primeras horas post operatorias son cruciales para su recuperación, la persona presenta muchas veces producto de los efectos anestésicos y de la intervención quirúrgica depresión del sistema respiratorio, del sistema nervioso central, desequilibrio hemodinámico, predisponiéndolos a futuras complicaciones en su recuperación por lo que necesitan cuidados y monitorización permanente por el profesional de enfermería, la cual debe contar con conocimientos y destrezas para hacer frente a estos eventos.

Es importante profundizar y develar las experiencias de las enfermeras en el cuidado de la persona post operada en la unidad de cuidados post anestésicos, cómo enfrenta y expresa sus sentimientos frente a la experiencia del cuidado lo cual pretende describir, analizar y comprender estas experiencias, así como develar su relación profesional con el otro ser es en ese momento transformador, único y propio que vive cada una de ellas, ofreciendo la oportunidad de mejorar en el día a día la práctica del cuidado de enfermería.

Al develar las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato y reflexionar sobre las mismas, se contribuyó a ampliar el cuerpo de conocimientos de enfermería en esta área de cuidados como es la unidad de recuperación post anestésica, así mismo a proponer estos conocimientos en el plan de estudio de pregrado como parte de los temas de investigación de la asignatura de cuidado al Adulto con Problemas de Menor Complejidad y en la estructura del plan de estudios de la segunda especialidad de enfermería en el centro quirúrgico ya que permitió profundizar en el cuidado y reflexionar sobre las competencias del perfil de la enfermera en esta área, además ser considerados como antecedentes para futuras investigaciones que se relacionen con el objeto de estudio.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES

En el presente estudio de investigación se describen antecedentes de investigaciones a nivel internacional, nacional y local que servirán de referencia para el contraste con los resultados que se obtengan al concluir la presente investigación.

A nivel internacional:

Carrillo M.⁷ en su investigación tuvo como resultados que el 67% de los profesionales de enfermería no realizan los cuidados iniciales del paciente en la Unidad de Cuidados Post anestésicos referidos a los cuidados fisiológicos donde se incluyen vía respiratoria, sistema circulatorio, vías periféricas, equilibrio hidroelectrolítico, molestias postoperatorias.

Canache M. Madrid B. y Reyes W.⁸ en su investigación tuvo como resultados que los profesionales de enfermería no realizan los cuidados pertinentes a la atención del enfermo quirúrgico en el post operatorio inmediato.

Palacios S.⁹ en su investigación, reveló que los profesionales de enfermería en un alto porcentaje no realizan los cuidados requeridos al paciente post operado bajo anestesia general.

A nivel nacional.

Incalla I. y Zegarra T.¹⁰ en su investigación obtuvo como resultado que los conocimientos de las enfermeras sobre escalas de medición se han visto reforzadas con el periodo de capacitación. La importancia del uso de escala de medición radica en la unificación de criterios, perspectiva de la correspondencia del equipo de salud y el concepto de poder referenciar un cuidado y concreta utilidad para la evaluación del paciente grave.

A nivel local

Burga S. Cáceres C. y Elorreaga O.⁵ en su investigación evidenciaron que las enfermeras basan su cuidado solo en las indicaciones médicas, olvidándose del ser de enfermería como profesión.

1.2 BASES TEÓRICO – CONCEPTUAL

El estudio de investigación tiene los siguientes sustentos teóricos para “experiencia” según Wojtyła (2005), “cuidado” según Waldow (2008) y “post operatorio inmediato” según Almeida (2005).

Según Wojtyła, afirma que la experiencia que el hombre tiene en sí mismo es la más rica y sin duda la más compleja de todas las experiencias a las que tiene acceso. La experiencia que el hombre puede tener de alguna realidad exterior está siempre asociada a la experiencia del propio yo, de forma que nunca experimenta nada exterior sin al mismo tiempo tener la experiencia de sí mismo. Cuando hablamos de la experiencia del hombre, nos referimos fundamentalmente al hecho de que en esta experiencia el hombre tiene que enfrentarse consigo mismo; es decir entra en relación cognoscitiva con su propio yo.¹¹

La experiencia que tiene de sí mismo se puede considerar en uno u otro sentido como una realidad continua. La experiencia de cada individuo está formada por un conjunto de sensaciones o emociones que posteriormente son ordenadas por la mente; indudablemente cada experiencia es un hecho singular y cada una de las veces en que se produce es algo único e irrepetible, y se manifiesta a través de emociones que posteriormente son ordenadas por la mente, pero aun así, existe algo que debido a toda una secuencia de momentos empíricos, se puede denominar la “experiencia del hombre”. El objeto de la experiencia es el hombre, que se manifiesta a través de todos los momentos y que al mismo tiempo está presente en cada uno de ellos. Además, no se puede decir que la experiencia en cuanto a tal existe solo en el

momento único en que se produce, y que posteriormente sólo se puede hablar de la acción y la mente que concibe al hombre, del yo, dura todo el tiempo en que se mantiene una relación cognoscitiva, en la que soy a la vez sujeto y objeto.¹¹

Para las autoras, la capacidad de pensar y sentir explica la habilidad de la enfermera para comprender y percibir situaciones en forma positiva o negativa, a pesar de ello, las experiencias que vive la enfermera frente al cuidado de la persona postoperada genera emociones y sentimientos, los cuales pueden despertar en la enfermera tristeza, alegría, satisfacción, impotencia y frustración, etc. De esta manera también las experiencias son aquellas situaciones o acontecimientos vividos y percibidos por las enfermeras durante el cuidado en el postoperatorio inmediato, la cual involucra sensaciones o emociones percibidas, es decir, momentos de gran riqueza expresiva, y ocasiones que constituyen un conjunto que equivale la totalidad específica de la experiencia de la enfermera.

Según Husserl, experiencia tiene «un saber y un con saber respecto precisamente de ese objeto, es decir, lo peculiar a él y no lo aparecido ante su vista.» En la vivencia del fenómeno, se halla un conocimiento real y determinado de él, posee su horizonte de modo que siempre va a quedar una serie de conocimientos que no se realizan y constituye un pre-saber inagotable del fenómeno experimentado; toda vivencia es primero intuitiva, después puede ser pensada, imaginada, recordada; en pocas palabras, toda vivencia se da originariamente en la intuición.¹²

La experiencia tiene su horizonte en el cual permite explicar paso a paso el fenómeno a medida que se vive; puede conformar un encadenamiento explicativo de vivencias sobre el mismo fenómeno, unidos por una sola experiencia ilimitada. El horizonte de experiencia deja un campo abierto de posibilidades «donde pre-señala el curso de las determinaciones más precisas» frente a otras posibilidades en una experiencia cualquiera.¹²

En este sentido las investigadoras, consideraron que el fenómeno de experiencia de las enfermeras en el cuidado que se vivencian en la Unidad de Cuidados Post anestésicos frente a una persona post operada inmediata está caracterizado por sentimientos, emociones, reacciones, que crean cognitivamente un pre horizonte de lo vivido, esto trae a futuros momentos que los nuevos fenómenos sigan un curso diferente a lo anterior, es decir permitirá positivamente mejorar la calidad del cuidado que presta la enfermera y vivenciar el momento en forma único, irrepetible y trascendental.

Desde el punto de vista de enfermería el cuidado es la esencia, dominio central, unificador y dominante que la distingue de cualquier otra disciplina sanitaria, el cuidado también es una necesidad humana, esencial para la salud y la supervivencia del ser cuidado, que a diferencia de cuidar se orienta a la ayuda de la persona o grupo para mejorar su condición humana.¹³

El cuidado es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, innato y fundamental en la vida de la persona,¹⁰ según Waldow el concepto de cuidado deriva de la palabra cuidar, la cual a través de los tiempos pasó de ser un comportamiento para sobrevivir a acciones más racionales y sofisticadas, hoy es considerado como una forma “de ser”, “como una forma de relacionarse”, “como un imperativo moral” y “constituye la esencia de ser de la enfermería” o “su dominio unificador o integrador”.¹⁴

Para las autoras el cuidado en enfermería esta siempre dirigido a la protección de la vida humana, ya que el quehacer de la enfermera, es velar por la salud y el bienestar de las personas en especial cuando se encuentra en la unidad de cuidados post anestésicos y requiere de un cuidado integral para evitar posibles complicaciones.

Entonces se puede referir al “cuidar” como una serie de comportamientos que involucran no solo conocimientos, sino también habilidades, destrezas y actividades éticas con la finalidad de aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad de las personas, así como también

facilitar medios para manejar la crisis y las experiencias de salud que presentan las personas en el proceso de vivir o morir.¹⁴

Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar, que une el “qué” del cuidado y el “cómo” de la interacción persona – enfermera. Cuidar implica un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. De esta perspectiva se trata de un cuidado que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual continúa en interacción con su entorno y vive experiencias de salud.¹⁵

Así mismo el cuidado es un fenómeno existencial, relacional y contextual. Es existencial porque forma parte del ser, en realidad lo que confiere la condición de humanidad a este ser lo diferencia como un ser humano dotado de racionalidad, cognición, intuición y espiritualidad, por lo tanto de sensibilidad y sentimientos. Es relacional porque solo ocurre en relación al otro en coexistencia y convivencia con los otros seres, y contextual porque asume variaciones, intensidades, diferencias en sus maneras y expresiones de cuidar de acuerdo a su medio o contexto en que se presenta y se desenvuelve. El ser cuidado atraviesa un evento u experiencia que se caracteriza por la vulnerabilidad.¹⁵

Por consiguiente el cuidado de enfermería abarca diversos comportamientos y actitudes que garanticen y mejoren la condición humana tales como, respeto, gentileza, consideración, compasión, confianza y solidaridad; sin olvidar que tales actitudes deben estar basados en el conocimiento científico y el pensamiento crítico con el objetivo de promover, mantener y recuperar la dignidad de todos los seres humanos. Así mismo hace hincapié que el cuidado humano implica una relación interpersonal e

irrepetible, es por ello que el cuidador debe brindar un cuidado holístico y pandimensional a cada persona.¹⁴

Además los cuidados de enfermería siempre son específicos y dependen directamente de la relación persona–enfermero, es decir de la relación terapéutica. De esta manera la enfermera se centra en los cuidados para ayudar a las personas a que afronten el estrés de las enfermedades en situaciones únicas y específicas.¹⁶

Según las investigadoras el cuidado de enfermería requiere del establecimiento de la relación terapéutica entre enfermera, persona cuidada y familia, para así lograr la participación activa y constante de ellos, así mismo los cuidados que brinda la enfermera son de forma holística es decir conociendo a la persona sus necesidades, capacidades, limitaciones, sentimientos y no solo su patología sino ver más allá de lo observado promoviendo un autocuidado. Por la cual requiere de una comprensión en el ser humano y su relación con el contexto, ya que los seres humanos somos únicos y no existen seres idénticos, y por lo mismo la enfermera al brindar su cuidado es individualizado e integral.

Enfermería como disciplina orienta sus acciones al cuidado integral de la vida y la salud del ser humano, por la cual el cuidado integral se refiere a su integridad total de la persona tanto en lo promocional, preventivo, reparador, rehabilitación y de lo individual a lo social facilitando a mejorar la calidad de vida. También el cuidado integral de enfermería se caracteriza por ser competente, necesitar conocimientos previos, realizarse con humildad y respeto para enfrentar las realidades sociales.¹⁷

Por lo tanto las enfermeras en el peri operatorio centran sus cuidados a los pacientes antes, durante y después de someterse a cirugía. El perioperatorio abarca tres periodos preoperatorio, transoperatorio y post operatorio; el periodo de postoperatorio pasa por tres diferentes fases inmediato, mediato y tardío. La fase inmediata transcurre desde que la persona permanece en la

unidad de cuidados post anestésicos hasta salir de los efectos de la anestesia con estabilidad hemodinámica, actividad respiratoria óptima y buen nivel de conciencia; esta fase tiene una duración promedio de tres horas.¹⁸

La unidad de cuidados post anestésicos, también llamada sala de recuperación, se considera una unidad crítica, siendo necesario observar y evaluar hasta los efectos secundarios y complicaciones más importantes de la anestesia y cirugía hasta la estabilización hemodinámica de la condición general del ser cuidado.¹⁹ Esta unidad tiene su ubicación de fácil acceso directo a los quirófanos y cuenta con la atención de todo el equipo multidisciplinario la enfermera, anestesiólogos y cirujanos especialistas en esta área de atención para la vigilancia, apoyo hemodinámico y aplicaciones de posibles complicaciones como aplicar los monitores de resucitación cuando el paciente lo requiera.¹⁹

A la llegada de la persona post operada inmediata a esta unidad, la enfermera realiza una valoración y exploración exhaustiva del mismo, con la finalidad de detectar el nivel de cuidados que requiere, así como los problemas presentes para trazar un plan eficaz de cuidados, para ello con ayuda de los registros de quirófano que proporcionarán la información necesaria sobre el tipo de intervenciones o incidencias ocurridas durante el acto quirúrgico, como hipotensión arterial y hemorragias producto de desequilibrio hemodinámico de la inducción anestésica, y complicación de la cirugía, etc.; junto con el informe de preoperatorio que permiten conocer el estado hemodinámico de la persona, antecedentes, enfermedades previas, hábitos, alergias, etc.; finalmente, el informe de anestesia permitirá conocer el tipo de anestesia utilizado y proporcionar datos que permitirán anticiparse a las posibles complicaciones.²⁰

Así mismo la anestesia es un acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad (sensación) táctil y dolorosa de una persona. Puede producirse en forma generalizada o un área específica del

cuerpo, sea con o sin compromiso de conciencia. Por ello tenemos tipos de anestesia como anestesia local, regional y general; después de la cirugía probablemente tenga efectos de la anestesia como inconsciencia, desorientación, un dolor leve en la espalda, pérdida de la sensación, inmovilidad; y otros efectos que pueden desaparecer con bastante rapidez como náuseas o vómitos, tener la boca reseca, dolor de cabeza, escalofríos, retención de orina, estreñimiento, etc.²¹

Además el paciente permanece ahí hasta que desaparezcan los principales efectos de la anestesia anteriormente mencionados. Los cuidados post operatorios inmediatos son la clave para una recuperación adecuada para evitar recaídas y complicaciones, por ello el cuidado en el post operatorio se caracteriza por la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención. La mayoría de los problemas anestésicos graves suelen suceder en el post operatorio inmediato, este periodo se considera finalizado cuando la persona recupera una conciencia normal y una autonomía completa de sus funciones. Esta recuperación puede ser más o menos rápida de una persona a otra, dependiendo del tipo de anestesia, también pueden sobrevenir las complicaciones.²²

Estas complicaciones post operatorias pueden prolongar la convalecencia o incluso ser factor importante que contribuya a resultados operatorios poco afortunados. La enfermera tiene función importante en la prevención de estas complicaciones y su tratamiento temprano en caso aparezca. Como complicaciones respiratorias, complicaciones cardiovasculares, complicaciones urinarias, complicaciones gastrointestinales, complicaciones de la herida operatoria.²³

Según las investigadoras consideran que la fase más importante del perioperatorio, es el post operatorio inmediato porque se busca asegurar un restablecimiento de equilibrio fisiológico, equilibrio hemodinámico y control

del dolor. Aquí la enfermera valora en la persona la recuperación de la anestesia, monitoriza los signos vitales, valora el estado de conciencia y el dolor ya que frente a esta evaluación se efectúan cuidados para aliviarlos. Durante este periodo primordial, la enfermera demuestra ser una profesional competente e independiente en sus cuidados.

Las investigadoras definen que la enfermera en la Unidad de Cuidados Post anestésicos es un profesional con especialidad, con conocimientos en anatomía, fisiología, farmacología, bioquímica, microbiología, asepsia, etc. Asimismo tiene experiencia de trabajo en equipo, control emocional, toma de decisiones rápida, buena comunicación, etc. y posee un conjunto de principios y valores éticos que rigen su actuar, permitiéndole prestar un cuidado de enfermería humano y con calidad.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para el logro de los objetivos planteados, la investigación cualitativa,²⁴ nos permitió desarrollar un profundo análisis y comprende la experiencia humana en su totalidad y dentro del contexto de quienes lo viven, lo que permitió a las investigadoras descubrir de manera profunda y compleja la realidad vivida respecto al cuidado en el post operatorio inmediato desde la experiencia de las enfermeras.

Así mismo la investigación cualitativa ofrece técnicas especiales para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten. En base a lo mencionado, esta investigación pretende llegar a un entendimiento profundo del comportamiento humano a un grupo de enfermeras, con el propósito de describir, analizar y comprender las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato.

2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO

Las investigadoras consideraron abordar la investigación a través del estudio fenomenológico que permitió develar el fenómeno de la enfermera en el cuidado diario con las personas que atraviesan el periodo post operatorio inmediato y que se encuentran en la unidad de cuidados post operatorio.

Sánchez cita a Max Scheler que tiene una ley fundamental en la Fenomenología,²⁵ para estudiar los fenómenos emocionales y sus respectivas intencionalidades (valores); que los objetos peculiares correspondan actos peculiares, actos y vivencias que son fundamentalmente: el contacto perceptivo con los valores, el estado sentimental provocado por ellos y la tendencia dirigida a los mismos. Scheler se respalda en Brentano y Husserl: lo valioso no comparece como tal en actos o vivencias cognoscitivas de índole teórica, sino en vivencias emocionales.

Ciertamente, hay otras vivencias que también llamamos sentimientos y que carecen de intencionalidad. Vivimos sentimientos no intencionales cada vez que nos vemos afectados de alguna manera, y precisamente en cuanto así nos sentimos. Scheler los denomina “estados sentimentales”. En cambio, los sentimientos intencionales no son estados, sino actos y como tales están penetrados de intencionalidad.

Pues bien, son esos sentimientos intencionales los que nos ofrecen el acceso a los valores, que podemos percibir sentimentalmente (o sentir) en objetos que los porten (bienes) reales o figurados. Y así llegamos al conocimiento de que nuestra vida psíquica posee cuatro estratos sentimentales de profundidad y consistencia diversas: el sensible, el corporal y vital, el puramente anímico y el espiritual.

Así mismo el estudio fenomenológico se desarrolló teniendo en cuenta los momentos de la trayectoria fenomenológica,²⁶ siendo la descripción del fenómeno, la reducción del fenómeno, y la comprensión del fenómeno, estas tres fases se sobreponen en diferentes momentos.

La descripción fenomenológica: es la etapa donde se realizó la descripción completa del fenómeno en estudio. En este caso las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato que refleja la realidad vivida por cada una de ellas y su situación de la forma más auténtica. Tras la aplicación de la entrevista a profundidad no estructurada, la descripción fue fiel y sin modificaciones de los datos obtenidos de las enfermeras entrevistadas, las investigadoras realizaron una descripción sin perder de vista su objeto de estudio, para esto la información fue analizada tal y como lo manifestaron las enfermeras.

Se inició identificando a las enfermeras del servicio de Unidad de Cuidados Post anestésicos, abordándolas e informándoles sobre la investigación a realizarse y previo consentimiento informado, luego se formuló una pregunta

de rigor con la cual se situaba el fenómeno; obteniéndose de esta manera las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato donde constituyen la descripción fenomenológica y que es el resultado de una relación dialógica. Por otro lado una vez recopiladas las entrevistas se procedió a la grabación de los discursos.

Reducción fenomenológica: es la etapa donde se identificó los significados de los discursos y se aplicó el Epojé fenomenológico. Además se procedió a leer y releer, buscando la esencia en los discursos esenciales. En la reducción se une en base a la convergencia de discursos, luego la síntesis de convergencias donde fueron identificadas con un pseudónimo.

Dentro de este trabajo las investigadoras procedieron a leer y develar los discursos que son todas las expresiones que se refieren al fenómeno, separando las unidades de significado de cada discurso en el cuadro de reducción fenomenológica que fueron agrupados en orden lógico para dar lugar a sus categorías como producto de un profundo análisis.

Interpretación o comprensión fenomenológica: esta etapa se desarrolló en base a la profundidad y completa inmersión del fenómeno a estudiar, lo que permitió realizar una interpretación fidedigna de esta realidad y esencia a develar. En este caso se realizó la interpretación de las experiencias de las enfermeras en el cuidado a partir de las entrevistas según su percepción develando su ser de la subjetividad.

Este trabajo de investigación da una explicación de lo que fue comprendido en el discurso. Es una revelación de los significados psicológicos presentes en las descripciones, esta interpretación se consigue a través de dos análisis:

Análisis ideográfico: en este trabajo de investigación las unidades de significado aparecen enumeradas secuencialmente con números arábigos en cada discurso, prosiguiendo a ordenar las ideas de modo que se produzca una

reducción fenomenológica, posterior a esto se buscan convergencias dentro del mismo discurso para lograr establecer las unidades de significado interpretadas que son muchas de las experiencias que fueron sintetizadas y tematizadas según el fenómeno en estudio.

Análisis nomotético: aquí se busca la esencia final de las respuestas siendo el resultado de toda la comprensión de convergencia, divergencia, pues no se dejará de lado la individualidad de la persona.

El escenario está conformada por 13 enfermeras que laboran en el servicio de la Unidad de Cuidados Post anestésicos y se delimitó la muestra por la técnica de saturación a 7 enfermeras en dicha investigación.

Como primer momento se encuentra el sentido del todo, este periodo se afirmó en la capacidad de las investigadoras de comprender los discursos proporcionado por los informantes, a partir de la transcripción fiel de los discursos de los sujetos. Se realizó las lecturas continuas de los discursos que nos permitió a las investigadoras conocer los discursos y sirvieron de base para pasar el siguiente momento, cuando las unidades de significado pueden ser discriminadas.

El segundo momento es discriminando las unidades de significados; este consistió en la división de los discursos en unidades de significado y se seleccionó los discursos de las enfermeras, fueron narrados y enumerados con números arábigos.

El tercer momento es transformaciones de expresiones del sujeto en una lengua psicológica; primero se determinó las unidades de significado, luego se realizó la transformación a través de un procedimiento deductivo de reflexión y variación imaginativa, el sujeto entrevistado estuvo en un entorno de privacidad, para llegar a sistematizar el conocimiento encontrado. Las determinadas unidades de significado se realizó mediante un procedimiento deductivo y permitió identificar las expresiones ingenuas expresadas por las

enfermeras del servicio de Unidad de Cuidados Post anestésicos a las expresiones que dilucidan los aspectos psicológicos que se encuentran de manera oculta en lo dicho por los participantes (lenguaje EMIC) sin alterar la naturaleza del fenómeno investigado (lenguaje ETIC).

Y por último la síntesis de unidades de significado transformadas en proposiciones, en base a las unidades de significado ya transformadas las proposiciones se orientó a constituir la estructura del fenómeno investigado, no se debe sintetizar demasiado los datos cualitativos debido a que se podría reducir la riqueza de la información obtenida.

2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Se consideró como sujeto fundamental en la investigación a las enfermeras que laboran en el servicio de la Unidad de Cuidados Post anestésicos del Hospital I Naylamp EsSalud – Chiclayo; teniendo como criterio de inclusión: enfermeras con segunda especialidad en centro quirúrgico, como promedio mínimo de 5 años de experiencia o desempeño en el área por el dominio de la misma y mayor tiempo de experiencia profesional en el servicio de la Unidad de Cuidados Post anestésicos y que acepten libremente participar de la investigación. Se excluyó a enfermeras con licencias de salud o maternidad, también a enfermeras administrativas y suplentes.

Asimismo, la muestra de los sujetos se delimitó a 7 enfermeras utilizando la técnica de saturación,²⁷ por lo tanto el tipo de muestreo que se utilizó en esta investigación fue el criterio de saturación que permitió definir el tamaño de la muestra cualitativa, el número de unidades elegidas dentro de ciertas condiciones metodológicas y cuyos resultados representan al objeto de estudio. Por la cual, se protegió las identidades de las participantes mediante el uso de seudónimos de flores y sus discursos que presentó a lo largo de la investigación. Por ejemplo Azucena.

2.4 ESCENARIO

El escenario donde se realizó el presente trabajo de investigación fue en el Hospital I Naylamp EsSalud, ubicado en la ciudad de Chiclayo, pertenece al I nivel de atención, cuenta con una población adscrita de 102.112 personas, donde se resuelven problemas de mediana y baja complejidad atendidos en los diversos servicios que se oferta, se encuentra el servicio Centro Quirúrgico. Este servicio está conformado por dos quirófanos y una sala de recuperación donde se brinda atención de las especialidades de ginecología, otorrinolaringología, urología, cirugía y oftalmología; para resolver problemas de salud a través de las cirugías de cesáreas, legrado uterino, apendicetomía, histerectomía, excersion de catarata, trabeculectomía, amigdalotomía, etc. El tipo de anestesia que utilizan es anestesia general, regional y local.

Así mismo en el centro quirúrgico laboran 13 enfermeras que han realizado estudios de segunda especialidad en centro quirúrgico y están en diferentes servicios: en sala de operación hay 3 enfermeras por turno según el tipo de cirugía, 1 enfermera en sala de recuperación y 1 enfermera en central de esterilización. Ellas ofrecen cuidado de enfermería en el intraoperatorio y post operatorio inmediato. Dentro de este servicio está la unidad de cuidados post anestésica donde está ubicado próximo a sala de operaciones, funciona las 24 horas del día, cuenta con 5 camillas, también tiene monitores, multiparámetros, aspiradores, punto de oxígeno y material clínico, presencia de anesesiólogo en cirugía de otorrino, cirugía general y una enfermera por turno donde brinda cuidados de enfermería a 5 pacientes post operados.

La enfermera en la unidad post anestésica se caracteriza en adquirir conocimiento científico, tecnológico y humanístico, además desarrolla actitudes como parte del perfil para trabajar en esta área como social, amable, observadora, responsable permanente, actualización y gestor de cambios, también ayuda al paciente y a familia para prevenir posibles complicaciones, por lo cual los cuidados inmediatos que brindan las enfermeras en la unidad

post anestésica son el control de signos vitales, cuidados en la función respiratoria, estado cardiovascular, electrolitos y eliminación, seguridad y confort, valoración del dolor, valoración según el tipo de anestesia a través de las escalas post anestésicas como Aldrete, Bromage, Ramsay y Steward, administración de medicamentos. Así mismo cada enfermera que ofrece estos cuidados expresa sentimientos frente a las experiencias del cuidado que brinda a las personas post operadas.

2.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

En esta investigación se realizó la entrevista a profundidad no estructurada a las enfermeras que trabajan en el centro quirúrgico: Unidad de Cuidados Post anestésicos del Hospital I Naylamp (Anexo n° 02); previamente se coordinó con la jefatura de servicio para que brinde un ambiente cómodo y privado permitiendo así que los profesionales expresen con libertad la experiencia del cuidado que realizan en esta unidad, también establecer con ellas la programación, lugar, fecha y hora exacta disponible para la realización de la entrevista. Esta técnica contiene una pregunta y en base a las respuestas del entrevistado se formuló las preguntas necesarias para llegar al objeto de estudio, durando un promedio de 20 minutos aproximadamente; las entrevistas se realizaron con el permiso y consentimiento informado del entrevistado (Anexo n° 01) en la cual fueron grabadas mediante un grabador de voz en MP3.

Se logró entrevistar a 7 enfermeras del Hospital Naylamp de la Unidad de Cuidados Post anestésicos donde se relacionaron las diferentes unidades de significado extrayendo los discursos, además se buscaron convergencias, divergencias e idiosincrasias llegando a determinar proposiciones presentadas en el cuadro de análisis nomotético según datos brindados por las enfermeras.

2.6 PROCEDIMIENTO

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se solicitó el permiso correspondiente a la Gerencia de la Red asistencial “JUAN AITA VALLE” Lambayeque EsSalud.

Para ello se cumplió con todos los requisitos que solicitaron a fin de garantizar el desarrollo normal de la investigación, para la cual se presentó la resolución de aprobación del proyecto, una copia del proyecto, un CD que contenía el proyecto en Word, PDF y la solicitud de permiso emitido por la Escuela de Enfermería.

Cabe resaltar que la guía de entrevista a profundidad no estructurada es un instrumento que fue validado mediante juicio de expertos (Anexo n° 02), quienes dejaron sugerencias que se tomaron en cuenta. Fue revisada por dos expertos una docente que labora en el área quirúrgica con más de 5 años y la otra docente con 5 años de experiencia en la investigación cualitativa-fenomenológica. Una vez obtenida la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, se realizó la prueba piloto con la finalidad de comprobar que las preguntas plasmadas en el instrumento sean entendidas.

Seguidamente se procedió con la recolección de datos mediante la aplicación de entrevistas donde se informó a las enfermeras de manera detallada sobre el estudio (anexo n° 02), la misma que cuenta con una pregunta norteadora; luego se solicitó firmar el consentimiento informado (Anexo 01) a 7 enfermeras, teniendo en cuenta el criterio de saturación. La transcripción de las entrevistas se hizo después de ser realizada cada una de ellas, así mismo para dar mayor validez a los resultados, una vez transcritas las entrevistas fueron presentadas a los sujetos para corroborar si estaban de acuerdo a lo manifestado o cambiar algunos relatos. Finalmente continuaron con el análisis y elaboración del informe final según los resultados obtenidos.

2.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Por ser un estudio fenomenológico se caracterizó por el desarrollo de dos análisis.²⁸

Análisis nomotético

El análisis nomotético se refiere al análisis general, en ese momento empiezan a aflorar las primeras generalidades, presentando los aspectos más comunes de todos los discursos.

Representa la búsqueda de convergencias, divergencias e idiosincrasias de las unidades de significado, cuyo resultado revela la estructura esencial del fenómeno en estudio. En este caso de las experiencias de las enfermeras en el cuidado postoperatorio inmediato.

Procedimiento para la construcción del cuadro Nomotético.

La elaboración del cuadro nomotético sirvió para visualizar los datos encontrados, que son presentados en forma ordenada como resultado.

En la primera columna vertical del cuadro se presentan todas las unidades de significado interpretadas, provenientes de todos los discursos. Las unidades de significado son identificados con números arábigos.

La segunda columna asignada por un asterisco, representa el origen de las unidades de significado interpretadas.

Horizontalmente se encuentran enumerados los discursos con números romanos. En los recuadros internos se anotan la convergencia indicándolas con la letra "C" seguida de un número de la unidad de significado convergente.

De la misma forma se indican las divergencias con la letra "D" seguida de un número de la unidad de significado divergente.

Las columnas que están en blanco, sin convergencia, significa que se trata de idiosincrasia que el sujeto colaborador expresó.

Esta presentación permitió cruzar la información, analizar las convergencias y divergencias de las apreciaciones subjetivas, y así permitió develar el fenómeno en estudio. (Anexos n° 03)

2.8 CRITERIOS ÉTICOS

En este estudio se aplicó los criterios que se fundamentan en la Ética Personalista, formados por ElioSgreccia.²⁹

Valor fundamental de la vida: En esta investigación nació la importancia de este principio, puesto que en ningún momento se manifestó ninguna forma de ofensa al sujeto de estudio, solicitando a través del consentimiento informado la autorización de la participación en el estudio a los sujetos de investigación, en este caso fueron las enfermeras en la unidad de cuidados post anestésicos, respetando cada una de sus decisiones y su dignidad como seres humanos, además no fueron utilizadas como un medio sino como un fin. Así mismo en el transcurso de la entrevista se respetó sus opiniones.

Principio de confidencialidad: En este principio se aseguró a los participantes que su privacidad estará protegida en todo momento, lo cual se logró a través del anonimato y para ello se usó seudónimos referentes a nombres de flores. Se tuvo presente también que las entrevistas proporcionadas no fueron divulgados públicamente de manera que puedan ser identificados y que dicha información no quedo a exposición de terceros, excepto de quienes estén implicados en el estudio.

Principio de Libertad y Responsabilidad: Se tuvo en cuenta en todo momento que la participación de las enfermeras sea voluntaria, previo consentimiento informado (Anexo nº01), donde se precisa claramente que como participante puede retirarse en cualquier momento de la investigación. Se cumplió con la hora y lugar pactado para la entrevista y se mantuvo los discursos tal cual los manifestaron.

Principio Sociabilidad y Subsidiariedad: Este principio involucra la condición de la persona como ser social, como “ser con otros”. La sociabilidad tiene como fin el bien común, la propia vida y de los demás, se refiere que no solo es personal sino también social. En este principio los sujetos de estudio

recibieron un trato justo y equitativo antes, durante y después de su participación. Siendo así que a través de este trabajo las investigadoras se comprometieron a que toda información procesada y vertida por los sujetos de investigación permitió socializar conocimientos de pre y post grado para generar programas de intervención en búsqueda del bienestar de las personas.

2.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Para garantizar la calidad científica de la investigación se obtuvo en cuenta dos criterios.³⁰

Credibilidad: Se logró cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes de estudio, recolectaron información que producen hallazgos, los cuales fueron reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así, entonces este criterio se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que van a ser estudiadas y para otras que van a experimentar o estar en contacto con el fenómeno investigado.

Confirmabilidad o auditabilidad: Se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o ruta lo que el investigador original ha hecho; para ello se obtuvo un registro detallado, completo de las decisiones y los pasos que el investigador siga en relación con el estudio. Esta estrategia permitió llegar a la obtención de resultados en un grupo de enfermeras y un escenario específico. A su vez constituyeron una fuente de antecedentes para aquellos investigadores que opten por profundizar en el objeto de estudio y seguir la ruta del método fenomenológico en una mejora continua.

III. RESULTADOS Y ANALISIS

En el presente capítulo se analizan las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato en la unidad de cuidados post anestésicos (UCPA), la que se considera un área crítica y de mucha responsabilidad que asume un equipo multidisciplinario desde el momento que la persona post operada ingresa procedente de quirófano hasta la recuperación del proceso anestésico (inducción, mantenimiento y evolución);y equilibrio hemodinámico; luego pase a hospitalización y si lo requiere a UCI o alta médica.

La enfermera en esta unidad es quien se mantiene a lado de la persona post operada, para su monitorización y tratamiento continuo; es aquí donde se describe el fenómeno de estudio, partiendo del diálogo establecido entre los sujetos de estudio y las investigadoras, utilizando el abordaje fenomenológico a través de la entrevista a profundidad no estructurada basada en la pregunta ¿Cuáles son sus experiencias del cuidado a personas en el post operatorio inmediato? Es así que para poder identificar y destacar las experiencias de las enfermeras, se empleó el análisis ideográfico, que permitió la sistematización y el conocimiento a partir del planteamiento de las proposiciones que responde al objeto de estudio. Por otro lado estuvo el análisis nomotético que consistió en la organización de la importancia central del fenómeno.

Después de haber analizado los diferentes discursos de las enfermeras entrevistadas acerca de las experiencias de las enfermeras en el cuidado post operatorio inmediato en la unidad de cuidados post anestésicos, se concluyó en las siguientes proposiciones:

- A. Entre la satisfacción e insatisfacción al brindar cuidados post operatorios.
- B. Brindando un cuidado integral a la persona post operada.
- C. Responsabilidad vs Temor e impotencia frente a las complicaciones post operatorias.

A continuación se describen y analizan cada una de las proposiciones apoyándose en la literatura y los testimonios de los sujetos de estudio, los cuales ayudaran a comprender el panorama ampliamente.

Como primera proposición se tiene “Entre la satisfacción e insatisfacción al brindar cuidados post operatorios”. Esta proposición recibe esta denominación, ya que durante el proceso de análisis de la información se identificó que en muchas de las expresiones que las enfermeras manifestaban sentimientos generados a partir de las respuestas humanas y del proceso de recuperación de la anestesia de las personas post operadas, por ese motivo la primera proposición ENTRE LA SATISFACCION E INSATISFACCION AL BRINDAR CUIDADOS POST OPERATORIOS, está dada por las convergencias de las unidades N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 (Disc. I, III, IV, V, VI, VII).

Según Wojtyła nos señala que la experiencia es el modo que tenemos de acceder al conocimiento de nuestro mundo y de nosotros mismos. Todo conocimiento que nosotros podamos obtener de las cosas y de otros hombres, parten de la experiencia que se ha tenido directa o indirectamente de nosotros mismos. Pero esta comprensión del hombre que yo o alguien posea, es distinta a la comprensión que yo posea de mí mismo. El yo que percibe no se percibe corporalmente poseyendo un cuerpo sino que va más allá de la mera percepción física y alcanza la corporalidad y sensibilidad de la interioridad subjetiva de la persona.¹¹

Por consiguiente un sentimiento es un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y éstas pueden ser alegres, felices, dolorosas y tristes; además surge como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico, en otras palabras, los sentimientos son emociones conceptualizadas que determinan el estado de ánimo. Por tanto, el estado del sujeto es caracterizado por la impresión afectiva que le causa determinada persona, recuerdo o situación en general; por tal motivo cuando éstos son sanos, es posible alcanzar la felicidad y conseguir que la

dinámica cerebral fluya con normalidad. En el caso contrario, se experimenta un desequilibrio emocional que puede derivar en el surgimiento de trastornos tales como la depresión.^{51, 52}

Los sentimientos se clasifican en: sentimientos sensoriales que son un tipo especial de sensaciones a pesar que aparecen vinculadas con los sentimientos y tienen un objeto, no son intencionales, se caracterizan por poder localizarse en el cuerpo y porque su referencia al yo es indirecta; los sentimientos vitales que a diferencia de los anteriores, estos poseen un carácter difuso porque se extienden a todo el cuerpo y no se reducen a una determinada región del mismo; sentimientos anímicos o psíquicos: no están vinculados con el cuerpo, sino con el yo psíquico, estos son sentimientos dirigidos por ser aquellos que reaccionan frente a situaciones que se dan en el exterior; y sentimientos espirituales o de la personalidad: estos no surgen del yo, son estados absolutos ya que estos representan un modo de ser y no un modo de estar en el mundo, por lo tanto son permanentes, hacen a la esencia misma de la persona.⁵³

Así mismo el sentimiento de satisfacción es una respuesta emocional y afectiva de la persona a diversos aspectos del trabajo que realiza; en cambio la insatisfacción es una respuesta negativa del trabajador hacia su propio trabajo, de la cual dependerá de las condiciones laborales y la personalidad de cada persona, esto hace referencia al estado de intranquilidad, ansiedad o incluso depresivo que puede llegar una persona que se encuentra insatisfecha laboralmente.⁵⁴

Además la empatía es la capacidad de sintonizar con los sentimientos y las emociones del otro, ponerse en su lugar y pensar qué puede estar sintiendo, de tal manera la persona empática percibe las necesidades y los estados de ánimo de su interlocutor a través de su tono de voz, de su lenguaje postural, sus gestos y también es capaz de reconocer su angustia, sus miedos, aunque no necesariamente ha de tener su mismo punto de vista. También la empatía es la

capacidad que posee el profesional de enfermería para pensar y sentir dentro del mundo interno de la persona post operada, le permite sentir la experiencia del otro sin perder la capacidad para evaluar objetivamente los estados mentales de ese otro. Los cambios en las cargas emocionales determinan las características de los sentimientos por lo tanto las emociones pueden ser breves en el tiempo, pero generar sentimientos que subsistan a lo largo de los años.^{31, 35} Lo que se evidencia en los discursos:

“... Me siento alegre, tranquila y satisfecha por la pronta recuperación del post operado y frente a los cuidados que realizo...” (Azucena)

“...Soy cariñosa y empática en el momento que brindo los cuidados y eso hace que me sienta tranquila y satisfecha porque brindo un cuidado integral...” (Orquídea)

En los discursos las enfermeras manifiestan como parte de sus experiencias durante su interrelación con las personas post operadas, sentimientos vitales como la tranquilidad y satisfacción, también sentimientos anímicos como la alegría, estos sentimientos son sostenidos en relación directa a la recuperación hemodinámica de la persona post operada, como parte del contagio emocional que generan sentimientos de empatía en la enfermera, ya que durante este periodo, la cuidadora percibe muchos sentimientos, emociones y estados anímicos propios de la experiencia de la intervención quirúrgica, por lo tanto, si la persona tiene una actitud positiva todo se relaciona favorablemente, además el ejercer del cuidado genera sentimientos de satisfacción laboral que es parte de la autorrealización profesional y/o de las compensaciones, lo cual lo lleva a una estabilidad emocional que se ve reflejado en su estado de ánimo e inclusive en sus relaciones interpersonales, estado físico y reiterando positivamente en su calidad de vida como profesional de enfermería.

Así mismo frente al cuidado también se genera la impotencia, siendo un sentimiento desagradable que se debe al desconsuelo de descubrir que de ninguna manera será posible realizar cierta idea, sueño, propósito, meta o

modificación; esto se produce cuando sentimos que no hay nada que podamos hacer para reparar un daño o para llevar a cabo cierto objetivo, se sienten completamente desconsolados.³⁶ En cambio la angustia es un sentimiento universalmente experimentada por el ser humano y está vinculado a situaciones de desesperación cuando el individuo se siente amenazado por algo, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto. Además es la reacción primitiva frente a la impotencia en el trauma, esa reacción que luego es reproducida como señal de alarma en la situación peligrosa.³⁷ Cómo se evidencia en los discursos:

"... Me siento con impotencia porque hay familiares que no colaboran y no entienden los efectos de la anestesia, entonces esto hace que retrase la recuperación del paciente..." (Margarita)

"...Me angustia y me siento impotente, porque el medicamento no calma el dolor y eso genera mayor ansiedad en el paciente..." (Azucena)

En estos discursos las enfermeras expresan sentimientos negativos que están relacionados con los sentimientos vitales que son la impotencia y angustia, estos se manifiestan en diferentes situaciones, pero la mayoría por la falta de fuerza, poder o competencia para realizar el objetivo; en uno de estos casos se presenta el estado de intranquilidad causado por algo desagradable o amenaza que puede generar sentimiento de culpabilidad como se logra evidenciar en lo expresado por las mismas. A pesar de estos motivos siempre hay que tener en cuenta que la unidad de cuidados post anestésicos, es un área crítica y de mucha responsabilidad donde el estado de alerta es una característica o actitud frecuentemente en el equipo de salud que allí labora, aunque hay personas post operadas que se recuperan más rápidos que otros, pero de todas maneras se tiene paciencia para ver su evolución y explicar a la familia, ya que ellos y la persona post operada son indispensables para su recuperación.

Asimismo el sentimiento de culpabilidad se entiende como un estado emocionalmente desagradable, se produce después de un incumplimiento y continúa hasta que restaure algún tipo de equilibrio, siendo relativamente independiente a otros que conozcan la acción que lo motivó, a veces generan arrepentimiento de actuar y se sienten culpables, en otras situaciones remordimiento o fracaso cuando no pueden tomar decisiones frente a complicaciones.⁵⁸ Este sentimiento se puede producir después del proceso de la anestesia ya que todos los post operados no reaccionan igual, algunos despiertan cansados, aturdidos, también puede sentir náuseas, tener la boca reseca, dolor de garganta, o sentir frío o inquietud hasta que el efecto de la anestesia pase. El personal de enfermería vigilará estos efectos secundarios, hasta que desaparezcan, pero pueden tardar unas horas.⁵⁹ Cómo se expresa en el discurso:

"...Me sentí culpable porque no observe al post operado cuando se levantó rápidamente, llegando a la puerta del baño se desmaya, lo cogí con miedo y lo coloque en la camilla..." (Rosa)

Frente a este discurso la enfermera experimenta sentimientos de culpabilidad que se refiere a un sentimiento vital y además negativo frente al suceso, ya que hay personas post operadas que se recuperan más rápidos que otros, por tal motivo es necesario evaluar y observar a los pacientes post operados antes y después que cedan los efectos de anestesia y así disminuir el riesgo de alguna complicación. Como profesional de enfermería si se presenta algún suceso se enfrentará con capacidad cognoscitiva y habilidad técnica y así manejar dicha situación, es aquí la importancia de la comunicación terapéutica - efectiva para que la persona post operada entienda acerca de los efectos anestésicos.

De igual importancia la tristeza también es un sentimiento negativo caracterizado por un decaimiento en el estado de ánimo de la persona, que se acompaña de una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual frente al peligro, cuya experiencia subjetiva oscila entre la pena

intensa; además constituye como primera línea de defensa afectiva contra las amenazas externas como en situaciones estresantes que puede ser por el entorno, aversión que nos ayuda a enfrentarlas.⁴⁰ En cambio la cólera se refiere a un estado emocional que consiste en sentimientos de una reacción transitoria que presenta el individuo ante una determinada situación, tiempo y lugar. Este estado fluctúa en un periodo de tiempo, desde sentir molestia a experimentar una intensa furia de un problema.⁴¹ Cómo se manifiesta en el discurso:

“...En el caso de los pacientes de la tercera edad que son intervenidos por catarata y de los pacientes post legrado uterino que vienen solos a la cirugía, ellos necesitan mayor apoyo de sus familiares por la cual esta situación me causa cólera y tristeza...”(Margarita)

En este nosocomio solo se atienden casos de menor complejidad, por lo que las cirugías en muchos casos son ambulatorias y las personas post operadas permanecen solo unas horas en la unidad de cuidados post anestésicos, por ese motivo los familiares deben estar acompañando a la persona post operada por más sencillo que sea el procedimiento que se realice, porque cuando se presentan complicaciones y no se pueden resolver se trasladan a un hospital de mayor complejidad. Durante el cuidado se expresa un contagio emocional paciente – enfermera, frente a esta situación manifiestan sentimientos de cólera y tristeza porque las personas post operadas vienen solos y se les observa triste, acongojado, además no hay ningún familiar que apoye en su cuidado.

Por otro lado los niños responden de diferentes formas a los sedantes y anestésicos; algunos pueden volverse revoltosos, inquietos durante o después de la sedación; otros pueden seguir sintiéndose somnolientos e inestables por el resto del día. La mayoría de los niños post operados pueden resumir sus actividades normales dentro de las seis a ocho horas; sin embargo, los niños deben ser vigilados por un adulto responsable durante 12 a 24 horas después de la sedación anestésica, las actividades que requieren coordinación y

equilibrio normalmente se deben postergar por 24 horas o hasta el alta médica.

39

En este caso la pena es un sentimiento negativo de sufrimiento, tristeza y dolor ante una vivencia personal sea real o imaginaria.⁴⁰ Por eso la enfermera es fuente de apoyo social y personal que proporciona un marco de seguridad para que la persona pueda poner en marcha todas sus habilidades y conocimientos, para poder sobre llevar la situación, siendo de gran importancia la intervención de la enfermera frente a estas situaciones que se presentan día a día, tratando de hacer entender a la familia y más que todo brindar el apoyo necesario para que las personas post operadas puedan admitir situaciones por la que están pasando ya que de ello dependerá el bienestar y su recuperación.⁴² Cómo se evidencia en los discursos:

"... Yo como madre me da pena y dolor al ver a los niños que despiertan asustados y llorando por el dolor..." (Margarita)

"...Me da pena ver a los niños irritados y llorando por el dolor, pero frente a su recuperación me da alegría..." (Margarita)

La mayoría de las enfermeras manifiestan que en la Unidad de Cuidados post anestésicos cuando ingresa un niño es difícil realizar los cuidados de enfermería debido a las respuestas motoras y sensoriales del niño que al despertar de la anestesia se encuentra en un ambiente nuevo y con personas desconocidas a su alrededor, por tal motivo se generan sentimientos anímicos que es la pena y sensoriales que es el dolor expresado como un sufrimiento espiritual que sienten por el niño ya que se identifican como madres al verlos llorando, además el apoyo de la familia es muy importante aunque algunos son nerviosos pero de todas maneras se les explica el proceso que están pasando sus hijos, pero gracias a ellas el niño nos brinda confianza en la cual nos sentimos más tranquilas y satisfechas para así seguir realizando un cuidado integral y al finalizar el cuidado nos sentimos alegres en lo personal y profesional.

Del mismo modo todos los aspectos negativos que se presentan en la persona motivan para que la enfermera busque estrategias al brindar el cuidado, ya que el mal humor de una persona se da producto de una alteración que afecta a la salud y a las relaciones interpersonales. La persona expresa la actitud mediante tres elementos: lo que piensa ante una situación presentada dada por el conocimiento, lo siente expresado por los sentimientos en forma positiva o negativa y la predisposición o interacción para actuar en forma específica que responde de manera favorable ante esa situación. Por tal motivo la actitud está relacionada con las emociones de la persona frente a una determinada situación.⁴³

Entonces las actitudes son aprendidas, por lo tanto, los profesionales de enfermería pueden modificar su conducta de acuerdo a las experiencias y conocimientos que han aprendido en relación al cuidado de la persona. El campo de enfermería y el cuidado que se brinda permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar.⁴⁴ De igual manera estos cuidados representan un servicio especializado que se distingue de otros servicios de salud ofrecidos, donde hay personas que tienen incapacidades para ejercer su propio autocuidado; siendo así que los cuidados tienen por objetivo ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio de su propio autocuidado. Donde el profesional de enfermería tiene que estar preparado para asistir, entender, acompañar y ayudar al ser humano a superar sus limitaciones.⁴⁵ Cómo se expresa en los discursos:

"...Me sentí incomoda y triste frente a la respuesta cortante e indiferente del adulto post operado durante la educación que le brindaba acerca de los cuidados postoperatorios..." (Amarillis)

En este discurso la enfermera presenta sentimientos vitales como es la incomodidad a causa de reacciones del adulto post operado frente a su cuidado, a pesar de lo sucedido la enfermera tiene que comprender y tranquilizarse para poder realizar un buen cuidado. No todos tenemos la misma personalidad ante una situación porque la persona puede tener problemas, preocupaciones; pero a pesar de estos contextos que se presentan

tiene que meditar y reaccionar adecuadamente porque como profesionales tenemos que tranquilizar a la persona, saber escuchar y estar dispuestos a brindar cuidados y educación, además la enfermera también busca la forma de cómo llegar a la persona y cómo actuar frente a situaciones que puedan pasar, puesto que la interacción ayuda a obtener una confianza siendo un elemento de gran valor para fortalecer el cuidado y lograr que la persona sienta seguridad al momento de interactuar con la enfermera manifestando sus inquietudes, emociones y preocupaciones; por la cual la enfermera debe de establecer una relación como la escucha activa, entendimiento y ayudar a satisfacer necesidades.

“...Me sentí preocupada, frustrada y con cólera porque la post operada no le calmaba el dolor a pesar del tratamiento indicado...” (Amarillis)

En este discurso se expresan sentimientos vitales como es la preocupación, frustración y cólera frente a la situación , ya que a pesar del tratamiento indicado no calmaba el dolor de la persona post operada, en la cual hay que tener en cuenta que todas las personas frente a la recuperación es distinto por el motivo que algunos pacientes post operado no tienen dolor, o están disminuidos o es demasiado , por la cual la enfermera durante la recuperación valora a la persona post operada y ayuda con los cuidados a disminuir el dolor ya sea con distracción, escuchar música o dejar pasar a los familiares, etc. para la cual se necesita una buena comunicación interpersonal paciente post operado y enfermera. Gracias a esas manifestaciones se sabe cómo se encuentra la persona en lo físico, psicológico y moralmente con el fin de lograr un cuidado integral.

También se puede observar en los discursos el contagio emocional que genera paciente – enfermera frente al cuidado y que surgen durante el cuidado post anestésico. La mayoría son sentimientos vitales que nacen de la corporalidad del ser, también se encuentran sentimientos anímicos que son generados por reacciones del exterior y por último sentimiento sensorial que

están caracterizados por localizarse en distintos puntos del organismo alcanzando una TOPOGRAFÍA orgánica.

Como siguiente proposición tenemos a la titulada “Brindando un cuidado integral a la persona post operada”. Esta proposición recibe este nombre, porque durante el proceso de análisis de la información se fue descubriendo que en muchas de sus expresiones las enfermeras manifestaban los cuidados integrales en el post operatorio inmediato ya sea en niños y adultos, la cual se pueden evidenciar en todos los discursos, por ese motivo la segunda proposición BRINDANDO UN CUIDADO INTEGRAL A LA PERSONA POST OPERADA, está dada por las convergencias de las unidades N° 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, (Disc. I, II, IV, VI, VII).

Según Regina Waldow afirma que el cuidado es una forma de ser, de expresarse y relacionarse consigo mismo, con otro ser y con el mundo; el cuidado humano envuelve compromiso, protección y responsabilidad, es una forma ética de vivir en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos de los demás, a través del cuidar el ser se humaniza. El proceso de cuidar son todas las actividades desarrolladas por el cuidador para y con el ser cuidado como base en el conocimiento, habilidad, intuición, pensamiento crítico, creatividad, acompañada de comportamientos y actitudes de cuidado para promover, mantener, recuperar la dignidad y totalidad humana. Esta dignidad y totalidad comprende el sentido de integridad y plenitud física, mental, moral, emocional, social, espiritual en las fases de la vida y la muerte constituyéndose en última instancia de un proceso de transformación cuidador y ser cuidado.⁴⁶

El personal de enfermería debe estar capacitado y especializado porque en la unidad para el cuidado post operatorio inmediato es un área crítica que abarca desde que la persona sale de quirófano hasta que se estabiliza su estado y se recupera totalmente del estrés de la anestesia y la cirugía. En la Unidad de Cuidados Post anestésica (UCPA) pueden permanecer entre 2 a 4 horas de

acuerdo al tipo de anestesia y cirugía, donde se recuperan de los efectos post anestésicos y se brinda el mejor cuidado posible para prevenir complicaciones, es así que el cuidado va dirigido básicamente a asegurar un restablecimiento del equilibrio fisiológico, vigilancia cuidadosa de las funciones vitales que se han visto alterados por el procedimiento quirúrgico y vigilar el efecto de los anestésicos y sedantes.^{4, 47}

Así mismo los cuidados de enfermería en el post operatorio inmediato son la conservación de los signos vitales, mantener el estado hemodinámico de la persona, la valoración de las escalas post anestésicas, vigilar el estado de conciencia, vigilar la posición, el control del dolor, administración de medicamentos prescritos conservar la seguridad y promover su comodidad, vigilancia de posibles signos de alerta a nivel cardiovascular, neurológico y gastrointestinal o la aparición de hemorragias y por último e importante registrar el proceso de cuidado en el post operatorio.⁶ En cuanto este se recupera de la anestesia y de acuerdo con la operación a la cual fue sometido se le indicará que flexione y extienda las piernas periódicamente, que adopte decúbitos laterales y que haga ejercicios respiratorios (respiraciones profundas), como la posición semifowler que facilita el descenso diafragmático. Al día siguiente de la operación la mayor parte de las personas post operada deben levantarse, caminar algunos pasos y sentarse en una silla en cambio las personas sometidas a cirugía mediana pueden deambular desde el mismo día de la operación, es conveniente que se levanten acompañados por la eventual posibilidad de una lipotimia.⁴⁸ Como se demuestra en los discursos:

“... En pacientes post operado se valora el estado de conciencia y también la escala post anestésica, se realiza el control de signos vitales, la administración de medicamentos y una constante observación de la persona para evitar posibles complicaciones...” (Orquídea)

“... En el post operatorio se realizan cuidados hasta que disminuyan los efectos de la anestesia pero también se tienen en cuenta la parte física, emocional y espiritual de la persona realizando una continua y permanente valoración hemodinámica, manteniendo la comunicación terapéutica y respetando en todo momento su religión...” (Jazmín)

"...No todos los pacientes responden igual a los efectos post anestésicos, algunos tienen escalofríos y les coloco colchas, frezadas para que disminuya el frío y otros hipotensión y se aumenta el goteo del cloruro..." (Azucena)

"... Tuve una paciente post cesareada que presento hemorragia vaginal, abrí la llave de venoclisis para que pase a chorro el medicamento, realice masaje uterino y comunique al ginecólogo..." (Orquídea)

"... Cuando observe a un post operado con tendencia al sueño y que se había retirado el oxígeno, rápidamente le coloqué el saturómetro e indicó saturación disminuida, también le administré oxígeno y lo coloqué en posición semi Fowler..." (Jazmín)

Según los discursos las enfermeras expresan, que la unidad de cuidados post operatorio inmediato es un área de mucho cuidado y responsabilidad que dura entre 4-8 horas dependiendo de la operación. Lo primero que debe valorar el profesional es el estado de conciencia, control de los signos vitales, observar la herida operatoria y entre otros cuidados; durante el transcurso del tiempo se valora con las escalas de Glasgow, Bromage y Aldrete dependiendo del tipo de anestesia, aunque no todos reaccionan igual a este proceso pero es necesario estar alerta y observar las posibles complicaciones para actuar frente a cualquier complicación por lo tanto las enfermeras de esta área tienen la capacidad y la destreza para poder enfrentar dicho problema.

Además depende de varias circunstancias que pueden cambiar radicalmente su duración, como el tipo de cirugía, la enfermedad que la condicionó, la edad del paciente, su estado general, las enfermedades asociadas y las complicaciones postoperatorias si es que las hubo. Por eso la población pediátrica es especialmente susceptible a experimentar un dolor postquirúrgico innecesario por sus limitaciones a la hora de expresar sus sensaciones y necesidades, porque en muchas ocasiones los niños post operados confunden las sensaciones/sentimientos de dolor, ansiedad y de miedo ya que en la mayoría de los infantes no saben expresar bien sus necesidades. En los niños, la valoración del tipo e intensidad de dolor entraña una mayor dificultad y requiere la utilización de escalas de valoración adaptadas a la edad.⁴⁹

El personal de enfermería debe estar familiarizado con el cuidado de niños e idealmente tener un adiestramiento en el manejo de la vía aérea pediátrica, manejo de la fisiología cardiorrespiratoria, conocimiento básico de la farmacología de los anestésicos y otros medicamentos; también deben estar familiarizados con el comportamiento propio del desarrollo y las respuestas emocionales de los niños a diferentes edades.²¹ Así mismo en la fase post operatoria la enfermera utiliza la escala de valoración de Steward es un test que valorar la recuperación post operatoria en niños, los parámetros que evalúa son: conciencia, respiración y actividad motora en la cual se emplean para medir el grado de profundidad post anestésica hasta los 10 años de edad.⁵⁰ cómo se puede evidencia en los siguientes discursos.

“...Los niños post operados despiertan mareados, asustados, llorando y se desesperan pero la madre apoya y el niño se siente más tranquilo entonces controlo los signos vitales, realizo la valoración post anestésica y administro los medicamentos preescritos...” (Amarillis)

“...Los niños post operados vienen muchas veces irritados, con llanto permanente debido a los efectos post anestésicos, por lo cual lo primero que hago es la valoración según la escala post anestésica, administro el tratamiento indicado, luego hago pasar a la madre y la educo sobre los cuidados y así disminuyo la ansiedad del niño...” (Clavel)

La mayoría de las enfermeras manifiestan que el cuidado en niños es una experiencia muy difícil, además se encuentran frente a un equipo de salud que desconoce, lo que genera en ellos sentimientos de miedo y reaccionan con el llanto, es ahí donde la enfermera se relaciona y transmite confianza, además de educar a la madre porque se necesita el apoyo de ellas, ya que es la persona que cuida desde la fecundación y gracias a esa relación que se tiene paciente-madre- enfermera el niño brinda confianza y así se puede realizar cuidados integrales.

Así mismo poder dar respuesta a todas las preguntas en el momento del cuidado, permite que el pensamiento crítico se convierta en una habilidad que se sugiere y se desarrolle en el período de formación, pero también se puede desarrollar en cualquier momento. El pensamiento crítico implica la capacidad de cuestionar, analizar, emitir hipótesis, reflexionar y criticar las alternativas

para facilitar la creatividad, la flexibilidad, la confianza y la intuición. Por eso el desarrollo del ser enfermera implica, entre otros, un proceso de autoconocimiento y habilidades cognitivas que se expresa en la consciencia de cuidar a través del análisis, la reflexión, valoración, intuición, decisión y la sensibilidad. La persona que cuida tiene que ganarse la confianza del paciente para que acepte y colabore en el cuidado y ambos puedan desarrollar su crecimiento.⁴⁶

Por esa razón durante las intervenciones, las enfermeras se responsabilizan por brindar un cuidado que está dirigido primordialmente a establecer una relación recíproca de confianza y empática con la persona, además de educar y mantener informados a los familiares, con el fin de disminuir sus temores y preocupaciones que origina los efectos de la anestesia.⁵¹ Cómo se evidencia en los discursos:

“...Le explico a la madre ya que se desespera y se preocupa al ver a su hijo post operado llorando y gritando ya que no sabe los efectos de la anestesia...” (Clavel)

“... Me angustia verlos sufrir y llorar pero los padres nos ayudan al cuidado y eso hace que el niño se tranquilice y colabore conmigo además le transmito confianza...” (Azucena)

Como se sabe enfermería no solo se relaciona con la persona post operada sino también con la familia, para así brindar los cuidados y dar a conocer acerca de cómo está evolucionando el post operado, pero la etapa más importante es la del niño, porque con el apoyo de los padres se construye una confianza para poder ejecutar los cuidados integrales, por tal motivo la familia es el apoyo trascendental en la participación del cuidado y mucho más en esta etapa, ya que el niño desconoce el lugar y al profesional de salud y a la primera que quiere ver a su lado es a su madre y así se siente tranquilo, en la cual ayuda a una buena recuperación y evitar posibles complicaciones, aunque más es la madre por que el padre se va a trabajar, pero de todas maneras se les educa en el cuidado y se explica alguna duda de tengan.

También como proposición tenemos a la titulada “Responsabilidad vs Temor e impotencia frente a las complicaciones post operatorias”. Esta

proposición recibe este nombre, porque durante el proceso de análisis de la información se fue descubriendo que en algunas de sus expresiones las enfermeras manifestaban la capacidad de actuar frente a las complicaciones post operatorias, la cual se pueden evidenciar en los discursos, por ese motivo. La tercera proposición RESPONSABILIDAD VS TEMOR E IMPOTENCIA FRENTE A LAS COMPLICACIONES POST OPERATORIAS, está dada por las convergencias de las unidades N° 20,21, 22, 23,24 (Disc. II, IV, V, VI, VII).

El temor y la impotencia son sensaciones desagradables, una de ellas surge por la aversión natural a las amenazas porque al sentir temor la persona responde con rapidez ante una situación adversa, en cambio la impotencia es por la falta de poder hacer algo ante una situación, pero la responsabilidad es una forma de actuar que se adquiere a través de la experiencia y la práctica, ya que la persona se compromete a responder y tomar decisiones de sus actos. Además la responsabilidad nos da estabilidad de lo que se quiere conseguir; por ello la enfermera debe aceptar y reconocer su responsabilidad individual que le compete en la toma de decisiones durante su desempeño profesional en los diferentes ámbitos y durante el cuidado.^{36, 52}

Waldow, durante el proceso de cuidado sostiene que, la cuidadora deberá poner en práctica su habilidad de pensamiento crítico, con la reflexión siempre presente sobre lo que está sucediendo, está realizando y cómo deberá comportarse; en cada nuevo encuentro deberá evaluar el estado de la persona post operada, observándolo como un todo. El cuidar de enfermería incluye los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones de enfermería que le son pertinentes, traducidos en conocimientos, habilidades manuales, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico, capacidad de decisión, consideración y respeto, para poder reducir o evitar posibles complicaciones.⁴⁶

Durante la fase del post operatorio inmediato, en esta área el profesional de enfermería está capacitado buscando principalmente asegurar un restablecimiento del equilibrio fisiológico de la persona y estar alerta frente a

cualquier eventualidad para actuar de manera rápida, en este periodo muchas veces la persona esta inconsciente pero, de igual manera el cuidado va dirigido a brindar las medidas de seguridad para evitar complicaciones; por eso la enfermera es de vital importancia para la detección y abordaje precoz de las complicaciones en el post operatorio inmediato.⁴ El rol de enfermería en el ámbito asistencial engloba aquellas actuaciones incluidas en el campo de conocimiento enfermero y por lo tanto el profesional está capacitado para decidir, actuar y evaluar resultados de manera autónoma; en cuanto a posibles complicaciones la actuación se lleva a cabo de forma conjunta con el equipo médico y la vigilancia.⁵³

El enfermero(a) de la unidad de recuperación, es un profesional humano, dinámico, amable, analítico, eficiente, responsable, en permanente actualización y gestor de cambios, que ha adquirido competencias científico-técnicas para brindar cuidado post operatorio inmediato y ayudar a la persona quirúrgica. Durante la recuperación de la persona post operada la coordinación del equipo es fundamental para la estabilización del usuario en el menor tiempo posible. Por tanto, el post operatorio se realiza la valoración y detección precoz de posibles complicaciones, y la cobertura de necesidades básicas.⁵⁴

En el trabajo diario, enfermería está expuesta a situaciones desagradables y molestas; sin embargo el enfermero tiene que modificar o suprimir sus propios sentimientos para conseguir que las personas se sientan cuidadas y seguras, independientemente de lo que él sienta. Es entonces cuando se produce una diferencia entre las emociones sentidas y las expuestas al exterior, lo que implica un gasto extra de fuerza y energía, llamado trabajo emocional, de manera que mientras más intensa sea la emoción a la que se tienen que enfrentar, más duro será el trabajo emocional que se realice.⁵⁵ Cómo la enfermera expresa en los discursos:

"...Hay post operados que la presión baja demasiado o aumenta pero igual monitorizo continuamente, realizo acciones de enfermería y comunico al médico de turno..." (Azucena)

"...Me siento impotente de no poder resolver complicaciones pero igual monitoreo continuamente hasta que sea evaluado y trasladado a un hospital de mayor complejidad..." (Clavel)

"...Me sentí con temor porque un post operado presento taquicardia, hipotensión y al examinar observo hemorragia, rápidamente realizo masaje uterino, coloco a chorro la oxitocina y comunico al médico..." (Rosa)

"...En algunos casos presentan hipotensión y se puede recuperar pero si hay bradicardia, llamo al médico, pero inmediatamente realizo un electrocardiograma y controlo la frecuencia cardíaca..." (Amarillis)

Las enfermeras expresan que el post operatorio inmediato es un área crítica y de mucha responsabilidad donde tienen que estar alerta para reaccionar frente a cualquier complicación, porque en instante puede alterarse alguna función; con la capacidad y destreza que se identifican en esta área, se puede solucionar, aunque frente a estos problemas se muestran sentimientos de impotencia y temor pero hay que saberlos llevar, no ser confiadas porque hay personas post operadas que se recuperan más rápidos que otros, por eso la enfermera observa minuciosamente, monitoriza y conversa con cada persona para ver cómo está evolucionando, cómo se encuentra en esos momentos y poder prevenir complicaciones. Ya que la enfermera realiza acciones frente a la situación que se encuentra la persona, al mismo tiempo comunica al médico de turno y al no solucionarlo el equipo multidisciplinario deciden trasladar a un hospital de mayor complejidad.

Al mismo tiempo el ejercicio profesional de la enfermera en un hospital es brindar cuidado directo a la persona post operada, estas acciones pueden ir desde obtener información a través de la comunicación hasta tomar decisiones complejas que se presenten durante la permanencia de la persona en su unidad. Es así donde se crearon registros de enfermería que forma parte el manejo de la Historia clínica como hoja de registros de medicamentos (kárdex) y las anotaciones de enfermería los cuales tienen por objetivo dejar constancia en la Historia Clínica de todo lo sucedido con la persona durante el tiempo que la enfermera permanezca con la persona post operada en cada guardia.

Las anotaciones de enfermería es la comunicación escrita de la evolución de la persona post operada de acuerdo al resultado del cuidado realizado en cada actividad vital. Esto se escribe en un formato al que no solamente le confiere limpieza y precisión, sino que también se utiliza el método científico para resolver los problemas de forma diaria; las notas se escriben en forma descriptiva y para ello se emplean las siglas nemotécnicas "SOAPIE", estos son elementos fundamentales que utiliza la enfermera para evaluar y organizar el plan de cuidados de enfermería.

La valoración constante o monitorización continua toma especial protagonismo en el cuidado de estas personas siendo imprescindible para la detección precoz de complicaciones, para la administración y evaluación de los cuidados. Por tal motivo el reporte de enfermería es la comunicación verbal y fundamental para que a partir de esta información las enfermeras puedan dar una identificación de la situación actual de la persona en cuanto a su enfermedad, además es plasmada en las anotaciones de enfermería.^{55, 56}

Cómo se evidencia en el discurso:

"...Al monitorear a una post cesareada no había una relación de la frecuencia cardiaca elevada y una presión arterial disminuida, por eso es importante el reporte de enfermería completo y detallado, para ver si tuvo alguna incidencia durante la operación..." (Jazmín)

El reporte de enfermería es una comunicación que se realiza para tener información actual y detallada de la operación como de la evolución para así poder evaluar y planificar los cuidados de la persona post operada, además es importante porque así podemos estar más atentas frente a las posibles complicaciones que se puedan presentar. También el registro de enfermería es un documento escrito y completo de la descripción de los acontecimientos, necesidades y resultados de los cuidados, tener un registro de enfermería estructurado es poder proveer una atención de calidad, eficiente, continua y segura para la persona post operada. Así mismo los cuidados realizados anteriormente y alteraciones que se han presentado durante el cuidado van a estar reflejados en la hoja gráfica y las anotaciones de enfermería.^{56, 57}

CONSIDERACIONES FINALES

Posterior a los resultados de los análisis se llegaron a las siguientes consideraciones finales:

- ✓ Dentro de las experiencias de las enfermeras en el cuidado del hospital Naylamp, en el servicio de la unidad de cuidados post anestésicos se evidencia que afloran sentimientos personales ante la situación que atraviesa la persona post operada, que surge por un contagio emocional en respuesta a las experiencias de brindar cuidados, generando sentimientos de satisfacción e insatisfacción de la enfermera.
- ✓ Las enfermeras reconocen lo importante de brindar cuidado integral en la parte física, psicológica, emocional y espiritual ante una situación además de mantener una interacción continua con la persona post operada involucrando a la familia mucho más a la del niño post operado, esto accede que las personas expresen y compartan emociones, sentimientos y necesidades en la cual permite establecer una relación de confianza y lograr un cuidado óptimo.
- ✓ Las enfermeras de la unidad de cuidados post anestésicos expresan temor, miedo e impotencia frente a complicaciones post operatorias que les lleva a reflexionar asertivamente y asumir con responsabilidad y compromiso las decisiones en el cuidado, además siendo un área de especialidad exigen que los profesionales que trabajan en esa área mantengan a una preparación continua, además la enfermera por el actuar que realiza crece en forma personal y profesional.

RECOMENDACIONES

- La enfermera que trabaja en la unidad de cuidados post anestésicas debe mantener constante capacitación y destreza en la cual necesita una preparación que no solamente tener el conocimiento científico, sino una preparación más profunda como la formación de habilidades sociales que va ayudar a la capacidad para poder enfrentar situaciones que se presenten en el día a día, además enfrentar aquellos sentimientos que se producen con la persona post operada y la familia en la cual conllevan a la enfermera a una satisfacción e insatisfacción durante el clima laboral.
- En la unidad de cuidados post anestésicos la enfermera es fuente principal de apoyo emocional de la persona post operada, a través de la comunicación terapéutica enfermera- paciente en busca de soluciones para lograr la recuperación de la persona. Así mismo la actualización de protocolos o guías de como parte de mejoramiento continuo garantizaría brindar un cuidado integral y prevenir complicaciones durante el proceso post operatorio.
- La jefatura de enfermería en el servicio del centro quirúrgico dentro de su plan de mejoramiento continuo de la calidad, considere plan de capacitación relacionados al soporte psicológico a la persona durante su recuperación post operatoria con el objetivo de afianzar aquellos conocimientos y actitudes del personal durante el proceso de cuidado.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Du Gas B. Tratado de Enfermería Práctica. 4a ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2000.
2. American Nurses Association [Sede web]*2013 [Acceso 08 de Abril de 2014]. Disponible en:
http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/reina_rivero_nurs_105/Definiciones_enfermeria.pdf
3. Brunner L, Suddarth D. Enfermería Médico – Quirúrgica. McGraw-Hill Interamericana. México. 2002.
4. Long B, Phipps W, Cassmeyer V. Enfermería médico quirúrgica: Un enfoque del proceso de enfermería. 3a ed. Madrid: HarcourtBrace; 1998.
5. Burga S, Cáceres C, Elorreaga O. Experiencias de los pacientes frente al cuidado de enfermería en el alivio del dolor post operatorio inmediato, servicio de cirugía del Hospital Provincial Docente Belén [tesis]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2005.
6. Salvatierra V, Rivera C. Gestión del cuidado esencia de ser enfermera.[sede Web]* Perú; 2014 [Acceso 28 junio de 2015]. Disponible en:
<http://www.cies.cl/Gestion-del-%20Cuidado.pdf>
7. Carrillo E. Estándar de Proceso para el Cuidado de Enfermería a pacientes quirúrgicos en el post-operatorio inmediato en la Unidad de Cuidados Post-Anestésicos del Hospital Dr. Ricardo Baquero González. Primer Trimestre año 2005 [Tesis licenciado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; Mayo 2005. Disponible en:
<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/452/1/Mrie%20Guerrero%20y%20Carla%20Romero.pdf>

8. Canache M, Madrid B, Reyes W. Cuidado del Profesional de Enfermería al Enfermo Quirúrgico en el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados Postanestésicos del Hospital Dr. Luís Razetti Barcelona Edo Anzoátegui [tesis]. Venezuela: Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela; 2004.
9. Palacio S. Cuidados de la Enfermera al Paciente Post-operado Inmediato bajo Anestesia General en la Unidad de Asistencia Post-anestesia [tesis]. Bolívar: Hospital Héctor Novel Joubert; 2002.
10. Incalla I, Cegarra T. Conocimiento de actitud de las enfermeras respecto al cuidado del paciente utilizando escalas de medición que evalúen el pre y postoperatorio, postanestésico y dolor en el servicio de recuperación HNCASE [tesis]. Arequipa: Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo; 2007.
11. Karol Wojtyla K. Persona y Acción. 1 era ed. Editorial Católica. S.S. Apartando 466. España- Madrid.2005.
12. García A. Introducción a la fenomenología de Edmund Husserl. Revista de ciencias humanas [revista en internet]* 2014 Febrero. [Acceso 12 de mayo de 2014]; N° 22. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/204612173/Husserl-Revista-No-22-Ciencias-Humanas>
13. García A, Hernández V, Montero Raúl et al. Enfermería de Quirófano. 3 era ed. España: DAE; 2012.
14. Waldow R. Atualizacao do cuidar. RevUnisaba. [Revista en internet]* 2008. [Acceso 25 de mayo de 2014]; URL. Disponible en: <http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/216/252>
15. Waldow R. O cuidado naSaúde As relações entre o eu, o outro e cosmo. Brasil: Editora vozes. Petrópolis; 2004.

16. García M, Martínez M. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado de enfermero. Madrid: Harcourt; 2001.
17. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Revista Scielo [revista en internet]* 2009 [Acceso 13 de junio de 2015]; 25(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v25n1/v25n1a14>
18. Almeida E, Castro R, Guzmán M et al. Manual de enfermería .Madrid: cultural; 2005.
19. Long B, Phipps W, Casmeyer V. Enfermería Médico Quirúrgico: un enfoque del proceso de enfermería. 3ª ed. Madrid: HarcourtBrace; 1998.
20. Smeltzer S, Bare G. Enfermería Médico Quirúrgico. 10 a ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2005.
21. Guillamet A, Jerez J. Enfermería Quirúrgica: Planes de cuidados. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
22. Perea C. Plan de cuidados en el postoperatorio inmediato. Revista Junta de Andalucía [revista en internet]* 2003 [Acceso 13 de junio de 2015]; 78(31-37). Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-79-09.pdf>
23. Watson E. Enfermería Médico quirúrgica. 2da ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000.
24. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de Salud. 2da Ed. Washington; 1994.

25. Sánchez S. Max Scheler: Idea de la fenomenología. Philosophica: Enciclopedia filosófica on line [revista on line]* 2007 [29 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.philosophica.info/voces/scheler/Scheler.html>
26. Soza A. Experiencia de las estudiantes de enfermería en el cuidado de personas en agonía de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo [Tesis licenciado]. Chiclayo; 2009.
27. Mejía J. El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones sociales [revista en Internet]* 2000 [Acceso 23 de junio de 2015]; vol.7 (5). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/n5_2000/a08.pdf.
28. Palacios D, Corral I. Fundamento y Desarrollo en un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Rev Enfermería intensiva [Revista en internet]* 2010. [Acceso 26 de mayo de 2014]. 21(2).
29. Sgreccia E. Manual de Bioética: fundamento y ética biomédica. 2da ed. Madrid, Editorial: Albijes S. L; 2007.
30. Hernández S. Metodología de la investigación. 5ta Ed. México: McGraw-Hill/Interamericana Editoriales; 2010.
31. Moreno N, Martín A. Asistencia Psicológica a niñas víctimas de desastres. Cidbimena [Revista en internet]*2000. [Acceso 13 de mayo de 2015]. Disponible en:<http://cidbimena.desastres.hn/docum/crid/Volcanes/pdf/spa/doc13101/doc13101-8.pdf>.
32. Fernández A. Fundamentos de la psiquiatría actual. 3a ed. Madrid, Paz Montalvo, 1979. [Acceso 27 de mayo de 2015]. Disponible en:

- <http://www.um.edu.ar/catedras/claroline/backends/download.php?url=LONsYXNpZmljYWNpb25fZGVfbG9zX3NlbnRpbWllbnRvcy5kb2M%3D&cidReset=true&cidReq=M12>
33. Castillo del Pino C. Teoría de los sentimientos. 7ma ed. Barcelona: Tusquets Editores S.A; 2005. [Acceso 20 junio de 2015]. Disponible en: <https://books.google.es/books?isbn=8483107082>
34. Buelga M. Satisfacción y Insatisfacción: Clima Laboral. Gestipolis. [Revista en Internet]* 2011. [Acceso 27 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.gestipolis.com/satisfaccion-insatisfaccion-clima-laboral/>
35. Sánchez J. Empatía y desgaste profesional en enfermeras del área de salud mental y psiquiátrica. Revista Portales Médicos [revista en internet]* 2009 [Acceso 27 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1771/5/Empatia-y-desgaste-profesional-en-enfermeras-del-area-de-salud-mental-y-psiquiatrica>.
36. Ruiz M. Frustración e impotencia [Sede web]* 2015 [Acceso 13 de Mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.oratorianet.com/rsp/rsp3/COMENTARIO46.html>
37. Carlos J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-Estar E Subjetividade [revista en internet]* 2003 Marzo [Acceso 13 de mayo de 2015]; N° 1. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
38. Laorden C. Educar emociones: un instrumento para trabajar el “sentimiento de culpa”. Revista Dialnet [revista en internet]* 2005 [Acceso 13 de mayo de 2015] N° 28. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1370920.pdf

39. Radiological Society of North America [sede Web]*. América: RadiologyInfo; 2014 [acceso 28 de mayo de 2015]. Seguridad del paciente: Anestesia. Disponible en: http://www.radiologyinfo.org/sp/safety/index.cfm?pg=sfty_anesthesia
40. Domínguez F, García E et al. Psicología de la emoción. 1ª ed. España, Editorial Universitaria Ramón Areces; 2010. [Acceso 20 junio de 2015]. Disponible en: <http://www.psicocode.com/resumenes/6EMOCION.pdf>
41. Acevedo J. La cólera y el riesgo de presentar trastornos alimenticios en mujeres adolescentes [Tesis licenciado]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2008. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/396/ACEVEDO_FARFAN_JULIETA_COLERA_RIESGO.pdf?sequence=1
42. Ludke M, Marli E. El estudio de Caso: su potencial en educación. 3ra Ed. Brasil: EPU editorial; 2000.
43. Herrera D. Actitud del profesional de enfermería ante los cuidados a pacientes en situación de calle (indigentes) que ingresan en la emergencia del Hospital Vargas de Caracas durante el tercer trimestre del año 2009 [Tesis licenciado]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2009. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1126/1/ACTITUD%20DEL%20PERSONAL%20DE%20ENFERMER%20C3%8DA%20ANTE%20LOS%20CUIDADOS%20A%20PACIENTES%20EN%20SITUACI%20C3%93N%20DE%20CALLE%20\(INDIGENTE\).pdf](http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1126/1/ACTITUD%20DEL%20PERSONAL%20DE%20ENFERMER%20C3%8DA%20ANTE%20LOS%20CUIDADOS%20A%20PACIENTES%20EN%20SITUACI%20C3%93N%20DE%20CALLE%20(INDIGENTE).pdf)
44. Rosales R. Fundamentos de enfermería. 3era Ed. Colombia: Editorial Manual Moderno; 2004.
45. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ta ed. Madrid: Elsevier Science; 2013.

46. Waldow R. El cuidado integral del ser humano. En: Memorias del III Congreso Internacional y V Nacional de Enfermería en Cuidado Humano. Venezuela: Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013. P (53-62). Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90367024&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=400&ty=22&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=400v11n04a90367024pdf001.pdf
47. Lewis S, Mclean M et al. Enfermería Médico quirúrgica. 6ta ed. Madrid: Mosby; 2004. [Acceso 20 mayo de 2015]. Disponible en:
http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf
48. Chemes de Fuentes C. Enfermería Quirúrgico. Facultad de Medicina-UNT [revista en Internet]* 2008. [Acceso 29 de mayo de 2015]. Disponible en:
http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Enfermeria_Quirurgica_Modulo_01.pdf
49. Pérez I, Bellido A. Dolor y Ansiedad en Cirugía pediátrica. Secipe [revista en Internet]* 2008 [Acceso 24 de mayo de 2015]; vol.21(2). Disponible en:
<http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/21207.pdf>
50. Rebecca J. Entendiendo Anestesia Pediátrica. 2da ed. New Delhi: Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología; 2008. [Acceso 20 junio de 2015]. Disponible en: http://www.clasa-anestesia.org/site/version/docs/libro_ap/chp-13.pdf
51. Grados E. Programa educativo de enfermería relacionado al conocimiento del cuidado y actitud en el post operatorio inmediato en mujeres histerectomizadas. Chile, 2009.

52. Jiménez E, Gómez M. Maneras de cuidar de la enfermera a la persona hospitalizada desde la perspectiva del estudiante. Unitru [revista en Internet]* 2013 Julio-Diciembre. [Acceso 18 de mayo de 2015]; vol. 11(2). Disponible en: revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/download/87/131
53. Torres M, Buil G et al. Cuidados de enfermería según el grado de hematuria relacionado con los gramos de próstata reseca. Asociación Española de enfermería en Urología [revista en Internet]* 2010 [13 de mayo del 2015]; N° 115. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=13453>
54. Mendoza J, Narváez R. cuidados de enfermería en la prevención de complicaciones cardiopulmonares durante la fase postoperatoria en pacientes hospitalizados en la clínica docente “Los jarales”, segundo semestre de 2012 [Tesis licenciado]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela; 2012. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/8605/1/Tesis%20EE2013%20M523%20J4.%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMER%20EN%20LA%20PREVENCION%20DE%20COMPLICACIONES%20CARDIOPULMONARES%20DURANTE%20LA%20FASE%20POSTOPERATORIA%20EN%20PACIENTES%20HOSPITALIZADOS%](http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/8605/1/Tesis%20EE2013%20M523%20J4.%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMER%20EN%20LA%20PREVENCION%20DE%20COMPLICACIONES%20CARDIOPULMONARES%20DURANTE%20LA%20FASE%20POSTOPERATORIA%20EN%20PACIENTES%20HOSPITALIZADOS%20)
55. López S. Implicación emocional en la práctica de la enfermería. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades [revista en Internet]* 2000. [Acceso 27 de mayo de 2015]; (7):172-180. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5120/1/CC_07-08_20.pdf
56. Sisalima J, Sotelo P. Aplicación de normas y principios técnicos en la elaboración de los reportes de enfermería en el departamento de medicina interna del hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca, 2010 [Tesis Licenciado]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2010. [Acceso 20 agosto de 2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3598/1/ENF24.pdf>

57. Hernández L. Cuidados y registros de enfermería. Hospital Nacional RebagliatiMartins [revista en Internet]* 2010 [13 de mayo del 2015]. Disponible en:
<http://www.reeme.arizona.edu/materials/Cuidados%20y%20Registros%20de%20Enfermeria.pdf>

ANEXO 1

Consentimiento para participar en un estudio de Investigación

Datos informativos

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Morales Huari Regina Soledad

Santamaría Chapoñán Luz Mariela

Título: Experiencia del Cuidado de las Enfermeras en el Post operatorio inmediato. Hospital I Naylamp EsSalud - Chiclayo, 2014.

Propósito del Estudio:

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: "Experiencia del cuidado de las enfermeras en el post operatorio inmediato. Hospital I Naylamp EsSalud - Chiclayo, 2014." Estamos realizando este estudio para describir, analizar y comprender la experiencia del cuidado de las enfermeras en el post operatorio inmediato, con la finalidad de conocer sus sentimientos y emociones relacionados con su experiencia de cuidado, permitiéndoles la oportunidad de reflexionar, criticar y mejorar en el día a día la práctica del objeto de la profesión: el cuidado.

La experiencia del cuidado es un acontecimiento que se vive y del que se puede aprender algo, además es una enseñanza que se adquiere con la práctica.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollarán los siguientes pasos:

1. Luego que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con las experiencias del cuidado de las enfermeras en el postoperatorio inmediato, las cuales serán grabadas en un grabador de voz Mp3, asignándole un seudónimo de flores, para proteger su identidad. Dichas preguntas tomarán un tiempo estimado de 20 minutos. La entrevista se realizará en la oficina del centro quirúrgico del hospital.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados a la institución donde usted trabaja. Dicho informe no brindará información que permita identificarla.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios:

No recibirá beneficio de ninguna clase.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con seudónimos de flores y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Luz Mariela Santamaria Chapoñan al Cel. 979283319, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

<p><i>Participante</i> Nombre: DNI:</p>	<p><i>Fecha</i></p>
<p><i>Investigador</i> Regina Soledad Morales Huari DNI: 46935573</p>	<p><i>Fecha</i></p>
<p><i>Investigador</i> Luz Mariela Santamaria Chapoñan DNI: 46933554</p>	<p><i>Fecha</i></p>

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“GUIA DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA BASADA EN UNA SOLA PREGUNTA”

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre la experiencia de cuidado de las enfermeras en el post operatorio inmediato, por lo que se le pide responder con sinceridad en sus respuestas. Le garantizamos que será anónima, para ello se le asigna un pseudónimo referente a nombre de flores.

Datos personales:

Seudónimo:

Especialidad:

Estudio post grado:

Experiencia laboral:

Pregunta norteadora:

¿Cuáles son sus experiencias del cuidado a personas en el post operatorio inmediato?

ANEXO 3

CUADRO DE ANÁLISIS NOMOTÉTICO

UNIDADES DE SIGNIFICADOS INTERPRETADOS	*	I	II	III	IV	V	VI	VII
<p>A. Entre la satisfacción e insatisfacción al brindar cuidado post operatorio.</p> <p>1.-Me siento alegre, tranquila y satisfecha por la pronta recuperación del post operado y frente a los cuidados que realizo.</p>	I ₃			C _{1,2,3,4}	C _{1,4}	C ₂	C _{2,4}	
<p>2.-Soy cariñosa y empática en el momento que brindo los cuidados y eso hace que me sienta tranquila y satisfecha porque brindo un cuidado integral.</p>	III ₁	C ₃		C _{2,3,4}	C _{1,4}	C ₂	C _{2,4}	
<p>3.-Me siento con impotencia porque hay familiares que no colaboran y no entienden los efectos de la anestesia, entonces esto hace que retrase la recuperación del paciente.</p>	III ₂	C ₃		C _{1,3,4}	C _{1,4}	C ₂	C _{2,4}	
<p>4.- Me angustia y me siento impotente, porque el medicamento no calma el dolor y eso genera mayor ansiedad en el paciente.</p>	III ₃	C ₃		C _{1,2,4}	C _{1,4}	C ₂	C _{2,4}	
<p>5.-Me sentí culpable porque no observe al post operado cuando se levantó rápidamente, llegando a la puerta del baño se desmaya, lo cogí con miedo y lo coloque en la camilla.</p>	III ₄	C ₃		C _{1,2,3}	C _{1,4}	C ₂	C _{2,4}	

6.-En el caso de los pacientes de la tercera edad que son intervenidos por catarata y de los pacientes post legrado uterino que vienen solos a la cirugía, ellos necesitan mayor apoyo de sus familiares por la cual esta situación me causa cólera y tristeza.	IV ₁	C ₃		C _{1,2,3,4}	C ₄	C ₂	C _{2,4}	
7.-Yo como madre me da pena y dolor al ver a los niños que despiertan asustados y llorando por el dolor.	IV ₄	C ₃		C _{1,2,3,4}	C ₁	C ₂	C _{2,4}	
8.-Me da pena ver a los niños irritados y llorando por el dolor, pero frente a su recuperación me da alegría.	V ₂	C ₃		C _{1,2,3,4}	C _{1,4}		C _{2,4}	
9.-Me sentí incomoda y triste frente a la respuesta cortante e indiferente de la persona post operada durante la educación que le brindaba acerca de los cuidados post operatorios.	VI ₂	C ₃		C _{1,2,3,4}	C _{1,4}	C ₂	C ₄	
10. Me sentí preocupada, frustrada y con cólera porque la post operada no le calmaba el dolor a pesar del tratamiento indicado.	VI ₄	C ₃		C _{1,2,3,4}	C _{1,4}	C ₂	C ₂	
B. Brindando un cuidado integral a la persona post operada.								
11. En pacientes post operado se valora el estado de conciencia y también la escala post anestésica, se realiza el control de signos vitales, la administración de medicamentos y una constante observación de	I ₁	C ₂	C _{1,2}		C _{3,5}		C ₁	C _{1,2}

la persona para evitar posibles complicaciones.								
12.- En el post operatorio se realizan cuidados hasta que disminuyan los efectos de la anestesia pero también se tienen en cuenta la parte física, emocional y espiritual de la persona.	I ₂	C ₁	C _{1,2}		C _{3,5}		C ₁	C _{1,2}
13.-No todos los pacientes responden igual a los efectos post anestésicos, algunos tienen escalofríos y les coloco colchas, frezadas para que disminuya el frio y otros hipotensión y se aumenta el goteo del cloruro.	II ₁	C _{1,2}	C ₂		C _{3,5}		C ₁	C _{1,2}
14.- Tuve una paciente post cesareada que presento hemorragia vaginal, abrí la llave de venoclisis para que pase a chorro el medicamento, realice masaje uterino y comuniqué al ginecólogo	II ₂	C _{1,2}	C ₁		C _{3,5}		C ₁	C _{1,2}
15.-Cuando observe a un post operado con tendencia al sueño y que se había retirado el oxígeno, rápidamente le coloque el saturómetro e indico saturación disminuida, también le administré oxígeno y lo coloqué en posición semifowler.	IV ₃	C _{1,2}	C _{1,2}		C ₅		C ₁	C _{1,2}
16.-Los niños post operados despiertan mareados, asustados, llorando y se desesperan pero la madre apoya y el niño se siente más tranquilo entonces controlo los signos vitales, realizo la valoración post anestésica y administro los medicamentos preescritos.	IV ₅	C _{1,2}	C _{1,2}		C ₃		C ₁	C _{1,2}

17.-Los niños post operados vienen muchas veces irritados, con llanto permanente debido a los efectos post anestésicos, por lo cual lo primero que hago es la valoración según la escala post anestésica, administro el tratamiento indicado, luego hago pasar a la madre y la educo sobre los cuidados y así disminuyo la ansiedad del niño	VI ₁	C _{1,2}	C _{1,2}		C _{3,5}			C _{1,2}
18.-Le explico a la madre ya que se desespera y se preocupa al ver a su hijo post operado llorando y gritando ya que no sabe los efectos de la anestesia.	VII ₁	C _{1,2}	C _{1,2}		C _{3,5}		C ₁	C ₂
19.-Me angustia verlos sufrir y llorar pero los padres nos ayudan al cuidado y eso hace que el niño se tranquilice y colabore conmigo además le trasmito confianza.	VII ₂	C _{1,2}	C _{1,2}		C _{3,5}		C ₁	C ₁
C. Responsabilidad vs temor e impotencia frente a las complicaciones post operatorias.								
20.-Hay post operados que la presión baja demasiado o aumenta pero igual monitorizo continuamente, realizo acciones de enfermería y comunico al médico de turno.	II ₃				C ₂	C ₁	C ₃	C ₃

<p>21.-Me siento impotente de no poder resolver complicaciones pero igual monitoreo continuamente hasta que sea evaluado y trasladado a un hospital de mayor complejidad</p>	<p>IV₂</p>		<p>C₃</p>			<p>C₁</p>	<p>C₃</p>	<p>C₃</p>
<p>22.-Me sentí con temor porque un post operado presento taquicardia, hipotensión y al examinar observo hemorragia, rápidamente realizo masaje uterino, coloco a chorro la oxitocina y comunico al médico.</p>	<p>V₁</p>		<p>C₃</p>	<p>C₂</p>		<p>C₃</p>	<p>C₃</p>	
<p>23.-En algunos casos presentan hipotensión y se puede recuperar pero si hay bradicardia, llamo al médico, pero inmediatamente realizo un electrocardiograma y controlo la frecuencia cardiaca.</p>	<p>VI₃</p>		<p>C₃</p>	<p>C₂</p>	<p>C₁</p>			<p>C₃</p>
<p>24.-Al monitorear a una post cesareada había una relación de la frecuencia cardiaca elevada y una presión arterial disminuida, por eso es importante el reporte de enfermería completo y detallado, para ver si tuvo alguna incidencia durante la operación</p>	<p>VII₃</p>		<p>C₃</p>	<p>C₂</p>	<p>C₁</p>	<p>C₃</p>		

