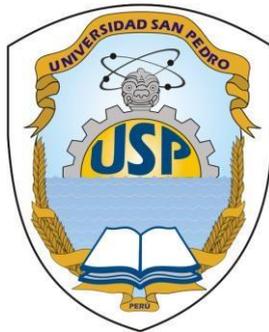


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Vivencias del paciente adulto frente al
cuidado pre operatorio Hospital Apoyo II
Sullana 2017**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en
Gestión del Cuidado en Enfermería

Autora: Sandoval Morán, María Fanny

Asesora: Arrestegui Alcántara, Juana Elsy

Sullana – Perú

2018

Palabras clave:

Español

Tema	Vivencias Adulto Cuidado Pre operatorio Paciente
------	---

English

Theme	Experiences Adult Pre-operative care Patient
-------	---

Línea de investigación

Salud Pública

Posgrado

GESTION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

**Vivencias del paciente adulto frente al cuidado pre
operatorio Hospital Apoyo II Sullana 2017**

INDICE

	Página N°
Palabras clave: en español e inglés	ii
Línea de investigación	iii
Título del trabajo	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	01-20
Metodología	21-33
Resultados	34-52
Conclusiones	53-54
Recomendaciones	55
Dedicatoria	56
Referencias bibliográficas	57-61
Anexos	62-65

RESUMEN

La presente investigación tuvo como **Objetivo:** Caracterizar las vivencias en el periodo pre operatorio, del paciente adulto que fue intervenido de colecistectomía, hospitalizado en el Servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II Sullana. Se sustenta en los referentes teóricos de: experiencia del paciente adulto, cuidado y preoperatorio; según Waldon, R. (2004,2008) y Long B. y otros (1999). **Metodología** fue un estudio cualitativo, de diseño fenomenológico, se recolectaron los datos mediante las entrevistas semiestructuradas develándose el fenómeno a través de las categorías. **Muestra:** Estuvo conformada por 10 participantes. **Consideraciones Finales:** A través de los discursos de los pacientes mientras eran atendidos y permanecían en el mencionado servicio, permitió develar sus vivencias el paciente, y estas fueron agrupadas en tres categorías: Transitando por el Periodo Pre quirúrgico/ Vivenciando reacciones de angustia y desesperación y Temor a la muerte. La primera categoría Transitando por el Periodo Pre Quirúrgico, se han construido con las sub categorías: Internalizando la experiencia pre quirúrgico, donde la información al paciente sobre el acto quirúrgico es importante, y Preparándome para la Intervención Quirúrgica, incluye la preparación física, psicológica y emocionalmente para enfrentar la experiencia quirúrgica. La segunda categoría Vivenciando reacciones de angustia y desesperación, construida con las sub categorías: Sentimientos de soledad, resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, porque los familiares se retiran. Incertidumbre frente al mañana a la intervención quirúrgica, siempre hay riesgo. Dificultad para la comunicación, en hospitalización, los familiares se retiran y ya no pueden comunicarse verbalmente. La tercera categoría. Temiendo a la muerte, el miedo a la muerte es un asunto cultural y por lo tanto, aprendido socialmente, este nace por temor a la intervención quirúrgica y a una sala de operaciones.

Palabras clave: Vivencias – Usuario- Cuidado pre operatorio.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to characterize the experiences in the pre-operative period of the adult patient who underwent cholecystectomy, hospitalized in the Surgery Service of Hospital Apoyo II Sullana. It is based on the theoretical referents of: experience of the adult patient, care and preoperative; according to Waldon, R. (2004, 2008) and Long B. and others (1999). Methodology was a qualitative study, of phenomenological design, data were collected through semi-structured interviews revealing the phenomenon through the categories. Sample: It was conformed by 10 participants. Final Considerations: Through the speeches of the patients while they were treated and remained in the aforementioned service, the patient was allowed to reveal their experiences, and these were grouped into three categories: Transiting through the Pre-surgical Period / Experiencing reactions of anguish and despair and Fear of death. The first category Transiting through the Pre-Surgical Period, have been built with the sub categories: Internalizing the pre-surgical experience, where the information to the patient about the surgical act is important, and Preparing for the Surgical Intervention, includes the physical, psychological and emotionally to face the surgical experience. The second category experiencing reactions of anguish and despair, constructed with the sub categories: Feelings of loneliness, result of affective, social and / or physical, real or perceived deficiencies, because the relatives retire. Uncertainty about the surgical intervention tomorrow, there is always risk. Difficulty in communication, in hospitalization, relatives leave and can no longer communicate verbally. The third category. Fearing death, the fear of death is a cultural issue and, therefore, socially learned, this is born out of fear of surgery and an operating room.

Keywords: Experiences – Adult - Pre-operative care

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

1.1.1 Antecedentes

Según la revisión bibliográfica realizada hasta la fecha, son pocos los trabajos cualitativos sobre las vivencias de los pacientes frente al cuidado en el preoperatorio. Entre los estudios encontrados, figuran los siguientes:

Mejía, R. (2008), en Lima Perú, realizó un estudio sobre: *Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay*. El objetivo fue identificar el nivel de ansiedad de pacientes en el preoperatorio. Se trata de un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. La muestra se constituyó de 90 pacientes, siendo la técnica la encuesta y el instrumento fue la Escala de ansiedad de Spielberg (IDARE). La prevalencia del nivel de ansiedad de la muestra fue de 78% considerándose alta por lo que existe una predisposición a estar ansioso, con reacción al aumento del estrés preoperatorio frente a una situación amenazante por la intervención quirúrgica. Asimismo, la prevalencia de ansiedad en mujeres fue de 56% dentro del nivel medio a alto de ansiedad. Las conclusiones entre otras fueron: Existe un grado de ansiedad media según los síntomas negativos con tendencia a alta durante el preoperatorio, siendo mayor en las mujeres, la identificación de este factor de riesgo permitirá un mejor manejo de la ansiedad para así direccionar la atención del paciente a disminuirlas.

Mejía, A. (2002), en su estudio titulado *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*, describe distintas conductas de los pacientes ante el estrés quirúrgico y su influencia en la evolución pre y postoperatoria. Basándose en una experiencia clínica con 303 enfermos, utiliza una metodología para el manejo terapéutico y preventivo del riesgo quirúrgico asociado al impacto emocional

que provoca la cirugía. Desarrollan un completo modelo para la investigación interdisciplinaria en el campo de la interconsulta médico- Psicológica y del psicoanálisis aplicado. Paciente de 30 años al ingresar al quirófano tuvo muchísimo miedo de que algo podría salir mal, de que de repente, me podía morir y dejar a mis hijos pequeños, ellos me necesitan, y mi esposo viaja mucho por su trabajo y ellos me necesitan aún.

Torres, D. y Priego, H. (2008), en su estudio titulado *Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica*, en México, se obtuvieron como resultados: La visita preoperatoria se efectuó mayoritariamente por las enfermeras generales (56%) en comparación a las enfermeras quirúrgicas (44%). Durante la visita preoperatoria no se realizó al 100% en cada una de las fases con las dimensiones de calidad humana y técnica, se observó que en la fase I (asesoría a pacientes) sólo el 25% de las acciones se realizaron y el 75% no se realizó, en la fase II (verificación del historial clínico) el 38% de las acciones se realizó y el 62% no se efectuó, en la fase III (valoración física del paciente) solo 44% de las acciones se realizaron y el 56% no, en la fase IV (verificación de ejecución de indicaciones preoperatorias) solo el 44% de las acciones se efectuó y el 56% no se realizó.

Yalta, V. (1994), en su estudio titulado *Efectos de la atención de enfermería preoperatoria a pacientes de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Lima Perú. En los servicios de Cirugía y Emergencia", los resultados fueron: El grupo control por sentir temor y experimentar mucho dolor tuvieron más molestias y su conducta fue negativa a comparación del grupo experimental. A la luz de estos resultados se considera la necesidad de desarrollar programas educativos preoperatorios.

Roldán, D. (2009), en su estudio titulado *Nivel de ansiedad en pacientes adultos que van a ser sometidos a cirugía electiva*", Trujillo, los resultados fueron: En una muestra de 75 pacientes, se encontró que respecto al género, en el género femenino, el 18.66%, 25,33% y el 13,33% corresponden al nivel de ansiedad ausente, leve, moderado, respectivamente. En el género masculino el 17,33% y

el 14,66% corresponden al nivel de ansiedad ausente y leve, respectivamente. En relación, al nivel de instrucción, en el nivel de educación primaria, se obtuvo los mayores porcentajes 5,3% y 4% en el nivel de ansiedad ausente y moderada, respectivamente. En el nivel de educación secundaria, el 21,3% y 20% corresponden al nivel de ansiedad ausente y leve, respectivamente. En educación superior se pudo observar que el 10,6%, 16%, y el 10,6% corresponden al nivel de ansiedad ausente, leve y moderado, respectivamente. Con respecto al estado civil, de los pacientes solteros el 13, 13% y 12% corresponden a los niveles de ansiedad ausente y leve, respectivamente. De los casados el 18, 66%, 22,6% y el 10,66% corresponden al nivel de ansiedad ausente, leve y moderada, respectivamente. Los pacientes divorciados el 4%, corresponden al nivel de ansiedad leve. Los pacientes viudos el 2,66%, 1,33% y el 2,66% corresponden al nivel de ansiedad ausente, leve y moderada, respectivamente. Con respecto al nivel socioeconómico, hallaron que los pacientes presentaron mayor nivel de ansiedad ausente y leve en los 5 niveles socioeconómicos. Así el 10,66%; 6,66% corresponde al nivel E. El 18, 66% y 21,33% al nivel D. El 6,66% y 10,66% al nivel C. 1,33% en el nivel B. En la relación entre la urgencia de la operación y el nivel de ansiedad, hallaron que los pacientes cuya operación es urgente, demostraron mayores porcentajes en los cuatro niveles de ansiedad. Así el 29,33%, 30,66%, 17,33% y el 2,66%; corresponden al nivel ausente, leve, moderado y grave, respectivamente.

Oscoco, O. y Otros (2010), en su estudio titulado *Actitud que adopta la enfermera durante la atención y Nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público de Pisco, Perú 2010*, Pisco. Los resultados fueron: de un total de 30 pacientes que la actitud que adopta la enfermera durante la atención fue favorable en un 87%. Por otro lado, el 63% de pacientes presentó ansiedad leve, no encontrándose ninguno con ansiedad grave. Un alto porcentaje del grupo entre 20 y 40 años presentó mayor incidencia de ansiedad hacia la cirugía, tal vez por ser éste el grupo de edad con mayores responsabilidades.

Cabrera, S. y Paredes, M. (2006), en su estudio titulado *Grado de ansiedad y Nivel de información en usuarios en fase preoperatoria de cirugía abdominal. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote*. Los resultados fueron: de un total de 47 usuarios en fase preoperatoria de cirugía abdominal el 55,3% presentó un Grado de Ansiedad Moderada y el 44,7 % presentó un Grado de Ansiedad Normal o Leve, no se encontraron usuarios que evidencien grados de Ansiedad Severa y Grado Máximo de Ansiedad. El 87, 2 % de los usuarios presentó un Nivel de Información Bajo a comparación del 12,8 % que presentó un nivel de Información Alto. Se encontró relación altamente significativa entre las variables de estudio: Grado de Ansiedad y Nivel de Información en usuarios en fase preoperatoria de cirugía abdominal ($p=0.0414$).

1.1.1 FUNDAMENTACION CIENTIFICA

1.1.2.1 COLECISTITIS.

Definición:

Inflamación de la pared de la vesícula biliar. Se debe a la presencia de cálculos en el conducto cístico, que desemboca en el colédoco. (Torres, 2004).

Etiología

En el 90% de los casos, la colecistitis aguda es causada por la presencia de cálculos biliares en la vesícula biliar. Otras de las causas también pueden ser enfermedad grave, consumo excesivo de alcohol y, en raras ocasiones, tumores de la vesícula biliar.

La colecistitis aguda hace que la bilis quede atrapada en la vesícula. La acumulación de la bilis ocasiona irritación y presión en la vesícula, lo cual puede conducir a infección bacteriana y perforación del órgano. Los cálculos biliares ocurren con más frecuencia en mujeres que en hombres y se vuelven más comunes con la edad en ambos sexos. La tasa de este tipo de cálculos es mayor en los aborígenes estadounidenses.

Signos y síntomas:

- Masa en el cuadrante superior derecho.

- Dolor en el cuadrante superior derecho.
- Náusea.
- Vómito.
- Fiebre.
- Escalofríos.
- Distensión abdominal.
- Taquipnea.
- Acidosis metabólica.

Tratamiento:

Tratamiento no quirúrgico:

- Medidas de sostén y dietoterapia.
- Farmacoterapia
- Extracción no quirúrgica de los cálculos.
- Litotripsia extracorporal con choque de onda
- Litotripsia intracorporal.

Tratamiento Quirúrgico

Usualmente se necesita la cirugía para extirpar la vesícula biliar (colecistectomía) en presencia de cálculos.

Esta operación se debe realizar lo más pronto posible, aunque algunos pacientes no necesitan cirugía inmediatamente (Brunner y Suddarth 2013).

Complicaciones:

- Empiema (pus en la vesícula biliar).
- Gangrena (muerte del tejido) de la vesícula biliar.
- Lesión de las vías biliar que drenan hacia el hígado (una complicación ocasional de una colecistectomía).
- Pancreatitis.
- Peritonitis (inflamación del revestimiento del abdomen)

Colecistectomía:

Es la cirugía para extirpar la vesícula biliar, en el cual se emplea un corte quirúrgico abierto en lugar de un laparoscopio.

Descripción:

- Es la cirugía abierta de extirpación de la vesícula biliar, un cirujano hace corte quirúrgico grande en su abdomen para abrirlo y ver el área. El cirujano extrae luego vesícula biliar llegando a ella a través de la incisión, separándola de otros órganos y secándola suavemente.
- La cirugía se hace mientras usted está bajo anestesia general (dormido y sin dolor).
- El cirujano hará un incisión de 5 a 7 pulgadas en la parte superior derecha del abdomen, justo debajo de las costillas, y cortara el conducto biliar y los vasos sanguíneos que llevan a la vesícula biliar. Luego, le extraerá la vesícula biliar.
- La cirugía de extirpación abierta de la vesícula biliar toma aproximadamente una hora.

Los riesgos de la cirugía de la vesícula biliar abarcan:

- Sangrado.
- Infección.
- Lesión al intestino delgado o al intestino grueso.
- Pancreatitis (inflamación del páncreas).

1.1.2.2 CUIDADOS PRE-OPERATORIOS:

Es el conjunto de acciones realizadas al paciente previo al acto quirúrgico, destinadas a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar el stress quirúrgico y prevenir complicaciones postoperatorias.

Las actividades de enfermería en el preoperatorio se inician:(Fernández P. y Espuñes E.2012).

Valoración

- Valora las condiciones psíquicas del paciente y familia frente a la intervención quirúrgica, reconociendo temores y angustias.

- Evalúa las condiciones físicas del paciente.
- Determina el diagnóstico del paciente y el tipo de cirugía que se realizará y las condiciones específicas del médico cirujano.
- Evalúa la experiencia quirúrgica previa del paciente y el grado de conocimiento sobre esta intervención quirúrgica.
- Evalúa la capacidad de comprensión del paciente y familia frente a la educación.
- Evalúa funcionamiento vesical y hábito intestinal del paciente.
- Averigua con el paciente y familia, sobre alergias a medicamentos y/o antisépticos.
- Valora el estado de la piel y de las mucosas especialmente en zona operatoria
- Controla los signos vitales del paciente y evalúe sus posibles alteraciones.

Plan

Objetivos

- Preparar físicamente al paciente (piel, mucosas, intestino, vejiga y otros) para la intervención quirúrgica de acuerdo a su patología, edad y estado clínico, indicaciones del médico y/o normas establecidas
- Preparar psíquicamente al paciente y familia con el propósito de disminuir el grado de ansiedad y temor con respecto a su intervención
- Prevenir complicaciones que impidan una rápida recuperación (infecciosas, respiratorias, vasculares y otras) postoperatoria.
- Educar al paciente y familia sobre su patología e intervención quirúrgica.

Equipo

- Preparar el o los equipos de acuerdo a las actividades a realizar, al tipo de intervención e indicaciones médicas.

1.1.2.3 PREOPERATORIO (12 horas antes)

- Revisa indicaciones médicas e identifique al paciente.
- Explica amable y cortésmente toda la preparación que se hará según el tipo de cirugía.
- Controla signos vitales, mida peso-talla y observe estado de la piel
- Tome muestra de exámenes indicados.
- Administre un enema evacuante si está indicado.
- Pida al paciente que se tome un baño de ducha, si su condición lo permite, con jabón corriente.

Preoperatorio inmediato

Algunas de estas actividades se pueden realizar en la sala o en el pabellón de operaciones:

- Controla signos vitales.
- Comprueba que el paciente esté en ayunas.
- Entregar la camisa limpia y pídale que se duche (si su condición se lo permite).
- Prepare el equipo necesario para lavar zona operatoria con solución antiséptica
- Solicite al paciente que se acueste despejándose la zona operatoria
- Lavar la zona en forma amplia, dando especial énfasis a zonas de pliegues y ombligo
- Si en la zona operatoria hay abundante pelo o vello éste se corta a ras de la piel con tijera o clipper.

- Si el cirujano solicita rasurado de la zona se debe hacer 20 a 30 minutos previo a la cirugía, en forma cuidadosa evitando lesionar la piel. Mayor tiempo aumenta el riesgo de contaminación de la zona.
- Realiza aseo de cavidades al paciente si es necesario.
- Si está indicado instale: vía venosa; sonda nasogástrica; sonda Foley

- Revisa las uñas del paciente. En caso necesario, remueva esmalte y límpielas.
- Administra medicamentos según indicación como: sedantes, analgésicos u otros. Observe posibles reacciones del paciente a la administración de fármacos.
- Identifica al paciente colocando un brazalete con nombre, número de cama, pieza y servicio.
- Retira: prótesis dental; audífonos; lentes; joyas; adornos del pelo, etcétera.
- Pida al paciente que orine (si su condición lo permite).
- Comprueba que la ficha clínica esté en orden con todos los informes de los exámenes solicitados y radiografías.
- Revisa y verifique que toda la preparación necesaria y solicitada esté hecha (ver formulario adjunto). Regístrela.
- Controla signos vitales y compare los parámetros obtenidos con los anteriores.
- Informa al paciente y familia a qué hora entrará al pabellón, en qué lugar puede esperar la familia y a qué hora se le dará información.
- Registra en formulario de enfermería toda la preparación realizada al paciente tanto física como psíquica, fármacos administrados, parámetros de signos vitales, preparación zona y quién lo recibe en pabellón.
- Espera que llamen al paciente desde pabellón, trasládalo y entréguelo a la enfermera de pabellón.

Observaciones

- El paciente en esta etapa está muy sensible, con temor y angustia frente a la intervención quirúrgica.
- El baño desengrasa la piel y elimina microorganismos, mantenga privacidad y respete el pudor del paciente.

- En caso de haber zonas contaminadas (vagina, ano, úlceras, estomas, etc.) se cubren y se preparan al final, evitando contaminar el área limpia.
- El rasurado puede causar pequeñas lesiones o micro abrasiones exponiendo posiblemente el tejido subyacente a la infección.
- Proteja al paciente después de administrar sedantes.
- Cuide y proteja las pertenencias del paciente para evitar pérdidas y deterioro, según las normas del servicio.
- Cualquier alteración o diferencia debe avisar al médico.
- Tenga una actitud de comprensión frente a la angustia y temor de la familia.

Educación

Educa al paciente y familia sobre:

- La patología y el tipo de intervención que se realizará.
- Tipo de preparación que necesita para el acto quirúrgico (preparación intestinal, zona operatoria, ayuno, etcétera).
- Tipo de monitorización que se usará en el pabellón.
- Ejercicios respiratorios y de extremidades y la importancia que tiene realizarlos en el período postoperatorio.
- Características de la atención proporcionada en su período postoperatorio inmediato (lugares, restricción de visitas y otros).

Evaluación preoperatoria

- Valora al paciente en forma integral (física y psíquicamente).
- Controla signos vitales en los momentos establecidos.
- Realiza los exámenes diagnósticos solicitados.
- Prepara zona operatoria según normas y /o indicación
- Cumple indicaciones sobre instalación de vías (SNG, Sonda Foley, vía venosa, etcétera)
- Administra medicamentos indicados.
- Verifica que la ficha estaba completa y en orden.

- Registra en formulario de enfermería todos los procedimientos realizados
- Educa al paciente y familia sobre su patología, tipo de intervención, y condiciones del postoperatorio inmediato. (Torres, D. Y Priego, H. 2008).

1.1.2.4 VIVENCIA

El término VIVENCIA proviene del latín *vivere* que significa tener vida o existir. En este orden de ideas, vivencia alude a la experiencia de vida, al modo de vivir. Husserl definía a la vivencia como la propia experiencia que, con participación consciente o inconsciente del sujeto se incorpora a su personalidad. De esta manera las vivencias suponen las experiencias de lo que se vive en el cotidiano de un sujeto en una determinada realidad siendo esta peculiar en su género (Rocher, 2006).

Las vivencias son fenómenos «interiores» de los seres vivientes; transcurren en la «inmanencia» de su propio ser y no más bien en el «exterior» de este; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran «hacia dentro» de la misma vida y no «hacia fuera» de esta. Las vivencias permiten a estos seres experimentarse a sí mismos como «sujetos» de ellas y no como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad de estos seres animados, estas vivencias se consideran «entidades subjetivas» (Leyva, 2010).

Usualmente, la palabra vivencia tiene una connotación ligada a lo emocional. Sin embargo, ya la primera acepción que registra el diccionario permite designar a un campo más vasto de actos subjetivos como vivencia: «El hecho de vivir o experimentar algo, y su contenido». Esto es más acorde con la fenomenología, que entiende por vivencia toda clase de actos conscientes inmanentes al sujeto: percepciones, recuerdos, expectativas,

actos de fantasía, deseos, sentimientos, entre otros. Por consiguiente, bajo el título de vivencia se registran no solo emociones afectivas sino también sensoriales, imaginativas, volitivas, que sirven de matriz al pensamiento conceptual y se entrelazan con el ser. (Santana, 2014)

Según Vilarroya (2010). Las vivencias en cuanto a la relación interpersonal con los familiares; a la comunicación (con el personal de salud, familiares, amigos); a la situación laboral interrumpida por la enfermedad; a la soledad, es decir, a estar alejado de los familiares, de su entorno habitual y cotidiano; las vivencias en relación a las nuevas actitudes que expresan frente al accionar del equipo de salud; en cuanto a la situación que vive el enfermo adoptando una posición valorativa expresada a través de gestos, postura conductas o relatos que forman parte de su personalidad; a los nuevos sentimientos que experimenta y que guarda relación con el grado de conocimiento con respecto a la unidad de aislamiento.

Estudiaremos las vivencias adoptando la de Aymar, A y Defilipe, M (2009), que la definen como “Experiencias conscientes e inconscientes del sujeto desarrollados durante una situación o fenómeno determinado en su modo o momento de vida (en este caso durante su enfermedad), ante lo cual el individuo adopta una posición valorativa, que genera distintos sentimientos observables a través de los gestos, posturas, conductas o su relato oral y que forman parte del acervo de su personalidad.”

Stevens, O en 1976 define a la vivencia, “como todas las experiencias conscientes e inconscientes que el sujeto desarrolla a lo largo de su vida, la vivencia es lo que vivo aquí y ahora, y a esta le voy incorporando diferentes experiencias.”

Las distintas vivencias posibilitan el darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones adquiridos por la experiencia y esto hace que formemos valores, creencias

y actitudes personales durante el transcurso de nuestras vidas. Este concepto nos hace recordar que la hospitalización es una experiencia e influirá en la manera de comportarse tanto del paciente, familia, amigos y sobre el equipo de salud. Una vivencia alberga todos los procesos cognitivos que suceden en un momento determinado y que quedan unidos permanentemente de tal forma que una vez registrada la vivencia, activa el resto de los procesos, es por eso que la vivencia no es solo la unidad inicial del funcionamiento cerebral, sino también la única, cada vivencia es única y solo representa una pieza del conocimiento particular.

Por lo detallado hasta acá la vivencia puede referirse a cosas presentes (lo que se percibe, percata, experimenta) y se distinguen los siguientes tipos:

- Vivencias Activas: las que son elegidas por el sujeto, obedecen a una orientación, existe reacción vivencial. Es respuesta con sentido, motivada, de tonalidad afectiva a una vivencia.
- Vivencias Pasivas: son propias del sujeto alojadas en el subconsciente, reavivadas o emanadas en el momento preciso, ante la repetición de un proceso perturbador o no.

Para comprender como vivencia el acto quirúrgico del paciente adulto, se debe considerar su entorno familiar, su historia de vida, su relación de pareja, su plan de vida, sus sentimientos y emociones, sus conflictos, su contexto sociocultural. Este estudio contribuirá a mejorar el cuidado de enfermería al paciente porque conocerá de forma directa sus necesidades en el diario vivir manifestado a través de sus relatos.

La realización del estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta desde el punto de vista social, práctico, metodológico, teórico y filosófico. (Fariñas, G.2009).

1.1.2.5 INVESTIGACIÓN FENOMENOLÓGICA,

Desde la perspectiva de Martin Heidegger. Los conceptos principales que se desarrollan en el abordaje teórico son: fenomenología, cura-cuidado, y pre-ocupación. Asimismo la conceptualización de cuidados preoperatorios y vivencia.

El concepto de fenomenología, etimológicamente, se deriva del griego φαινομενολογία (todo lo que se muestra, manifiesta o aparece ante un individuo que se interroga) y λογότυπα (que significa estudio o tratado). La fenomenología tiene su origen en el pensamiento de Edmund Husserl a inicios del siglo XX, quien propugna que es un método que intenta entender de forma inmediata el mundo del hombre, mediante una visión intelectual basada en la intuición de la cosa misma, es decir, el conocimiento se adquiere válidamente a través de la intuición que conduce a los datos inmediatos y originales (León, 2009).

La fenomenología fue un soplo de aire fresco en el mundo filosófico a principios del siglo XX, que a su vez, iba unido a cierta resonancia de pureza espiritual, de genuina búsqueda de una nueva inocencia; la actitud fenomenológica orienta una delicada y minuciosa tarea: detectar las operaciones de este verdadero mundo antes del mundo (que es la conciencia), interceptando y neutralizando instancias fijadas en convicciones hasta ahora no atendidas y que hacen del mundo algo natural y, que en realidad, se asientan en la aludida actitud natural. El arte de la descripción es resultado de esta implacable y exhaustiva la vez que infinita, tarea de develamiento.

La expresión fenomenología significa primariamente una concepción metodológica. No caracteriza el qué de los objetos de la investigación, sino el cómo de esta. La fenomenología es hacer ver desde sí mismo aquello que

se muestra, y hacerlo ver tal como se muestra desde sí mismo. (Pérez, C.2001).

Heidegger define el concepto de fenomenología en Ser y Tiempo como: lo que se muestra, sacar a la luz, hacer que algo sea visible en sí mismo, poner a la luz. Ahora bien, lo que se puede mostrar en sí mismo, por sí mismo, de diferentes maneras, según cuál sea el modo de acceso a ello (Heidegger, 2000)

La fenomenología es investigación sobre el ser de los entes. El ser de los entes es comprensible como fenómeno, es decir, en cuanto un mostrarse en su cómo. Si se quiere ser estrictamente fenomenológico en el análisis de la vida humana, lo que inmediatamente aparece en la vida y para la vida es el cuidado, deduciendo por tal cómo la vida humana se cuida en todo momento de sí misma. La observación es un modo derivado del cuidado. El mundo está presente en la vida y para ella, pero no en el sentido de algo que es simplemente mentado y observado. Esta movilidad de existencia del mundo se activa sólo cuando la vida fáctica supone la actividad de su tratado cuidadoso (Heidegger, 2006).

En la fenomenología, definida precisamente por Husserl como una descripción de las esencias que se presentan en las vivencias puras, mejor dicho, como una ideología descriptiva de las vivencias puras, el flujo de lo vivido o corriente pura de lo vivido es anterior a la esfera psicológica, anterior a lo físico y a lo psíquico, que se encuentra dentro del flujo vivencial. Las vivencias, entendidas como unidades de vivencia y de sentido, deben ser descritas y comprendidas, pero no explicadas mediante procesos analíticos o sintéticos, pues son verdaderamente unidades y no sólo agregados de elementos simples. La vivencia es efectivamente "vívida", esto es, experimentada como una unidad dentro de la cual se insertan los elementos que el análisis descompone, pero la vida psíquica no está constituida únicamente por vivencias sucesivas, sino que éstas y los

elementos simples, junto con las aprehensiones, se entrecruzan continuamente (Pastor, 2007).

Por otro lado, las vivencias se "descomponen", por así decirlo, en vivencias particulares y subordinadas, que pueden interrumpirse en el curso temporal sin dejar de pertenecer a una misma vivencia más amplia y fundamental. Así, por ejemplo, puede darse inclusive una vivencia que se repite a lo largo de toda una vida y a la cual se incorporan múltiples elementos, agrandándola y enriqueciéndola, junto con otras vivencias que penetran en la anterior, pero que pertenecen a unidades distintas. (Ferrater, 2004).

En las ciencias de la salud, en especial en enfermería en su interacción con su sujeto de atención, trata de procesos complejos, cuya explicación no está al alcance del método clásico de la investigación; esto es, una nueva modalidad que explica el actuar del profesional de enfermería, porque es importante describir y comprender aquellos fenómenos de la experiencia humana. Con este enfoque es posible dar respuesta a la interrogante que nos hacemos cuando tenemos un paciente que será sometido a una intervención quirúrgica y nos preguntamos ¿Qué siente y experimenta este paciente? ¿Cuáles serán sus temores?

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

Las intervenciones quirúrgicas siguen representando hoy en día un indudable evento estresante, que marca la vida de una persona, sea niño/niña, adolescente o adulto, pues constituyen una fuente de estrés que enfrenta el paciente ante una situación muchas veces desconocida, alrededor de la cual se generan altos montos de angustia/ansiedades. Las cuales, la mayoría de las veces, tienen que ver con la muerte, la anestesia, el dolor, la separación con la familia, vivencias, sentimientos y la hospitalización.

Por otro lado, cuando el equipo de cirujanos toma la decisión de realizar la

intervención quirúrgica, muchas veces el paciente no está preparado y le toman al paciente como un elemento general y abstracto, generando en él una carga dramática; por estas razones se hace necesario pensar en la generación de espacios en los que se facilite la tramitación de las vivencias ansioso/angustiosas generadas por la realidad quirúrgica. Ya que hasta el momento los pacientes han debido apelar a sus propios recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y a la cirugía, intentando sortear con mayor o menor éxito las exigencias de las situaciones que engloba la cirugía (pre- operatorio, intervención y postoperatorio).

De este modo, prácticamente desaparece el caso a caso, se borra de cierta forma la subjetividad, acallando el sufrimiento y la angustia del paciente en tanto ser individual. Desde esta perspectiva, y tomando en cuenta la realidad de lo médico en nuestro país, podríamos pensar que el discurso actual de la salud ha logrado la primacía de la enfermedad por sobre el enfermo. Sin embargo, los pacientes o usuarios de los sistemas de salud, manifiestan cada vez más lo que el discurso científico ha intentado relegar a un segundo lugar que son las vivencias de cada persona que es sometido a una intervención quirúrgica.

En este contexto, la materia de la presente investigación está orientada hacia el estudio de aspectos que influyen en gran medida en la relación al tipo de cirugía y al personal quirúrgico. Su abordaje posibilita que la atención del paciente no sólo se establezca en los aspectos biológicos de la enfermedad sino también en los aspectos psicológicos y emocionales hacia lo desconocido.

En este sentido, la investigadora en su experiencia como enfermera en dicha unidad, observó que los profesionales de enfermería por la recarga de trabajo que tienen en el servicio de cirugía, no dispone de un tiempo para estar cerca del paciente y comunicarse adecuadamente, situación que no se aprecia en la interrelación durante su cuidado con la persona en el preoperatorio mediato e inmediato.

Por tanto, surge la necesidad de conocer, profundizar el estudio de estas vivencias por parte de los pacientes en el preoperatorio y de los cuidados que necesitan ante de ir al quirófano. Así mismo también servirá de guía para trabajos de investigación en otros servicios de este hospital y de nuestro medio.

Finalmente, esta investigación nos dará la posibilidad de poder entender las vivencias de nuestros pacientes y mejorar los cuidados brindados bajo el enfoque de cuidado holístico y evaluar las guías de procedimientos del preoperatorio que estén orientadas a una atención integral de salud donde la seguridad del paciente se evidencie con la intervención de enfermería.

1.3 PROBLEMA

1.3.1 Descripción de la Realidad Problemática

El cuidado de Enfermería en el preoperatorio se inicia con la valoración del paciente y en la actuación del profesional de enfermería para disminuir riesgos y detectar alteraciones que puedan complicar la intervención quirúrgica, cabe indicar que para ser efectivo y eficaz en dicha etapa es necesario la labor en equipo y de esta manera aumentar el nivel de la calidad de los cuidados (Pisa Farmacéutica, 2011). Para que se den complicaciones en los pacientes destinados a una cirugía, deben existir varios factores como las enfermedades preexistentes, uso de fármacos habitualmente, antecedentes quirúrgicos y hospitalizaciones anteriores; así como a la preparación de la intervención quirúrgica, especialmente en el baño previo a la cirugía, corte del vello en el sitio quirúrgico, preparación del campo quirúrgico, higiene de manos del personal de salud y la profilaxis con antibióticos. Previo a la cirugía los pacientes en ocasiones presentan alteraciones emocionales, entre ellas aumento de estrés y del nivel de ansiedad, estos factores pueden repercutir en la rehabilitación del enfermo. (Long, B. y otros.2009).

Algunos estudios revelan que en la etapa preoperatoria más de la mitad de los pacientes presentan temor y miedo ante el riesgo de morir, alteraciones en el pensamiento, dificultad para moverse, etc. (Fuller, J. 2005).

Durante la fase preoperatoria, muchas veces el personal de enfermería tiene poca comunicación verbal con los pacientes, el consentimiento informado no se cumple según protocolo, por falta de tiempo, demanda de pacientes y escasos insumos, en algunos casos se pone mucha atención a la preparación física y omitiendo procedimientos importantes como el apoyo emocional al paciente, y control de la ansiedad. Ante esta situación queda la interrogante que a continuación es referida.

1.3.2 Pregunta Norteadora

¿Cuál es la vivencia del paciente adulto que será intervenido de colecistectomía frente al cuidado pre operatorio atendido en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo II Sullana 2017?

1.4 OBJETO DE ESTUDIO

Vivencias del paciente adulto que será intervenido de colecistectomía frente al cuidado pre operatorio atendido en el servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II Sullana 2017.

1.5 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo General

Caracterizar las vivencias en el periodo pre operatorio, del paciente adulto que será intervenido de colecistectomía, atendido en el Servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II Sullana.

1.6.2 Objetivos Específicos

Describir las vivencias en el periodo pre operatorio, del paciente adulto que será intervenido de colecistectomía, atendido en el Servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II Sullana.

Analizar las vivencias frente a los momentos difíciles, en el periodo pre operatorio, del paciente adulto que será intervenido de colecistectomía, atendido en el Servicio de Cirugía del Hospital Apoyo II Sullana.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Considerando el rigor epistemológico, el presente estudio es una investigación cualitativa con trayectoria fenomenológica basada en el pensamiento del filósofo alemán Martín Heidegger. Identificó la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica, buscando reconstruir la realidad tal y como la observa la investigadora.

El método fenomenológico viene conquistando cada vez más el reconocimiento en las investigaciones cualitativas, principalmente en el área de salud con destaque en la enfermería. Es un proceso flexible, activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual se toman decisiones sobre lo investigado en el marco de la interacción con el fenómeno, objeto de estudio; el investigador y el objeto de investigación se influyen mutuamente con la característica fundamental de ver los acontecimientos, acciones, normas, valores, entre otros, desde la perspectiva de las personas que están siendo estudiadas.

La investigación cualitativa permite la exploración de los humanos por los humanos, de modo que reconoce el valor de toda evidencia, la inevitabilidad y valía de la subjetividad, el valor de una visión holística y la integración de todos los patrones del saber. Se describe como holística, porque se preocupa de los seres humanos en su ambiente, en toda su complejidad, se basa en la premisa de que el obtener conocimiento de los seres humanos es imposible, sin describir cómo se vive y cómo se define la experiencia humana por los actores mismos (Cuesta, 2010).

El referencial fenomenológico busca el significado de la experiencia vivida, contribuye a la búsqueda de la comprensión del hombre, sujeto del cuidado, y viene, por lo tanto, al encuentro de los propósitos de la enfermería.

2.2. METODO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se basó en la fenomenología hermenéutica. La investigación cualitativa se asienta en la premisa de que el conocimiento de los seres humanos no es posible sin describir las experiencias de los propios hombres, de la forma en que las viven y como las describen ellos mismos. El descubrimiento del significado de los fenómenos humanamente experimentados, a través del análisis de los discursos, es estudiado por la fenomenología.

Heidegger plantea un problema, es la pregunta por el «ser» como algo constitutivo y fundamental de todo que hacer filosófico, al mismo tiempo que denuncia el olvido de esta cuestión por parte de los mismos filósofos griegos que iniciaron una investigación rigurosa sobre el «ser». Platón y Aristóteles no lograron definirlo, sino que oscurecieron su sentido al tratarlo como «ente», como una «presencia» e, incluso, como una simple copula: aquello que define sin definirse a sí mismo (Heidegger, 2010, citada por Castro 2015).

Heidegger se propone delimitar con precisión los ámbitos de lo ontológico (ser) y lo óntico (ente), cuya escisión asimiló al primero, al ser, con la permanencia y la eternidad, en oposición al carácter sumamente efímero y cambiante del «ente». Esta escisión se pretende eliminar mediante un enraizamiento del «ser» en la temporalidad. También intenta establecer una ontología distinta, una superación de la metafísica tradicional «olvidadiza» de la cuestión del ser, mediante una analítica existencial: es el hombre el que se pregunta por el sentido del ser (Dasein, ser-ahí) y, por lo tanto, todo estudio de esta cuestión requiere un examen previo de lo que es el hombre, entendido no de manera genérica, sino como aquello que abre la visión del ser y a través de lo cual deja oír su voz ((Heidegger, 2010, citada por Castro 2015).

El «Dasein» es el hombre, aquel ser que posibilita que el ser esté presente y pueda ser interpretado, pero no ha de entenderse como una cosa, sino como un poder-ser, como el lugar en el que se manifiestan y despliegan sus posibilidades. El hombre está condicionado por la facticidad. Más allá de la filosofía de Husserl, Heidegger se propone volcar la fenomenología en la hermenéutica, pues aquella no está libre de prejuicios ni puede considerarse una descripción neutral y transparente de lo real, ni la propia consciencia un yo imparcial (Heidegger, 2010, citada por Castro 2015).

El estudio se basa en las ideas de Martin Heidegger, filósofo alemán máximo representante del existencialismo filosófico, el análisis de los discursos se hizo considerando el rigor epistemológico que exige un conocimiento de principios filosóficos, lo que permitió la captación del fenómeno vivido por la persona adulta atendida en el servicio de cirugía ((Heidegger, 2010, citada por Castro 2015).).

2.3 SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN

La muestra estuvo conformada por pacientes adultos que fueron atendidos en el servicio de cirugía del Hospital II Sullana, de ambos sexos, durante el periodo 2017, y que en el momento de aplicar las entrevistas se encontraron despiertos, lúcidos, hemodinámicamente estables y que aceptaron en forma voluntaria conceder las entrevistas y participar en el estudio. El número de participantes fue 10, y se determinó por saturación de las propias descripciones, es decir con la técnica de «Bola de Nieve». Para la caracterización de los participantes en el estudio, se asignó un código que permitió mantener el anonimato en la investigación y que se relaciona con el orden de la identificación realizada en la entrevista.

2.4 ESCENARIO DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en el servicio de cirugía del Hospital II Sullana, a pacientes adultos de ambos sexos, durante el periodo 2017.

La Sub Región de Salud Inicia sus actividades y atención en Salud el año 1963 a través del Hospital de Apoyo II – Sullana dando énfasis a acciones de Prevención, Promoción, Recuperación e Investigación.

Siendo su primer director encargado de su funcionamiento Dr. Félix Arrieta Coello quien recepciona la infraestructura y equipamiento que fue donado por medio de un convenio con Alemania.

En el año 1975 se produce una reestructuración en el Ministerio de Salud creando las Regiones de Salud.

En el año 1981 pasa a ser el Organismo de Desarrollo Regional del Norte con jurisdicción en el departamento de Piura y Tumbes. En esta etapa la Región de Salud Piura y Tumbes se estructura bajo la forma de Áreas Hospitalarias que eran Unidades Orgánicas cuya red de Establecimientos de Salud se organiza por niveles de atención.

En la Región se contaba con el área Hospitalaria de Piura cuyo eje era el Hospital Cayetano Heredia, se contaba con el área Hospitalaria de Sullana cuyo eje era el Hospital de apoyo III y el área Hospitalaria de Tumbes. En el año 1986 se inicia el proceso de descentralización y desconcentración en el país pasando a cambiar de áreas hospitalarias a Unidades Territoriales de Salud “UTES” teniendo como director a Dr. Arnaldo Valdivieso, sucediéndolo en el año 1,990 el Dr. Miguel Coquis Arselles, Dr. Lizardo Yáñez Gómez respectivamente. En 1992 se produce la desactivación de las Unidades Territoriales de Salud pasando a ser Sub Región de Salud el 30 de Abril de ese mismo año, asumiendo como director el Dr. Fernando Calderón Cardó, posteriormente con Resolución Directoral N° 612-97-CTAR-RG.SRSLCC-DSRS-OPER. se oficializa su creación.

En el año 1993, asume la Dirección el Dr. Hugo Pérez Petty, sucedido por el Dr. Percy Ibazeta Cabello respectivamente.

En el año 1994, asume la Dirección el Dr. José Leyton Abad y en el año 2001, respectivamente la Dra. Ana María Palacios Farfán, sucedida por el Dr. Percy Ibazeta Cabello en el año 2002 y quien por segunda vez se desempeñaría como Director. En el año 2003 Asume la Dirección Sub Regional de Salud, el Dr. Walter Vegas Olaya. A partir del año 2004, se implementa el SIS el cual beneficia a la población de escasos recursos económicos de la Sub Región de Salud. En el año 2006, el Dr. Manuel castro Álamo asume la Dirección por espacio de tres años. En el año 2009, asume la Dirección el Dr. Daniel Sánchez Huayan, culminando su periodo a fines de año y continuando todo el año 2010 por segunda vez la Dra. Ana María Palacios Farfán. Para el año 2011, asume la Dirección la Dra. Mary Chumacero Aguilar, con Resolución Directoral N° 005-2011 – GOB. REG. PIURA –PR. Actualmente es dirigida por Dr. Cristian Vences Vega, con Resolución Directoral N° 016-2012/GOBIERNO REGIONAL PIURA-PR. CON FECHA: 10/01/2012. La SUB REGIÓN DE SALUD “LUCIANO CASTILLO COLONNA” – SULLANA, tiene una Población de 761,389 hab. En las 5 Provincias que corresponden a nuestra jurisdicción: Sullana, Talara, Paita, Ayabaca Y los distritos de Las Lomas y Tambogrande.

En sus inicios fue dimensionado para una capacidad de 100 camas y brindar atención a 50,000 habitantes, a través de 04 especialidades básicas. Hoy dispone de 193 camas hospitalarias y 17 especialidades médicas, nuestro actual Director Ejecutivo es el Dr. Carlos Ausberto Rojas Bardales.

Con el propósito de dar solución a los graves problemas estructurales que afectan la operatividad y funcionalidad de este Hospital, se viene elaborando el Estudio de Prefactibilidad del Proyecto "Redimensionamiento de los Servicios de Salud del Hospital de Apoyo II Sullana" (Código SNIP N° 9637), el mismo que se encuentra en su fase final demandando una inversión de veinticinco millones de nuevos soles. Con la ejecución de este proyecto importante, Sullana y la Región contará con un adecuado Centro Hospitalario con 17 especialidades médicas, de acuerdo a las necesidades de la población y los últimos avances tecnológicos de la medicina.

2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS CUALITATIVOS

Técnica de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de la entrevista abierta a profundidad, en una combinación de escucha atenta y cuestionamiento porque el sujeto no relata simplemente su vida, el reflexiona sobre la misma, en cuanto cuenta. La entrevista es un procedimiento organizado, a través del cual el investigador busca obtener información contenida en las declaraciones de los actores sociales —personas.

La entrevista se desarrolló en el Servicio de cirugía, en un área donde estuvo libre de interrupciones, buscando aquello que se deseaba conocer, describir la perspectiva del paciente frente al cuidado humano, sin embargo se fue introduciendo otros elementos que entraron en detalle como sus vivencias frente a la intervención quirúrgica que le iban a realizar, se buscó un clima de confianza mutua que ayudó a que la entrevista se exprese y aclare pero sin sugerir sus respuestas.

El instrumento utilizado estuvo constituido por la Guía de entrevista en profundidad), empleándose una grabadora pequeña, para registrar con fidelidad todas las interacciones verbales entre entrevistadoras y entrevistados, precisando la fecha, hora, inicio y término de la entrevista. La información fue recolectada, codificada, digitada y archivada.

La entrevista, que es una conversación libre pero basada en preguntas, permite la interacción social. La persona es invitada a hablar de su vivencia antes de ser intervenido quirúrgicamente durante su estancia en el servicio de cirugía con la siguiente pregunta motivadora: «Cuénteme cuáles son sus vivencias antes de ser intervenido quirúrgicamente.

El procedimiento a seguir, para la realización de la entrevista, consistió en crear las condiciones más favorables para garantizar la comodidad del informante: intimidad y espacio familiar. Se debe estimular positivamente sus ganas de hablar, destacando

la significación científica de su contribución, haciéndole sentir la importancia de su testimonio para poder mejorar el cuidado mientras se encuentra hospitalizado.

Las descripciones fueron obtenidas a través de los discursos de los pacientes, como respuesta a la pregunta orientadora: « ¿Cómo se siente usted ahora, ya que mañana será intervenido quirúrgicamente de colecistectomía?».

Las entrevistas se realizaron en el Hospital II-2 Sullana, en el servicio de cirugía, a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y, sobre todo, que ya se encontraban hemodinámicamente estables, despiertos, lúcidos; orientados en tiempo, espacio y persona. Se trabajó en los turnos de mañana, tarde o noche, durante los meses de octubre a diciembre del 2017. Se estableció el primer contacto con los pacientes del servicio de cirugía y se les dijo que luego contarán las vivencias que están pasando en estos momentos antes de ser operado al día siguiente. Se procedió a entrevistar a varias pacientes de ambos sexos; se les explicó en forma sencilla la finalidad de la entrevista, solicitando su autorización para grabar su respuesta a la pregunta orientadora formulada, asegurando la confidencialidad y anonimato. La duración de la entrevista fue de 20 a 30 minutos, se procedió a grabar previo consentimiento del entrevistado. El número de participantes fue de 10, por el criterio de saturación de la información.

Procesamiento de los datos

El análisis de las descripciones se realizó en forma simultánea al recojo de la información; cada entrevista fue procesada de acuerdo a la trayectoria metodológica seleccionada. La investigación, según este abordaje, precisa desde el inicio situar el fenómeno. Eso quiere decir que es un fenómeno psicológico, en cuanto tiene que haber un sujeto colaborador en una situación viviendo un fenómeno, entendido como experiencia, percibida de modo consciente. La consciencia de esa experiencia es siempre intencional.

En esta modalidad, la delimitación del fenómeno está fundamentada en un enfoque filosófico aplicado principalmente al campo considerado psicológico, como la

percepción, el aprendizaje, la memoria, la imaginación, el pensamiento, la fantasía, las experiencias y las vivencias (Navarro, 2012).

El presente trabajo se ubica en el grupo de las investigaciones cualitativas, específicamente la fenomenológica, campo de las ciencias humanas pues se encarga de proporcionar la opción de indagar el fenómeno a fin de comprender la vivencia del usuario del servicio de Cirugía, partiendo del ver y el sentir del otro.

Momentos de la trayectoria metodológica

La investigación fenomenológica considera cuatro momentos para construir la trayectoria fenomenológica (Pinto, 2008).

a) Descripción fenomenológica

Esta fue posible a través de una entrevista, la misma que es considerada como un «encuentro social», y la observación a las descripciones de los sujetos de las situaciones por ellos vividas, cuyo lenguaje denotará la manera por la cual representan el mundo para sí mismos. Este primer momento de la trayectoria, constituye el resultado de la relación dialógica que se da de un sujeto a otro, en el que se realiza la pregunta de rigor:

« ¿Cómo se siente usted ahora antes de ser intervenido quirúrgicamente al día siguiente?», dejando que el colaborador exprese libremente su vivencia. Las descripciones son ingenuas, espontáneas y no han sido influenciadas por sugerencias o indicaciones.

b) Reducción fenomenológica

Es el segundo momento de trayectoria fenomenológica, en el que se determinó qué parte de la descripción es considerada esencial y cuál no. Esto fue posible a través de la reflexión y variación imaginativa. Este momento tuvo como objetivo identificar los significados que permitieron comprender lo esencial del fenómeno en estudio, a partir de los discursos de los colaboradores. Es decir, hubo que encontrar exactamente qué partes de la

experiencia pertenecían fehacientemente a la conciencia del colaborador. En cuanto a investigación, se identificó las unidades de significado de los discursos. La reducción fenomenológica no consiste en suprimir las percepciones presentes en los discursos, sino rescatar la esencia de las afirmaciones espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado, para lograr comprenderlo. Esto fue posible a través del procedimiento de reflexión de variación imaginativa, que se da solo cuando uno se coloca en lugar del colaborador y vive la experiencia por él vivida, imaginando cada parte como si estuviera presente o ausente de ella, es decir, transformando las expresiones cotidianas del discurso del colaborador en propias y que sustentan lo que se busca, convirtiendo las unidades significativas en su propio lenguaje, para luego poder decir que se llega al momento de la comprensión de los significados esenciales del fenómeno.

c) Análisis vago y mediano

En este tercer momento, se obtuvo una proposición consistente de cada una de las experiencias de los sujetos; descubrir las realidades múltiples presentes en las descripciones. Como resultado, se tuvo en cuenta los intereses que busca el pensamiento Heideggeriano y el referencial para interpretar comprensivamente los modos de ser, que se basan en la experiencia que develarán los significados psicológicos presentes en las descripciones ingenuas, naturales y espontáneas de las vivencias de los pacientes hospitalizados que serán intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía.

Se basó en reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar. Se redujo los datos con el fin de expresarlos de manera conceptual y respondieron a una estructura sistemática y significativa, a efecto de la categorización y dosificación correspondiente, estableciendo un foco de análisis, centrada en el área de interés: la vivencia de los pacientes hospitalizados que serán intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía que condujeron a su comprensión a través de la concentración de los datos recolectados y su

comparación con el enfoque teórico para determinar sus similitudes, luego se realizó el proceso de interpretación con el análisis temático, análisis profundo de la información. La categorización permitió realizar comparaciones y posibles contrastes para organizar conceptualmente los datos y presentando la información debidamente clasificada y sistematizada, estableciendo las ideas más sobresalientes.

d) Comprensión interpretativa

Constituye la última fase en este proceso y es el análisis comprensivo en sí, basado en la yuxtaposición de las unidades de significado analizadas en el proceso de análisis vago y mediano; con las ideas contenidas en la obra de Martín Heidegger: «Ser y tiempo», buscando develar el significado del Dasein, dado por el ser-ahí de las vivencias de los pacientes hospitalizados que serán intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía.

2.6. Consideraciones éticas

La investigación cualitativa, se basa en ciertos criterios que tienen como finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación. En el presente trabajo, se considera los siguientes criterios.

A. Rigor

En la investigación, la credibilidad y Auditabilidad se toman como criterios científicos.

B. Credibilidad

Se siguen los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información que se obtenga se apegue a la verdad y cumpla con el objetivo propuesto. Por ello, se cuenta con la observación y el chequeo de los informantes, tratando de contrastar la versión de la investigación con lo que se ha creído detectar en las opiniones del grupo de personas que tienen conocimiento sobre el sujeto de investigación.

C. Audibilidad

Significa que cualquier lector u otro investigador pueden seguir la sucesión de eventos de este estudio, en el entendimiento de su lógica.

D. Ética

Se tuvo en cuenta los principios éticos que involucra a seres humanos (Polit, y Hungler, 2000).

• Consideraciones éticas:

- a) **Beneficencia**, referido a no hacer daño, no exponer a los pacientes a daños físicos y psicológicos.
- b) **Respeto a la dignidad humana**, considera el respeto a las personas, en la Autodeterminación, se respetó el derecho de decidir voluntariamente su participación en el estudio y en la información completa, se informó el propósito, modalidad de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado.
- c) **Justicia**, se evidencia por la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo a lo que se considera moralmente correcto y apropiado, las grabaciones se realizaron en forma individual manteniendo la confidencialidad y anonimato de los participantes usando códigos, tanto antes, durante y después de su participación en el estudio. Los códigos se determinaron con números que correspondieron a los nombres de los pacientes.

• Consideraciones de rigor:

- a) **Credibilidad**, referida a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en una investigación, a la verdad conocida, sentida y percibida por los participantes, las informaciones se ajustan a la verdad porque de ello depende la veracidad de los resultados del estudio, los discursos fueron transcritos sin

tergiversarlos, analizándolos a profundidad obteniéndose datos confiables y de conformidad a los testimonios.

- b) **Transferibilidad**, dada por la posibilidad de aplicar los resultados de la investigación a otros sujetos y contextos, considerando que la generalización no es posible dado el carácter único e irrepetible de los contextos, conductas y fenómenos estudiados, con la posibilidad de algún tipo de transferencia entre contextos, conductas y fenómenos estudiados, con la posibilidad de algún tipo de transferencia entre contextos, dependiendo del grado de similitud entre los mismos. Al finalizar el estudio se desarrollaron descripciones copiosas, que permitieron juzgar el grado de correspondencia con otros contextos. Se necesitó describir densamente el lugar y características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, por tanto el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos (Perez.1991).
- c) **Confirmabilidad**, referida a la neutralidad en la investigación, tiene que ver con la independencia de los descubrimientos frente a inclinaciones, motivaciones, intereses o concepciones teóricas de la investigadora, traslada la neutralidad de la investigadora a los datos y las interpretaciones, comunica a la audiencia los supuestos que le llevan a formularse las preguntas o presentar los descubrimientos en un modo determinado, los resultados son determinados por los informantes y no por prejuicios propios. (Rodríguez. 2002).

3. RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION

3.1. CONSTRUCCIÓN DE HALLAZGOS

Luego de la codificación y clasificación de los resultados obtenidos mediante las entrevistas, se definieron las categorías analíticas con los significados que más se aproximan, han permitido describir y analizar el fenómeno en estudio representado en las tres siguientes:

Categorías: 1) Transitando por el Periodo Pre quirúrgico, 2). Vivenciando reacciones de angustia y desesperación 3). Temor a la muerte.

Las Categorías se construyen en base a Sub categorías, las que se enuncian a continuación se describen.

1. TRANSITANDO POR EL PERIODO PRE QUIRURGICO:

En la primera categoría encontrada TRANSITANDO POR EL PERIODO PRE QUIRÚRGICO, el paciente adulto para ser sometido a una intervención quirúrgica, vivencia el tránsito por un periodo previo en el que incorpora experiencias nuevas, según la RAE (2012) define que lo transitorio es aquello "que tiene una duración limitada, que no es para siempre" y Según Long y otros (1999), el periodo pre quirúrgico o pre operatorio "empieza cuando el paciente decide someterse a un procedimiento quirúrgico; esta fase se completa cuando la persona es trasladada a la sala de operaciones y es ubicada sobre la cama quirúrgica."

Las vivencias del paciente adulto en el transitar pre operatorio se construye a partir de las sub categorías: Internalizando la Experiencia Pre Quirúrgica y Preparándome para la Intervención Quirúrgica,

1.1. Internalizando la Experiencia Pre Quirúrgica, las vivencias en la internalización, según Torralba (1998) "es la experiencia vivida por los pacientes durante el padecimiento de una enfermedad es una experiencia novedosa,

inesperada, relevante y dura para la cual la persona no recibe preparación e inducción de ningún tipo en la mayoría de los casos.

Internalizar la experiencia pre quirúrgica o pre operatoria es el conjunto de conocimientos y acciones que el paciente adulto ha adquirido o aprendido en un periodo determinado de tiempo previo a la operación y que incorpora a su experiencia de vida.

El Internalizar la experiencia pre quirúrgica se expresa cuando el paciente adulto va *recibiendo la noticia del acto quirúrgico, reaccionando a la noticia de ser operado, identificando la intervención quirúrgica, recordando mis intervenciones quirúrgicas y experimenta la primera experiencia quirúrgica.*

El paciente adulto al *recibir la noticia del acto quirúrgico*, toma conocimiento de que necesita ser intervenido quirúrgicamente para solucionar el problema de salud detectado; esto es expresado en los siguientes discursos:

"El doctor me dijo que tenía que ser operada, de la vesícula por los resultados en los análisis" (03).

"El doctor me comunico que tengo cálculos -y debo operarme" (01)

"Me comunicaron que tenía que operarme, porque el cólico y diarrea no me dejaba (08).

"El doctor me comunicó que tenía que operarme, acepté porque ellos saben cómo curarme" (09).

*"El médico comunicó que tenía que operarme de la vesícula"
(07).*

"Me dijeron que me tenía que operar yo acepte tranquilamente" (02).

Según la Ley General de Salud del Perú (2009) en el art. N°15 dice "los médicos tratantes son los únicos que están obligados a informar al paciente sobre el

diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud o procedimiento quirúrgico, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos (MALVAREZ, S. 2002).

Según los derechos del paciente, toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos contraindicaciones, precauciones y advertencias de las medicamentos que se le prescriban y administren; a que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste.

El mantenerse informado representa para el paciente adulto incorporar el conocimiento que su problema de salud solo tiene una solución mediante la intervención quirúrgica, dando la apertura para que el paciente transite por esta experiencia pre quirúrgica.

Como parte de las vivencias de internalización, el paciente adulto *reacciona a la noticia de ser operado*, la reacción es consecuencia o resultado de una determinada acción (RAE, 2012). En este caso a la recepción de la noticia de que necesita ser intervenido quirúrgicamente, el paciente adulto manifiesta sentimientos de tristeza y miedo según se expresa en los siguientes discursos:

"Sentí tristeza y miedo cuando me dijo el doctor que tenía que operarme" (03).

"Sentí tristeza cuando me dijeron que me iban a operar"(07).

"Al principio no lo creí, quería ir a otro médico, sentí mucho miedo (05)

"Caramba a pesar de ser hombre me acobarde" (09)

Cuando el paciente es informado es consciente de lo que le sucede, sumándose a ello otros elementos como la confianza, facilitando la aceptación y colaboración en el cuidado, la confianza se basa en el conocimiento de los cuidados de enfermería, estos conocimientos fundamentan su saber y les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los cuidados de enfermería, brindando las herramientas para orientar al paciente, quien sentirá más seguridad frente al procedimiento quirúrgico.

Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento.

Así mismo el paciente adulto va identificando la intervención quirúrgica, identificar se refiere a reconocer la identidad de algo, en ésta situación identificar el tipo de cirugía que se le realizará al propio paciente y se expresa en los siguientes discursos:

"Me van a operar de mi problema vesicular" (07).

"Yo he sido programado para que me operen de vesícula" (09).

Yo señorita me voy a operar de vesícula" (02).

«Voy hacer operada de mi problema vesicular" (01).

"Seré operada de la Vesícula" (05).

"Seré operado de la Vesícula" (10).

"Me voy a operar de la vesícula" (04).

«Me van a operar de la vesícula" (03).

"Me voy a operar de la vesícula" (06).

En cirugía todos los rituales son importantes, es solo a través de una atención rigurosa al detalle y a la comunicación efectiva como se mantiene la seguridad durante un periodo extremadamente vulnerable para el paciente adulto quien identifica y asimila la intervención quirúrgica favoreciendo su internalización.

El paciente adulto en el pre operatorio va recordando intervenciones quirúrgicas, recordar es traer a la memoria propia algo percibido, aprendido o conocido, o retener algo en la mente (RAE, 2012); en esta situación recordar intervenciones quirúrgicas pasadas le ayudará a fijar la experiencia quirúrgica, esto se expresa a través de los siguientes discursos:

"Me han operado de cesárea " (03).

"Fui operada de apéndice de niña, tengo experiencia" (05)

"Me operaron de la próstata, así que conozco de qué se trata" (09).

Los antecedentes quirúrgicos detallan si han sido sometidos a una cirugía anterior, señalando la causa, la fecha y complicaciones que pudo haber presentado en dicho evento.

Al respecto Fernández (2006) sostiene que el haber sido testigo o haber sufrido experiencias pasadas en duración y magnitud de la enfermedad, tipo y gravedad de la intervención quirúrgica, tiempo de preparación previa para la cirugía determinen que la persona desarrolle capacidad y tolerancia para soportar situaciones estresantes.

Sin embargo, para un grupo de adultos se convierte en la internalización de su primera experiencia quirúrgica, al referirse primera experiencia es que no tiene otra cosa de su misma especie anterior en el tiempo o en el espacio, en esta situación se

estará experimentado por primera vez una intervención quirúrgica; éste tema se construye a través de los siguientes discursos:

"Es mi primera operación" (01).

"Es la primera vez que me van a operar" (04).

"Nunca he sido operada" (07).

"Nunca me han operado" (06).

«Nunca antes me han operado (08).

En la primera experiencia según Torralba (1998), se manifiestan varias preguntas debido a la enfermedad, durante la hospitalización y durante el proceso de cuidado, tales como: ¿qué está sucediendo conmigo? ¿Qué harán o están haciendo conmigo? ¿Eso va a doler? ¿Moriré? ¿Estas personas son competentes, saben lo que están haciendo? ¿Serán capaces de ayudarme? que pueden generar mayor aprehensión por el temor a lo nuevo y a lo desconocido.

1.2. Preparándome para la Intervención Quirúrgica, preparar es prevenir, disponer una cosa para que sirva a un efecto, es decir prevenir a los pacientes o disponerles para una acción que se ha de seguir como es el procedimiento quirúrgico.

El paciente adulto se prepara física, psicológica y emocionalmente para enfrentar en una forma única la experiencia quirúrgica a pesar de que en toda intervención quirúrgica se da un conjunto de características que son comunes en todos los pacientes.

Los pacientes adultos en este momento de preparación demandan de cuidados de enfermería que requieren de conocimientos profundos.

Ruiz (2000) señala que la cirugía es una amenaza real o potencial para la integridad corporal, interfiere en el funcionamiento orgánico normal, el individuo sufre una lesión o enfermedad y cambios en sus hábitos personales, aunque sean de forma provisional.

En toda Intervención quirúrgica se da un conjunto de características que son comunes a todos los pacientes que, por una u otra razón, deben someterse a una intervención quirúrgica.

Demandando cuidados de enfermería Perioperatoria que requieren de un conocimiento profundo.

Al respecto, Brunner y Suddarth (2013) refieren que prepararse para una intervención quirúrgica debe ser dirigida por las actividades de enfermería, no solo va a incluir la valoración física sino también la emocional, obtención de antecedentes anestésicos e identificación de alergias o problemas genéticos, asegurar que se haya realizado las pruebas necesarias.

Según Long (1999), la enfermera se hace responsable del cuidado del paciente que ingresa para ser intervenido quirúrgicamente, el médico le realiza el examen físico con el objetivo de ayudar o apoyar los datos iniciales y determinar su estado de salud.

El éxito de la preparación preoperatoria no solo depende de la preparación física y documentaria sino también depende en gran parte de la cooperación del equipo quirúrgico, quienes deben ofrecer información y orientación, la buena relación enfermera- paciente y el trato humano.

Brunner y Suddarth (2013) sostienen que el éxito del proceso quirúrgico el día de la cirugía se revisan los conocimientos del paciente acerca del proceso que se va a realizar, se verifica identidad y el sitio quirúrgico, se confirma el consentimiento informado y se inicia la infusión intravenosa, valoración de factores de salud que afectan a los pacientes, antes de la operación, farmacoterapia previa, factores psicosociales, creencias religiosas y culturales. Es importante tener presente que el éxito del proceso quirúrgico dependerá no sólo de la intervención en sí misma, a pesar de que ésta pueda ser el acto central de toda la sucesión de acontecimientos, sino del buen desarrollo de cada una de

las etapas indicadas. No es arriesgado afirmar, que sin una correcta preparación preoperatoria y unos adecuados cuidados postoperatorios, ni la mejor de las intervenciones quirúrgicas podría tener éxito.

El paciente adulto en esta etapa de preparación experimenta la *Realización de exámenes auxiliares previos, Recibe información médica y se interna previamente.*

Una o dos semanas antes de la cirugía el paciente adulto tiene que *realizarse exámenes auxiliares previos*, así como un examen físico situación expresada en los siguientes discursos:

"Me realizaron exámenes de sangre, orina y ecografía"(01).

"El doctor me tomó ecografía y análisis, enterándome que tengo cálculos" (07).

"El doctor me tomó ecografía y análisis" (03).

"Me realizaron análisis y ecografía para que me operen, y tenía el colesterol elevado" (02).

"El doctor me tomó una ecografía e informó que tenía cálculos" (06).

Las intervenciones quirúrgicas a nivel de vesícula son consideradas cirugías mayores (son las cirugías de cabeza, cuello, tórax y abdomen; el tiempo de recuperación puede ser largo y exigir la permanencia en terapia intensiva o varios días de hospitalización; luego de estas cirugías, existe un riesgo mayor de que se presenten complicaciones) siendo necesario la realización de exámenes de laboratorio antes de la admisión al hospital para identificar problemas potenciales que pudieran complicar la operación si no se detectan y tratan rápidamente. Algunos de los exámenes más comúnmente realizados antes de la cirugía se incluyen en la lista siguiente: rayos X de tórax, electrocardiograma, hemograma, hematocrito, grupo sanguíneo, factor Rh tiempo de coagulación y sangría, glucosa, urea, creatinina, bilirrubina directa e indirecta, transaminasas, amilasa, uro análisis, electrolitos en el cuerpo, entre otros.

En esta etapa de preparación el paciente adulto va **recibiendo información médica**, el cirujano debe explicarle de manera clara y sencilla en qué consiste la cirugía, los riesgos a que va a ser sometido, complicaciones, incapacidades y otros eventos que pudieran resultar como parte del acto operatorio o después de éste.

Esta información estará de acuerdo con el tipo de paciente y su situación personal, siempre teniendo en cuenta el principio de la veracidad y, sobre todo, lo que el paciente debe y desea saber.

El anestesiólogo visita al paciente adulto la tarde anterior a la operación para realizar una valoración y pre medicación anestésica, según se evidencia en los siguientes discursos:

«Aparte de la enfermera se me acerco el doctor a explicarme acerca de la operación» (02). .

«Justo ahora antes de entrar me ha explicado el doctor y entendí" (05).

«En la mañana la doctora me explicó que me iban a operar, si le entendí" (01).

"El doctor me explicó todo sobre mi enfermedad y entendí" (09).

"El doctor me explico y dijo que tenía que operarme, también me explico de las consecuencias que tendría si no lo hacía" (07).

Dochtermans (2005) sostiene que se debe informar al paciente y familiares la duración de la operación y brindar conocimiento relacionado con la cirugía.

El paciente adulto al recibir la información y comunicación acerca de la enfermedad e intervención quirúrgica experimentará un tránsito preoperatorio disminuyendo el temor a lo desconocido.

Para la realización de la intervención quirúrgica el paciente adulto debe **Internarse previamente** para completar la preparación preoperatoria; el personal de enfermería necesita conocer el problema básico de salud del paciente

que va a ser sometido a una cirugía, los datos generales, estado general de salud, historia de la enfermedad, causa del problema y la naturaleza del anestésico que se utilizará en la cirugía, ya que son imprescindibles para la recolección de información de enfermería, por ello es que el paciente se hospitaliza generalmente 24 horas o menos, debido al riesgo que se tiene de contraer infecciones intrahospitalarias; expresado a través de los siguientes discursos:

"Ayer he sido hospitalizada" (01).

"Me hospitalicé el día anterior" (09).

"Ayer vine al hospital y me quede para que hoy me operen" (05).

"El día de ayer me quedé en el hospital" (02).

"He sido hospitalizada de emergencia, debido a que hice una pancreatitis" (03).

"Estoy hospitalizada y me siento más tranquila, porque he estado con calmantes para el dolor" (10).

"Estoy hospitalizada desde el sábado" (08).

Es necesaria la hospitalización previa del paciente adulto para poder realizar los cuidados preoperatorios, se puede identificar algunos problemas que pudiesen complicar o interrumpir la operación quirúrgica, del mismo modo identificar una solución o llegar a la postergación de ésta.

Se requiere un *Momento de ayuno* para la preparación preoperatoria, el ayuno es requisito para toda intervención quirúrgica, su objetivo es reducir el volumen y la acidez del contenido estomacal durante la cirugía, al mismo tiempo que reduce el riesgo de regurgitación y aspiración.

Las guías quirúrgicas (2012) recomiendan un cambio de actitud en la política del ayuno desde el enfoque habitual "nada por boca desde la medianoche" a políticas más flexibles que permiten un periodo de ingesta restringida de líquido hasta algunas horas antes de la intervención quirúrgica, para evaluar los regímenes de ayuno que diferían en la duración, el tipo y el volumen de la ingesta permitida

durante un periodo de ayuno restringido; este tema se fundamenta en los siguientes discursos:

"Nos dijeron que no podíamos comer nada, ni agua"(03).

"No he comido nada desde la noche" (10).

"En la noche me dijeron que no tenía que comer nada"(07).

"Ayer he comido bien, pero hoy no" (01).

"No comí nada desde anoche" (06).

"No comí nada desde ayer" (09).

Los pacientes adultos experimentaron durante la preparación preoperatoria momentos de ayuno aproximadamente 8 - 10 horas antes de la operación. La presencia de líquidos y alimentos en el estómago aumenta la posibilidad de que el paciente aspire el contenido gástrico en caso que vomite mientras se encuentre con anestesia general.

Durante la preparación pre operatoria el paciente adulto va *experimentando procedimientos* que son brindados por el personal de enfermería, el cuidado en este periodo influye sobre la experiencia peri operatoria global del paciente adulto quien requiere una adecuada preparación física en base a una serie de procedimientos como higiene corporal, enema, venoclisis, medicación pre anestésica, vendaje de miembros inferiores, control de funciones vitales, entre otros.; se manifiesta en los siguientes discursos:

*"En la noche nos administraron un enema, hoy temprano
Fui al baño para poder evacuar" (01).*

"En la mañana me prepararon físicamente" (07).

"Me administraron enema" (06).

"En la noche y temprano me prepararon para la operación:

Me tomaron la presión y me cubrieron mi cabeza" (10).

*"Hoy temprano me prepararon, me dijeron que me bañe,
pedí que me quiten la barba y me midieron mi presión
para que me operen" (09).*

*"Hoy en la mañana recibí baño corporal, subí a la camilla" (02).
"Recibí baño, me midieron la presión arterial, para que todo
esté bien luego fui ubicada en la camilla" 05).*

Al respecto Waldow (2008) sostiene que el ser humano es el ser de cuidado, quien, para recibir las atenciones de nivel terapéutico, requiere de un cuidado con técnicas y procedimientos. Es un cuidado hecho con compasión, con interés y con cariño. Por otro lado, el ser que cuida, encuentra camino para una internalización de sus actos y pasa a percibir que necesita cuidar de sí.

La prescripción de enemas como procedimiento durante la fase pre-operatoria se hace solo en el caso de cirugía del tracto gastrointestinal o de las áreas pélvicas. La noche anterior de la operación se aplica un enema de limpieza, procedimiento que puede repetirse si no es eficaz. Con esto se pretende evitar la defecación involuntaria durante la anestesia, evitar heridas del colon, tener una mejor visualización del área quirúrgica, evitar la presencia post-operatoria de estreñimiento o impactación fecal.

Así mismo el objetivo de la higiene es liberar la zona operatoria de todos los posibles agentes contaminantes. En muchos casos basta con la utilización de una ducha con jabón germicida. No debe utilizarse jabón, alcohol o soluciones a base de alcohol. Los cirujanos ordenan la preparación de la piel y los protocolos de estos varían según la institución.

Cuanto mejor preparado se encuentre el paciente estará alcanzando mayor seguridad preoperatoria (es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias).

El paciente adulto requiere que se vaya asegurando la presencia de medicamentos pre quirúrgico, el papel que juega la enfermera en la etapa preoperatoria es de importancia particular, porque es ella la que se encarga de verificar que todos los medicamentos pre- quirúrgicos estén completos, a fin de evitar retrasos en la intervención quirúrgica; se expresa en los siguientes discursos:

"La enfermera verifico mis medicamentos" (01).

"La enfermera revisó si tenía completos los medicamentos" (09).

Es labor del Equipo de Enfermería de Quirófano revisar el tratamiento pre quirúrgico y el campo quirúrgico para detectar cualquier anomalía y proceder a su resolución, si la hubiera. También se revisarán todos los dispositivos necesarios para la intervención y el tratamiento pre quirúrgico (Alayza, F.2002).

2. VIVENCIANDO REACCIONES DE ANGUSTIA Y DESESPERACION.

Las reacciones de angustia y desesperación vivenciadas por los pacientes en esta categoría, se construyen con las sub categorías: Sentimientos de soledad, incertidumbre frente al mañana y dificultad para la comunicación.

2.1. Sentimientos de soledad, Las personas durante el pre operatorio, tienen experiencias negativas durante la hospitalización y estas se relacionan con la enfermedad y sus implicancias tanto físicas y psicológicas, permitiendo que experimenten sentimiento de soledad, asociada con el desapego de la familia y la falta de comunicación con personas muy cercanas y el profesional que lo va operar.

ROLDÁN, D. (2009), señala que la soledad se define como un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto. Las personas enfermas presentan situaciones difíciles, que son causados no solo por la enfermedad sino también por circunstancias como, que el familiar no

esté junto a ellos en forma permanente, la soledad y la falta de cariño, así lo manifiestan los sujetos de investigación en los siguientes discursos:

“...me sentía solo en ese ambiente a pesar que estaba la enfermera no era igual, me encontraba rodeado de personas que no conocía” (02)

“Cuando se fue mi esposo y mis hijos me sentí sola... (01)

“...De pronto se fueron mis familiares y me dejaron con las medicinas, mañana temprano vuelvo, que feo me sentí solita” (07)

...” Mi hijito se fue llorando y me quedé solita también me puse a llorar” (04)

Es evidente que los sujetos de investigación manifiestan su soledad, al encontrarse en un lugar rodeado de extraños, los cual crean un ambiente de soledad y esto genera ansiedad, ellos además se sienten solos, a pesar que se encuentran acompañados por la enfermera, quien permanece cerca las 24 horas del día, realizando procedimientos, terapias y controles frecuentes para la preparación pre quirúrgica. Rodríguez, G. y Gil, J. (2005), refiere que la sensación de soledad se debe al hecho de darse cuenta que se está enfermo, que nace el temor a lo desconocido y a la muerte. La soledad se debe a la ausencia de aquellas personas cuya compañía se desea, de las palabras que los pacientes quieren oír, pero que no pueden escuchar, de las personas que son importantes y significativas para cada uno, así lo expresan los sujetos de investigación en las siguientes manifestaciones:

“...yo quería que mi familia se quede” (04)

“...deben dejarlos, yo creo que nos darían más ánimo.” (05)

“...uno quiere tener a nuestra familia cerca y de esta manera nos sentimos más seguros, si Ud. se imaginará la soledad que uno siente estando en el hospital.”(02)

*“Que dejen a nuestra familia que nos vea para así saber que la tenemos cerca y no sentirnos abandonados y solos a nuestra suerte...”
(08)*

Como se puede observar, los sujetos de investigación nos manifiestan la necesidad de tener a la familia cerca de ellos, de esta manera perciben que no han sido abandonados ni dejados a su suerte. También expresan que el tenerlos cerca, se sienten más seguros, incluso es favorable para su recuperación. En consecuencia, las vivencias vividas por las personas durante el pre operatorio de cirugía programada y estar hospitalizadas, es innegable, que sienten soledad.

En consecuencia, a pesar que las enfermeras son conscientes de que la familia proporciona apoyo emocional a la persona enferma y le incrementa la seguridad y tranquilidad, creen que la visita abierta también es un riesgo aumento el gasto de energía y altera el estado del mismo, siendo por lo tanto difícil de cambiar la normativa de visitas existente en la Institución.

2.2. Incertidumbre frente al mañana, la intervención quirúrgica por más simple que parezca, siempre hay riesgo, constituye siempre un reto para las personas, convirtiéndose en una situación amenazante. Con frecuencia provoca estrés, depresión y angustia en la persona, esta situación de inseguridad frente al procedimiento mismo y sus resultados, al futuro y a su vida personal y familiar. Con referencia a lo anterior podemos darnos cuenta en los siguientes discursos:

“Sinceramente tengo miedo que pasará mañana, me preocupa ojalá no tenga ninguna complicación, para atender a mis hijos están chiquitos” (02)

“Me he convencido rápido por el dolor, pero aun así lo que me preocupa es el tiempo que voy a demorar en ir a trabajar,” (03)

“Lo que me preocupa es que no voy a poder seguir trabajando por la operación, cuantos días será, ojalá los señores con los que trabajo me ayuden y me sigan apoyando porque yo soy el sustento de mi familia.” (08)

En estos discursos podemos observar que los sujetos de investigación manifiestan su preocupación respecto a cómo quedarán después de la operación, piensan en el tiempo que no podrán trabajar

La enfermera como persona conocedora de su paciente es la que debe brindar sus cuidados de enfermería dirigidos a ayudar a afrontar situaciones de preocupación del paciente por el futuro de su salud; mediante el desarrollo de habilidades comunicativas utilizando la educación terapéutica, mediante el cual procurará un ambiente de confianza y tranquilidad. Gordillo y colaboradores (2009), nos dice que la educación terapéutica consta de tres etapas: la primera corresponde a la información y toma de conciencia aquí se aborda en recomendaciones en el manejo de su enfermedad; la segunda es el empoderamiento, refuerzo y evaluación de la información proporcionada y la tercera el seguimiento; estas dos últimas se deben desarrollar en los servicios de hospitalización y consulta externa. Cada una de estas etapas debe estar liderada por la enfermera quien es la persona que está más en contacto con la persona hospitalizada, convirtiéndose así en la persona que escucha, aconseja y acompaña activamente tanto al paciente como a su familia durante todo el período de la hospitalización.

2.3. Dificultad para la comunicación, los pacientes durante el acto pre operatorio vivencian dificultad para la comunicación con sus familiares y con las demás personas que comparten los ambientes e inclusive con el personal asignado a su cuidado, sabemos que la comunicación es básica en nuestra existencia, mediante ella logramos un intercambio de ideas e información. Forma parte de todas las facetas del ser humano, proporciona el marco en el que vive la gente, es el cimiento sobre el cual construimos el mutuo entendimiento y respeto. Uno de los problemas que presenta la persona durante el periodo pre operatorio, es que

cuando ingresa a la unidad de hospitalización, después del horario de visita los familiares se retiran y ya no pueden comunicarse verbalmente, esto le genera estrés y repercute en su estado emocional. Así nos dan a entender las siguientes manifestaciones:

“Era muy difícil comunicarse, solo podía usar el teléfono, pero ya no los dejan entrar” (01)

“A que era muy difícil comunicarse, aunque los familiares estén en la puerta del hospital, quería decirle a la enfermera que lo llame o haga pasar a mi familiar, pero ella no se acercaba...” (02)

En estas manifestaciones brindadas por los sujetos de investigación se evidencia entonces que, la enfermera no logra identificar las necesidades de comunicación y éste a su vez pueden llevarlo a sentirse solo, deprimido, además mostrar ansiedad y desesperación.

Bajo esta perspectiva, Phaneuf, M, afirma que una de las competencias fundamentales de la enfermera es, el de establecer una relación enfermera-paciente, y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, la cual define como: “la que permite establecer lazos significativos entre enfermera y cliente. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto cálido y la comprensión empática que ayudan al cliente cuando se enfrenta a una dificultad especial.”

3. TEMIENDO A LA MUERTE

La muerte es un proceso biológico y psicosocial, en el cual cesan las funciones vitales, que a simple vista no se puede observar y la mayoría de veces se van extinguiendo en una secuencia gradual y silenciosa. Está considerada como una consecuencia inevitable de la vida, inherente a la condición humana, el cual está influenciado por una serie de creencias, emociones y actos que le dan un

carácter especial, además se presenta en la vida como una constante amenaza especialmente cuando la persona se encuentra enferma.

Pascual, (2000), nos dice que la concepción de la muerte es como el fin de la vida o como tránsito a una vida ulterior que actúa como condicionante en los comportamientos y las actitudes de los individuos y sociedades, generando un impacto que se ve determinado por cada cultura. Es un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal, aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles. Según Gómez (2006), el miedo a la muerte es un asunto cultural y por lo tanto, aprendido socialmente. La intensidad del miedo varía con el sistema cultural, la creencia religiosa y el momento histórico. El miedo a la muerte es un sentimiento universal que debe revestir una multitud de formas, algunas de las cuales están con seguridad fuera del alcance del lenguaje humano, así lo manifiesta los sujetos de investigación:

“...pensaba que me iba a pasar algo malo sentí miedo, tantas cosas que se ven y escuchan en los hospitales.” (02)

“...sinceramente tenía miedo operarme, debido a que un familiar se murió por una cesárea y joven, pero cuando no nos toca morir es por demás.” (05)

“Es una fea experiencia sentía en la noche que me faltaba el aire, parecía que iba a morir, la enfermera me decía que no me desespere, que todo saldrá bien.” (06)

“La operación me daba miedo, uno se enfrenta con la muerte...” (07)

Con referencia a lo anterior podemos observar que los pacientes nos transmiten la intensidad de la experiencia que supone el paso por una sala de operaciones, debido a que siempre es riesgosa la intervención quirúrgica. Es obvio entonces que el miedo a la muerte está basada en el desconocimiento de la enfermedad y de todo lo que ocurre en la sala de operaciones, cabe decir que a pesar que

reciben información adecuada acerca de la intervención quirúrgica, ellos siempre tienen muchos temores, el miedo no se pierden con la información recibida.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación tuvo como propósito de estudio describir y analizar las experiencias de los pacientes adultos en el cuidado preoperatorio del Hospital Apoyo II Sullana, a través de los discursos de los pacientes adultos en el pre operatorio. La trayectoria recorrida permitió develar las vivencias del paciente adulto en el pre operatorio, las mismas que se abordan desde la perspectiva de las siguientes categorías: 1) Transitando por el Periodo Pre quirúrgico, 2). Vivenciando reacciones de angustia y desesperación 3). Temor a la muerte.

La primera categoría Transitando por el Periodo Pre Quirúrgico, las vivencias del paciente adulto en el transitar pre operatorio se construye a partir de las sub categorías: Internalizando la Experiencia Pre Quirúrgica, esta se expresa cuando el paciente adulto va recibiendo la noticia del acto quirúrgico, reaccionando a la noticia de ser operado, es importante mantener al paciente informado, en el conocimiento fundamentan su saber que les permite enfrentar los diversos problemas relacionados al acto pre quirúrgico, facilitando la preparación para la Intervención Quirúrgica, esta comprende la preparación física, psicológica y emocionalmente para enfrentar la experiencia quirúrgica. Según Long (1999), la enfermera se hace responsable del cuidado durante la preparación del paciente para ser intervenido quirúrgicamente. El paciente adulto al recibir la información y comunicación acerca de la enfermedad e intervención quirúrgica experimentará un tránsito preoperatorio disminuyendo el temor a lo desconocido.

La segunda categoría vivenciando reacciones de angustia y desesperación, comprende las subcategorías, sentimiento de soledad, e incertidumbre frente al mañana y dificultad para la comunicación. Las personas durante el pre operatorio, tienen experiencias negativas durante la hospitalización y estas se relacionan con la enfermedad y sus implicancias tanto físicas y psicológicas, permitiendo que

experimenten sentimiento de soledad, asociada con el desapego de la familia y la falta de comunicación con personas muy cercanas. En consecuencia, a pesar que las enfermeras son conscientes de que la familia proporciona apoyo emocional a la persona enferma y le incrementa la seguridad y tranquilidad, creen que la visita abierta también es un riesgo aumento el gasto de energía y altera el estado del mismo, siendo por lo tanto difícil de cambiar la normativa de visitas existente en la Institución. Sobre la incertidumbre frente al mañana, la intervención quirúrgica por más simple que parezca, siempre hay riesgo, constituye siempre un reto para las personas, convirtiéndose en una situación amenazante el procedimiento mismo y sus resultados, al futuro y a su vida personal y familiar. Y sobre la dificultad para la comunicación, con sus familiares y con las demás personas que comparten los ambientes e inclusive con el personal asignado a su cuidado. El problema se presenta cuando el paciente ingresa a la unidad de hospitalización, después del horario de visita los familiares se retiran.

La tercera categoría es temiendo a la muerte, la muerte es un proceso biológico y psicosocial, considerada como una consecuencia inevitable de la vida, inherente a la condición humana, el cual está influenciado por una serie de creencias, emociones y actos que le dan un carácter especial, además se presenta en la vida como una constante amenaza especialmente cuando la persona se encuentra enferma. El miedo a la muerte es un asunto cultural y, por lo tanto, aprendido socialmente. Es obvio entonces que el miedo a la muerte está basada en el desconocimiento de la enfermedad y de todo lo que ocurre en la sala de operaciones, cabe decir que a pesar que reciben información acerca de la intervención quirúrgica, ellos siempre tienen muchos temores, el miedo no se pierden con la información recibida.

5. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda:

A los jefes de Servicio, considerar los resultados obtenidos para el desarrollo de capacitación en servicio sobre la atención del paciente orientado a todos los profesionales que integran el equipo de salud, para que el paciente este mejor informado y disminuyan los sentimientos de soledad, tristeza, ansiedad, temor por la vida, preocupación y dudas sobre su intervención quirúrgica.

A las profesionales de enfermería conocer con profundidad las vivencias sentidas por los pacientes en el pre operatorio de los diferentes tipos de cirugías, para establecer acciones de enfermería dirigidas a minimizar sentimientos negativos y favorecer así una evolución más satisfactoria de su proceso de enfermedad contribuyendo al proceso de humanización de los cuidados.

DEDICATORIA

A ti mi Dios:

Que fuiste la inspiración de mi espíritu para la conclusión de esta tesis mastral, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio de la maestría.

A mis padres: Julio y María, con todo mi amor, quienes, a pesar de la distancia, me dan el ánimo, apoyo y alegría que me brindan, me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Con cariño a mis Hermanos: Agustina, Angélica, Marcelino, Clementina, Antonio, Luisa, Víctor. Por brindarme su apoyo y cariño incondicional a pesar de la distancia.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme fuerza, sabiduría y perseverancia para realizar el presente trabajo de investigación.

A los pacientes del servicio de Cirugía, por permitirme conocer sus vivencias para el desarrollo del cuidado de enfermería.

A los Directivos y docentes de la escuela de Posgrado e Investigación de la Universidad San Pedro – Sullana, por los conocimientos y facilidades otorgadas, y a todo aquel que directa e indirectamente participó para la realización de esta tesis. Gracias por su apoyo.

A mis compañeros y amigas, Cruz María Zapata Vásquez, Martha de los Milagros Sandoval Litano, que juntas caminamos en esta ruta de la perseverancia y por su gran apoyo, con lo me alentaban para seguir siempre adelante. Nunca olvidare su apoyo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blanca, J.; Blanco, A.; Luque, M. y Ramírez, M. (2008). *Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos*. Enfermería Global [Internet]. 2008 [citado el 20 marzo de 2017]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/82>
- Brunner y Suddarth. (2013). *Enfermería Médico- quirúrgica*. . Edit. LWW. Madrid-España.
- Cabrera, S. y Paredes, M. (2006). *Grado de ansiedad y Nivel de información en usuarios en fase preoperatoria de cirugía abdominal. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón En Nuevo Chimbote*". Perú.
- Castro, B. (2015). *Vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal: contribución para un cuidado humanizado*". Tesis para obtener el grado académico de Doctora en Ciencias de Enfermería... Escuela Profesional de Enfermería. Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Perú.
- COLEGIO DE ENFERMERAS (OS) DEL PERÚ. (2002}. *Código de Ética y Deontología*. Lima - Perú. Visitada el 3 de enero 2018.
Disponible en: [http://www.cepjunin.com/Codigo etica.pd](http://www.cepjunin.com/Codigo%20etica.pdf)
- Cuesta, B. (2010). *La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería*. Rev. Scielo. [Internet]. 2010 [citado el 20 marzo de 2017]; 19(4): 762-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/20.pdf>
- Díaz, A. y Otros (2011). *Enfermería clínica: Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos*. Ed. Elsevier.
- DUGAS, W. (2000). *Tratado de Enfermería Práctica. 4ta Ed.* Edit. Me. Graw- Hill Interamericana. México.

- Fariñas, G. (2009). *Vivencia en el enfoque histórico cultural*. Revista Cubana Psicología. V.XVI N.3., Universidad de La Habana. [http://es.scribd.com/doc/87442638/CONCEPTO-DE-VIVENCIA]. 26 de Setiembre 2017.
- Fernández P. y Espuñes E. (2012). *Manual de Enfermería Quirúrgica. Gura de referencia para el estudiante del Postgrado en Enfermería Quirúrgica*. Edit. Bellaterra. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Fernández, S. (2006). *Dificultades enfrentadas por enfermeros en centro quirúrgico*.
- Fuller, J. (2005). *Instrumentación Quirúrgica. Principios y Práctica*. 3era Ed. Edit. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. Argentina.
- Gómez, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. España: Aran ediciones.
- Heidegger, M. (2005). *Ser y tiempo*. Trad. de Jorge Eduardo Rivera Cruchaga, (4º.ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Heidegger M. (2010). *Ser y Tiempo*. Traducción en Castellano. España. Edit. Planeta. [Internet]. 2010 [citado el 20 marzo de 2017]. Disponible en: <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/133547/84adb28abdfb74f7c>
- León, A. (2009). *El giro hermenéutico de la Fenomenológica en Martín Heidegger*. [http://www.scielo.cl/pdf]. 28 de agosto 2017.
- Long, B. y otros (2009). *Enfermería Médico Quirúrgica*. 3era Ed. Edit. Harcourt Brace. España.
- Mejía, R. (2008). *Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay*?. Lima Perú.
- Martins, J y Bicudo, M. (2009). *Una pesquisa cualitativa en psicología. Fundamentos o recursos básicos*. Sao Paulo: Moraes/Educ

- Ministerio De Salud. (2004). *Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud*. Lima – Perú
- Navarro, A. (2012). *Review of studies on nurses of intensive care of Spain units*. Rev. Scielo. [Internet]. 2012 [citado el 20 marzo de 2017]; 11(26): 267- 282. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/revision1.pdf>
- Mejía, A (2002). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*", España.
- Oscoco, O. y Otros (2010). *Actitud que adopta la enfermera durante la atención y Nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital*” Pisco, Perú
- Pastor, O. (2007). *Husserl y Heidegger. Hologramática literaria. Año II, N°3*, [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/10/291/husserl.pdf]. 28 de agosto 2017
- Pérez, C. (2001). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. 11 Técnicas y Análisis de Datos*. 1era Ed. Edit. La Muralla S.A. Madrid -España
- Pinto, K. y Spiri, W. (2008). *La percepción de enfermeros sobre el cuidado de pacientes con problemas físicos que interfieren en la autoimagen: un abordaje fenomenológico*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 [citado el 12 febrero de 2017]; 16(3): 407-413. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/12.pdf>
- Polit, D . y Hungler, B. (2008). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Roldán, D. (2009). "Nivel de ansiedad en pacientes adultos que van a ser sometidos a cirugía electiva". Tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú
- Rodríguez, G. Y Gil, J.(2005) El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos. España. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf2/06RzNavarro.rtf>

- Rodríguez, G. y Gil, J. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. "El impacto emocional de la información médica en pacientes quirúrgicos". 2da Ed. Edil. Aljibe. Granada-España.
- Roldán, D. (2009). *Nivel de ansiedad en pacientes adultos que van a ser sometidos a cirugía electiva*", Trujillo Perú.
- Torres, D. y Priego, H. (2008). *Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica*. México.
- Torres Cisneros (2004). *Manual de cirugía de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas*. Barcelona España.
- Yalta, V. (1994). *Efectos de la atención de enfermería preoperatoria a pacientes de cirugía abdominal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia*". Cirugía y Emergencia" Lima, Perú.
- Waldow, R. (2004). *Dimensiones del Cuidado*. 1era Ed. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Bogotá - Colombia.
- Waldow, R. (2009). Enfermería centrada en el cuidado. Aquichán vol. 9 n.3. Bogotá. Visitado el 26 de Enero del 2018. Disponible en:
[www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid; LONG, B. y otros \(1999\). Enfermería Médico Quirúrgica. 3era Ed. Edit. Harcourt Brace. España](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid; LONG, B. y otros (1999). Enfermería Médico Quirúrgica. 3era Ed. Edit. Harcourt Brace. España)

ANEXO
Y
APÉNDICE

ANEXO A

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FILIAL SULLANA

VIVENCIAS DEL PACIENTE ADULTO FRENTE AL CUIDADO PRE OPERATORIO. HOSPITAL APOYO II SULLANA 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es **Vivencias del paciente adulto frente al cuidado pre operatorio. Hospital Apoyo II Sullana 2017**", el propósito de este estudio es describir y analizar las vivencias de los pacientes adultos que serán intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía, en el cuidado pre operatorio. El presente proyecto investigación está siendo conducida por la Lic. Fanny Sandoval, quien me informo sobre el trabajo y mi participación en este estudio. También se me informo que la conversación será grabada, así la investigadora podrá transcribir las ideas que haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas. Mi participación será voluntaria.

La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación o un seudónimo. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera Incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por la investigadora.

He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo en participar en el estudio

Firma del o la participante _____

Fecha _____ Seudónimo _____

ANEXO B

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FILIAL SULLANA

Vivencias del paciente adulto frente al cuidado pre operatorio. Hospital Apoyo II Sullana 2017

1. Datos Informativos: Número o seudónimo de paciente:

.....

Fecha:.....

Hora de Inicio: Hora de término:

2. Pregunta de campo: ¿Cómo son sus vivencias sobre el periodo pre operatorio de la intervención quirúrgica de colecistectomía, descríbalas?

Grabacion.....
.....

Gracias