

## La investigación en enfermería quirúrgica: de la técnica a la humanización de la asistencia

**Autora:** Raquel Gómez Gómez.

**Categoría profesional y lugar de trabajo:**

Diplomado en Enfermería y Grado en Psicología por la Universitat de Barcelona. Máster en Enfermería Perioperatoria en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Máster en Terapia de Conducta por la Universidad Nacional de Educación a Distancia

El desarrollo histórico de la cirugía se remonta a la ley de Babilonia (el código de Hammurabi [1955-1913 a.C.]). Sin embargo, esta no se consideró una disciplina médica verdadera hasta la era de Claudius Galen (130-200 d.C.), considerado el padre de la fisiología experimental. La cirugía se mantuvo como una práctica primitiva y careció de base científica durante los siguientes 1200 años. Alrededor de 1800 se formó el *Royal College of Surgeons* de Londres (1). En sus inicios, los ayudantes quirúrgicos eran aprendices de medicina, entrenados empíricamente para desarrollar el trabajo que se les exigía. En la II Guerra Mundial la instrumentación quirúrgica surgió como necesidad de una ayudantía o asistencia en las acciones de la cirugía. Así, es en las primeras décadas del siglo XX cuando aparecen las enfermeras instrumentistas por la necesidad de acondicionar y suministrar el instrumental y material utilizado en las operaciones y acortar los tiempos quirúrgicos. Estas eran enseñadas por médicos (2). En España, fue en los años 60 del pasado siglo cuando surgió la entrada en el mundo laboral de profesionales denominados Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Para trabajar en los quirófanos no era necesaria ninguna titulación especial y se aprendía de otros compañeros ATS y de los cirujanos, situando el foco de su trabajo en la técnica, en la instrumentación, en el manejo de material y tecnología y, en definitiva, en la asistencia al cirujano durante el acto quirúrgico. El proceso de transformación de las escuelas de ATS en Escuelas Universitarias de Enfermería culminó con la promulgación del Real Decreto del 23 de julio de 1977 que las integraba en la Universidad. Durante 20 años la formación había sido técnico-médica y hasta finales de la década de los 70 la dirección de las Escuelas estaba al cargo de médicos.

Ser ayudantes (del médico) técnicos sanitarios, por tanto, significaba que el foco de atención estaba

en la figura del cirujano y en la instrumentación. Actualmente, en algunos hospitales, especialmente de segundo nivel de gestión privada, la enfermera instrumentista, y es un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) el que realiza las funciones de circulante o coordinadora. Además, la instrumentación es lo que más suele preocupar a las enfermeras quirofanistas noveles pues es lo que, a priori, parece más complejo y diferente. Ciertamente, la enfermera en quirófano deberá saber anatomía, conocer la técnica quirúrgica, la posición del paciente y sus protecciones, el instrumental y material necesarios y las normas de asepsia y esterilización. Deberá adelantarse a las necesidades de la cirugía y del servicio y tendrá capacidad para enfrentarse a situaciones críticas. Pero, ya han surgido voces que aseguran que si nos centramos en potenciar el papel de la enfermera instrumentista (la parte más técnica), el personal técnico acabará sustituyéndonos en nuestras funciones (como ya sucedió en alguna región europea). Actualmente, se considera que la función principal de la enfermera quirúrgica es proporcionar cuidados al paciente quirúrgico durante las fases del preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio (3). El fin será el éxito de la cirugía y el bienestar del paciente, procurando la seguridad tanto del paciente como del entorno (4). Por tanto, se tiende a potenciar la figura de la enfermera circulante, que es la que coordina el funcionamiento del quirófano y del personal y garantiza unos cuidados de calidad.

En el Modelo AORN (*The Association of Perioperative Registered Nurses*) perioperatorio centrado en el paciente, la enfermera interviene en el contexto del sistema sanitario al ayudar al paciente a lograr el mejor estado de salud alcanzable (fisiológico, conductual y de seguridad) durante la experiencia perioperatoria (1).

Un estudio analizó 66 protocolos enfermeros del quirófano del Hospital Materno-Infantil de Granada elaborados entre 1990 y 2008 y concluyó que se ha experimentado una evolución desde una temática centrada en el acto quirúrgico (material y técnica) hacia otra orientada más a las respuestas humanas, seguridad y bienestar del paciente, apareciendo nuevos protocolos referentes a la continuidad y personalización de los cuidados (registro perquirúrgico, visita prequirúrgica y enfermera referente) y con la introducción de la metodología enfermera (taxonomía NANDA, NIC, NOC) (5).

Pero, ¿cómo conjugamos la individualización con la pretendida estandarización de los cuidados? En el quirófano, muchas veces, la atención al paciente es impersonal y los problemas individuales son ignorados. (6) Coloquialmente se hace el símil con una fábrica en que se generan los productos industrialmente.

El quirófano es un lugar muy complejo donde se tienen que seguir una serie de protocolos muy estandarizados y, a la vez, se debe tener sensibilidad especial ante un paciente muy vulnerable. Aunque, con el uso de distintas técnicas, se pueden alcanzar los mismos resultados, cada hospital establece normas y procedimientos con la finalidad de ejercer de acuerdo a los estándares, prácticas recomendadas y guías prácticas desarrolladas por organizaciones profesionales y basadas en la investigación científica. Estas normas, procedimientos y guías prácticas ayudan a prevenir la confusión y a mantener la coordinación de las actividades. La uniformidad y la estandarización de los procedimientos ayudan al personal a desarrollar habilidades y eficiencia (1). Por tanto, la estandarización y la personalización, aspectos aparentemente divergentes, pueden y deben ser complementarios.

El quirófano es un servicio de paso rápido o de transición. En la planta de hospitalización el cuidado se dirige a satisfacer necesidades, como el baño, el aseo, administrar medicación, hacer curas, etc. y, al cuidar a los mismos pacientes, el personal de enfermería puede profundizar en la relación que se establece con los pacientes. Además, las enfermeras pueden manejar el tiempo de acuerdo con las necesidades del paciente y las demandas. En cambio, en el quirófano es necesario establecer relaciones rápidas y efectivas (3). En cirugías largas, en las que se mantiene al paciente profundamente sedado, el tiempo con el paciente despierto supone una parte mínima comparado con el tiempo dedicado a la

cirugía y el trato con el resto de profesionales. En muchas ocasiones, las relaciones interprofesionales son más intensas y estrechas que en otras esferas hospitalarias.

La colaboración incrementa la fluidez del cuidado de enfermería. Además, la velocidad, la agudeza, la precisión y la vigilancia son normas en cada cirugía y requieren de un sinnúmero de tareas secuenciales; por eso es un proceso que genera secuencias completas, lo que requiere mayor coordinación en el proceso que en otras tareas realizadas independientemente; por tanto, el trabajar en equipo se hace indispensable (3).

El área quirúrgica es un lugar estresante por las responsabilidades que allí se tienen, por tener que cumplir la programación quirúrgica, por el estado del paciente, su vulnerabilidad, el riesgo que implica el procedimiento anestésico y quirúrgico, porque en cualquier momento un paciente se puede complicar, es un servicio a veces impredecible y se tienen múltiples tareas simultáneas.

La especialización médica ha evolucionado de tal forma que cada vez los cirujanos focalizan su trabajo en regiones más pequeñas del cuerpo del paciente o en patologías más concretas de los órganos. En quirófano, se centran en operar, en la técnica quirúrgica, en el órgano en concreto. No se suelen tomar en consideración otras etapas que no sean el "de piel a piel" y, en muchas ocasiones, se subestiman los tiempos requeridos para llevar a cabo una atención integral del paciente.

El tiempo es un recurso precioso y, a menudo, las enfermeras se encuentran atrapadas entre las exigencias del cirujano y las demandas de los demás aspectos de su trabajo; esto constituye el origen de discusiones, estrés y frustración (3). Los profesionales de enfermería que valoran la humanización están sometidos a una gran presión y cargas de trabajo por lo que, en muchas ocasiones, dejan de acercarse al paciente por el "miedo" de "perder tiempo" que necesitarán para las técnicas (6).

Según Barnard y Sandelowski: *"Debido a la técnica, puede producirse sobreénfasis en la maximización de la eficiencia, la especialización de la práctica y el desarrollo de la conformidad y la uniformidad en el producto, proceso y pensamiento. En consecuencia, es técnica, no objetos tecnológicos per se lo que debemos enfrentar al haber delegado a la técnica, el poder de la toma de decisiones y al confiar a la técnica el estatus en el desarrollo profesional"* (7).

Es indudable que el incremento de la tecnología ha tenido un impacto considerable en la obtención de buenos resultados (8). La enfermera se encuentra en un lugar privilegiado con respecto a la tecnología y el paciente, esto puede hacer la diferencia entre la atención humanizada y la que no lo es. Como señalan Barnard y Sandelowski (7): *"la enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientes tecnológicos, se ve a sí misma como mediadora entre dos fuerzas aparentemente irreconciliables y distintas, la humanidad y la tecnología"*. (8)

Carraro (9), destacó la necesidad de unir conocimientos técnico-científicos a la humanización del cuidado. El enfermero del quirófano debe desligarse de su papel exclusivamente técnico e integrarse en el cuidado total e integral del paciente (8), es decir, la atención debe ser humanizada y no simplemente el conocimiento y desempeño de técnicas (6). Humanizar el cuidado significa la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad (6). Aunque el tiempo del que dispongamos sea mínimo, en la medida de lo posible es importante reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual y dirigir el cuidado a todas las dimensiones físico, social y mental. En una cirugía la atención humanizada comienza mucho antes y termina mucho después del acto quirúrgico en sí, es esencial la individualización del cuidado, aliviar la ansiedad del paciente, transmitirle la información necesaria que facilite su enfrentamiento a la intervención con más seguridad y menos miedo (8). Establecer una comunicación efectiva sería una de las maneras de conquistar la confianza del paciente y humanizar la atención. El profesional deberá estimular al cliente a verbalizar, exponer sus sentimientos y temores, estando dispuesto a escuchar con atención, respeto y empatía. Es necesario presentarnos, previamente a la entrada al quirófano y de colocarnos la mascarilla, pues es importante que la persona sepa con quién está hablando y quiénes son los responsables de lo que está pasando (6).

Es indudable que el área quirúrgica es diferente al resto del hospital: es un espacio frío y uno de los lugares más inaccesibles del hospital, el personal trabaja confinado en una circulación restringida con bajo flujo de personal y vestimenta especial. La misma vestimenta hace que en el área quirúrgica sea difícil distinguir al personal: todos visten igual y permanecen gran parte del tiempo cubiertos con la mascarilla (3). Aunque el uniforme de quirófano podría considerarse

una forma de "despersonalización" al perderse las características físicas individuales del personal, tampoco podría descartarse que el uniforme constituya una señal de autoridad y pertenencia. En un símil eclesiástico, podríamos interpretar el quirófano como un lugar de culto lleno de rituales y los pacientes serían como feligreses que vienen a intervenir normalmente con la fe de mejorar su estado de salud.

Es preciso señalar que la responsabilidad de humanización del cuidado de la enfermera incluye la construcción de un clima flexible, abierto, respetuoso, aplanado que haga sentir a los pacientes, y también a sus familiares, la mayor seguridad y confianza posible (8). Una experiencia quirúrgica cambia la vida de toda la unidad familiar (6). En este sentido, además de la información que ofrece el cirujano al finalizar la intervención, en muchos hospitales se están implantando sistemas informáticos y aplicaciones móviles con el objetivo de mantener a los familiares informados a cerca del momento preciso en que se encuentra la persona que están interviniendo: en el antequirófano, en el quirófano, finalizada la cirugía o en la sala de recuperación postquirúrgica.

Las nuevas tecnologías tuvieron un peso importante en el recientemente celebrado (marzo de 2019) Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica (10). Otras temáticas predominantes fueron: calidad asistencial y seguridad (normotermia, bacteriemia zero, listado de verificación *Check-list*), gestión, proceso de atención integral y trabajo en equipo. Esto nos ubica hacia dónde se focaliza y evoluciona la atención en quirófano, las inquietudes latentes y la orientación de la investigación.

La investigación en el área operatoria, como la mayoría de las investigaciones en enfermería, se ha dado desde la posición filosófica del positivismo y el postpositivismo. El énfasis ha sido en las partes o las piezas de la experiencia en el preoperatorio, el transoperatorio y el postoperatorio (3). Algunos temas abordados para la investigación por las enfermeras en este contexto han sido los roles, la toma de decisiones, el significado de ser enfermera perioperatoria, las prácticas de cuidados, las percepciones de satisfacción y calidad del cuidado, la preparación del paciente para el procedimiento quirúrgico. En su mayoría, son estudios descriptivos, exploratorios y sus contenidos abordan las fases perioperatorias, así como las facilidades y dificultades encontradas en la prestación del cuidado de enfermería al paciente quirúrgico. Otros relatan la experiencia vivida en la práctica y otros evalúan cómo se desarrolla la asistencia al paciente en las instituciones en las que trabajan (3).

Los estudios sobre ansiedad en el perioperatorio se centran en su mayoría en la fase prequirúrgica, ya sea desde la estancia en la planta de hospitalización o en la sala pre-quirúrgica. Por ejemplo, se está investigando en la aplicación de tecnología inmersiva como la realidad virtual para reducir el dolor y la angustia de los pacientes. En el intraquirófono se han realizado estudios en los que se aplican tratamientos como la musicoterapia, la relajación, la visualización o la distracción. La eficacia de este tipo de técnicas variará en relación con el estado del paciente y el tiempo en que esté despierto o sedado, entre otros aspectos. En niños, se está investigando sobre el juego con muñecos para explicarles en qué consiste la intervención que se les realizará, en el traslado de la planta de hospitalización hasta el quirófono con coches teledirigidos, la distracción con vídeos o realidad virtual o la influencia de la presencia de los padres en el prequirófono. En estos estudios, la enfermera está teniendo un liderazgo que la hace un pilar importante en los avances en la disminución de la ansiedad y en el bienestar del paciente en el perioperatorio.

Por tanto, se hace necesario que las enfermeras que trabajan en las áreas quirúrgicas inicien trabajos de investigación que documenten cómo es su cuidado de enfermería, basados especialmente en su rol autónomo, de manera que se logren formar líneas y grupos de investigación que visualicen su trabajo en este contexto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Phillips NF. Técnicas de quirófono. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- Enfermeras en quirófono. [Internet] Quirofono.net. [Consultado 17 mar 2019]. Disponible en: <https://www.quirofono.net/enfermeria-quirofono/enfermeras-quirofono.php>
- Salazar Maya AM. Cirugía: un contexto diferente de cuidado. Av. Enferm. 2011; 29(1):55-6.
- Abenoja A. Las 10 actitudes y aptitudes necesarias para ser una buena enfermera quirúrgica [Internet] Escuela Internacional de Ciencias de la Salud (ECS); feb 2017 [Consultado 16 mar 2019]. Disponible en: <https://www.escuelacienciassalud.com/las-10-actitudes-aptitudes-necesarias-una-buena-enfermera-quirurgica/>
- Martínez García MD, Rodrigo Trujillo ML, Jiménez Rodrigo ML, Gerada Sabariego MT, Raya López MB, Ramírez Ramos MC. De la técnica a los cuidados: evolución de los protocolos de enfermería en quirófono (1990-2008). Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2008 [Consultado 19 mar 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o026.php>
- Heluy de Castro C, Efigênia de Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M. Humanización de la Atención de enfermería en quirófono. Index Enferm. 2004; 13:44-5.
- Barnard A, Sandelowski M. Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference? J Adv Nurs. 2001; 34(3):367-75.
- Portela T. La práctica de enfermería y la humanización del cuidado en el quirófono. [Internet]. Portalesmedicos.com; ago 2012 [Consultado 19 mar 2019]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4584/1/La-practica-de-Enfermeria-y-la-humanizacion-del-cuidado-en-el-quirofano.html>
- Carraro V. O ser humano inconsciente: Como seu familiar o compreende. Disertação de mestrado. Porto Alegre, 1997.
- Áreas Temáticas. [Internet] Asociación Española de Enfermería Quirúrgica. [Consultado 20 mar 2019]. Disponible en: <http://www.14enfermeriaquirurgica.com/areas.php>