



Humanización del Entorno Quirúrgico: **UN ENFOQUE DESDE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

ISBN: 978-9942-609-70-0

Ana Lucia Suconota Pintado, Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca
Kary Patricia Cabrera Sosoranga, Linda Yovana Salvatierra Ávila
Joselin Samira Tapia Aguilar, Celia Alexandra Fernández Romero
Adriana Elizabeth Ramón Merchán, Katherine Lisseth Lascano Pérez
Laddy Carolina Pillco Vargas y Mery Jessenia Jima Urgiles



Instituto de Investigaciones
Transdisciplinarias Ecuador - BINARIO

EDITORIAL BINARIO

Mgs. Susgein Julissa Miranda Cansing

Directora ejecutiva

Lcdo. Wilfrido Rosero Chávez

Gerente operaciones generales

Dra. Sherline Chirinos

Directora de publicaciones y revistas

Lcda. Greguis Reolón Ríos

Directora de marketing y RRSS



La revisión técnica de los documentos correspondió a especialistas expertos en el área.

ISBN:

978-9942-609-70-0

1era. Edición abril 2026

Edición con fines educativos no lucrativos

Hecho en Ecuador

Diseño y Tipografía: Greguis Reolón Ríos

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito al Instituto de Investigaciones Transdisciplinarias Ecuador (BINARIO).

Instituto de Investigaciones
Transdisciplinarias Ecuador - BINARIO

Cel.: +593 99 571 2751

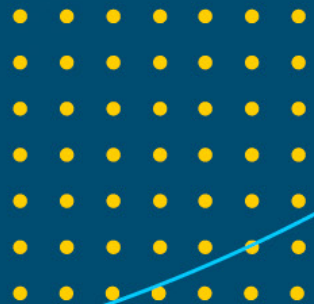
<http://www.binario.com.ec>





AUTORES

Ana Lucia Suconota Pintado
Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca
Kary Patricia Cabrera Sosoranga
Linda Yovana Salvatierra Ávila
Joselin Samira Tapia Aguilar
Celia Alexandra Fernández Romero
Adriana Elizabeth Ramón Merchán
Katherine Lisseth Lascano Pérez.
Laddy Carolina Pillco Vargas
Mery Jessenia Jima Urgiles



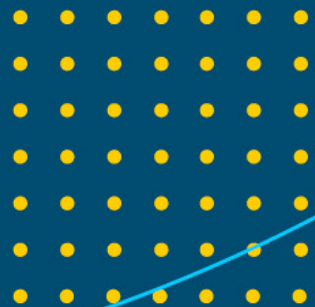
La velocidad de los avances científicos tecnológicos urge a las ciencias en todos sus ámbitos a generar procesos de adaptación, y la enfermería no está exenta de ello, sobre todo en el campo quirúrgico, que revierte una amplia complejidad y una gran tecnificación. La rapidez con la que avanzan las innovaciones tecnológicas ha hecho que el ser humano quede rezagado frente a la novedad que implica cada instrumento creado. La migración del paradigma dentro de la enfermería y dentro de las ciencias médicas, pareciera inminente, por lo que el profesional que pretenda formar parte de un equipo médico de alta complejidad, como el que asiste al quirófano debe comprender la historia y abordar de manera integral todos los procesos que exigen de su competencia dentro y fuera del entorno quirúrgico.

Por lo tanto, crear un libro sobre la humanización de la enfermería quirúrgica, se motiva en la formación de los profesionales, pero también se sustenta en la necesidad de que todas las personas puedan tener de manera accesible el conocimiento sobre las diferentes visiones del proceso perioperatorio, pues este complejo tránsito, involucra a todos los seres humanos, que de una u otra forma se entregan con espíritu de servicio para que la corrección quirúrgica de una condición o enfermedad redunde en el bienestar, no solo ya del paciente sino de todos los involucrados.

Al adentrarse en este libro, el lector tiene la posibilidad de redescubrir el rol de la enfermería, observando sus aportes a las ciencias de la salud y la conducta quirúrgica. La enfermera, se identificará en el ejercicio de su profesión, reconociendo su historia, el personal médico podrá verificar las formas de integración entre todos los integrantes del equipo que ingresa al entorno quirúrgico y los pacientes o los lectores en general desligados de la ciencia médica, encontrarán una fascinante historia, seguida de las bases conceptuales de los procesos y procedimientos que envuelven al entorno quirúrgico, no como un ilegible manual técnico, sino como un diálogo sencillo y preciso con el lector.



AUTORES





ANA LUCIA SUCONOTA PINTADO

Licenciada en Enfermería

asuconota@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Licenciada en Enfermería y Magíster en Enfermería Clínico Quirúrgico en la Universidad Técnica de Machala. Ha trabajado como enfermera en el Hospital SOLCA-Machala y Trau-maHospital. Actualmente, docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala impartiendo la cátedra de Enfermería Clínico-Quirúrgico I. Revisora de trabajos de titulación de Pregrado. Participación en Proyectos de Vinculación. Ha realizado publicaciones artículos de alcance regional. Actualmente cursando doctorado en Ciencias de la Salud.



DEICY DOLORES QUIZHPI PALLCHIZACA

Licenciada en Enfermería

dquizhpi3109@upse.edu.ec

Universidad Estatal Península de Santa Elena

Deicy Quizhpi Pallchizaca, nacida en 1993 en El Tambo, Cañar, se formó en la escuela Marianita de Jesús y se graduó en el Colegio José Peralta. Su Licenciatura en Enfermería y una maestría en Gestión del Cuidado fue otorgada por la Universidad Católica de Cuenca, La maestría en Salud Pública la obtuvo en la Universidad Estatal de Milagro. A lo largo de su trayectoria profesional, ha trabajado como enfermera en diversas instituciones de salud y como tutor de prácticas en instituciones de educación superior. Actualmente, es docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena impartiendo cátedras de Enfermería Clínico-Quirúrgica y Enfermería Pediátrica.



KARY PATRICIA CABRERA SOSORANGA

Enfermera responsable de centro quirúrgico del HGTD
Docente de medio tiempo de Internado rotativo clínico quirúrgico
ckary1@utmachala.edu.ec
Universidad Técnica de Machala

Licenciada en Enfermería, graduada en la Universidad Técnica de Machala hace 15 años, y Magíster en Gestión del Cuidado por la Universidad Católica de Cuenca. Cuenta con amplia experiencia en cuidado directo, con atención a pacientes pediátricos y adultos en diversas áreas asistenciales. Actualmente, es enfermera responsable del Centro Quirúrgico del Hospital General Teófilo Dávila. Además, se desempeña como docente de internado rotativo (Clínico Quirúrgico) de medio tiempo en su alma mater, contribuyendo a la formación académica y práctica de nuevos profesionales de enfermería, Ha realizado publicaciones artículos de alcance regional.



LINDA YOVANA SALVATIERRA ÁVILA

Licenciada en Enfermería
lsalvatierra@utmachala.uedu.ec
Universidad Técnica de Machala

Profesional en Enfermería con Maestría en Emergencias Médicas, con formación complementaria en docencia y compras públicas. Cuenta con amplia experiencia asistencial en instituciones de salud, destacando su labor en atención primaria y cuidados hospitalarios críticos. Ha desarrollado su trayectoria en entidades como Corpoclínica, Dirección Distrital 07D02 y el Hospital Teófilo Dávila. Desde 2017 se desempeña como docente universitaria en la Universidad Técnica de Machala, contribuyendo a la formación de futuros profesionales de enfermería. Además, participa activamente en capacitación continua, investigación y publicaciones científicas, con énfasis en emergencias y educación en salud.



JOSELIN SAMIRA TAPIA AGUILAR

Licenciada en Enfermería
jtapia5@utmachala.edu.ec
Universidad Técnica de Machala

Joselin Samira Tapia Aguilar, nació el 20 de abril de 2001 en Madrid – España a sus 10 años llegó a Ecuador y culminó con éxito la primaria, secundaria, bachillerato y se graduó en la Universidad Técnica de Machala de licenciada en enfermería con excelentes calificaciones. Es una persona, responsable, humanista, amigable y respetuosa.



CELIA ALEXANDRA FERNÁNDEZ ROMERO

Licenciada en Enfermería

cfernande3@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Licenciada en Enfermería, con experiencia en el ámbito asistencial y académico. Actualmente se desempeña como técnico docente de internado Rotativo en la Universidad Técnica de Machala, contribuyendo a la formación profesional en el área de la salud. Asimismo, es docente del programa de Formación de Auxiliares de Enfermería en Educación Continua. Su labor se orienta al fortalecimiento de competencias clínicas, éticas y humanísticas.



ADRIANA ELIZABETH RAMÓN MERCHÁN

Licenciada en Enfermería

adrianaramon159@gmail.com

Universidad Técnica de Machala

Licenciada en Enfermería graduada en la Universidad de Machala. Actualmente cumple el año de salud rural, brindando atención integral con enfoque preventivo y comunitario. Se caracteriza por su vocación de servicio, responsabilidad profesional y compromiso con el bienestar de la población, manteniendo interés en la formación continua y el fortalecimiento de sus competencias en salud.



KATHERINE LISSETH LASCANO PÉREZ.

Licenciada en Enfermería

katherinlascanop@gmail.com

Universidad Técnica de Machala

Licenciada en Enfermería graduada en la Universidad Técnica de Machala, con vocación por el cuidado integral de la salud. Poseo especial interés en la atención de adultos mayores dentro del área de geriatría, brindando cuidados humanizados y centrados en el bienestar del paciente. Durante mi experiencia profesional trabajé en el área de quirófano en la Clínica Aguilar, participando en la preparación y asistencia en procedimientos quirúrgicos. Me caracterizo por aplicar los cuidados de enfermería basados en la seguridad del paciente, la prevención de complicaciones y el acompañamiento continuo. Mi compromiso se enfoca en ofrecer atención ética, responsable y de calidad en cada intervención de enfermería.



LADDY CAROLINA PILLCO VARGAS

Licenciada en Enfermería

carolinapillcov.24@gmail.com

Universidad Técnica de Machala

Licenciada en Enfermería, graduada de la Universidad Técnica de Machala. Posee un Diplomado en Instrumentación Quirúrgica y Manejo de Quirófano, lo cual fortalece su desempeño en el ámbito clínico a nivel teórico-práctico. Se distingue por su compromiso, responsabilidad, ética profesional, empatía y vocación de servicio en el cuidado de la salud. Posee habilidades de liderazgo, trabajo en equipo, comunicación efectiva y capacidad para la toma de decisiones. Actualmente, labora en la Clínica Niño Jesús como jefa del personal de enfermería, desempeñando funciones asistenciales y administrativas. Su labor se enfoca en garantizar una atención de calidad, la seguridad del paciente y la eficiente coordinación del equipo de salud.



MERY JESSENIA JIMA URGILES

Licenciada en Enfermería

meryjima8@gmail.com

Universidad Técnica de Machala

Licenciada en Enfermería, con formación orientada al cuidado integral de la salud y el bienestar de la comunidad. Realizó su año de internado en el Distrito de Salud 07D06 Santa Rosa, donde fortaleció sus conocimientos y habilidades en la práctica clínica. Posteriormente cumplió su año de servicio rural en el Centro de Salud Tipo A Las Cañas, brindando atención en el primer nivel de salud. Cuenta con experiencia en promoción, prevención y atención integral de pacientes. Actualmente cursa una Maestría en Seguridad y Salud en el trabajo en la Universidad Estatal de Milagro (UNEMI) para continuar su desarrollo profesional.

PRÓLOGO	4
AUTORES	5
ÍNDICE DE TABLAS	13
ÍNDICE DE FIGURAS	13
INTRODUCCIÓN	15
Capítulo I. La evolución del cuidado quirúrgico, paradigmas hasta la humanización ...	18
1.1 Orígenes históricos de la enfermería quirúrgica	18
1.2 La enfermería quirúrgica basada en el paciente Vs. la enfermería quirúrgica basada en la enfermedad	22
1.3 Paradigma de la seguridad: El paciente, de objeto de estudio fragmentado a sujeto en riesgo.....	26
1.4 Paradigma de la humanización, el cuidado transpersonal en el entorno quirúrgico.....	30
Capítulo II. Soporte emocional en la atención de enfermería durante el proceso perioperatorio	35
2.2 El cuidado y la presencia como modelo científico	39
2.3 La tecnología como puente entre el cuidado y la seguridad.....	42
2.4 La humanidad frente a la clínica	44
2.5 La vulnerabilidad extendida, la familia como unidad de cuidado y como cuidador.....	47
2.6 Elementos de bioética en el cuidado humanizado	51
Capítulo III. La seguridad como base de la humanización del cuidado en el proceso quirúrgico	55

3.1	El Paradigma de la Seguridad: De la Fragmentación a la Visión Holística del Riesgo	56
3.2	La Enfermera Quirúrgica como primera barrera de seguridad	59
3.3	Protocolos de Bioseguridad, Herramientas técnicas con propósito humano	66
3.4	Cultura de Seguridad y Prevención de Eventos Adversos	68
3.5	La integración del arte y ciencia de la enfermería para un entorno seguro	72

Capítulo IV. El paciente y el personal de salud: centro de la intervención de enfermería 78

4.1	El Cuidado en la Enfermería: Técnica y Compasión por el Paciente Indispensables	80
4.2	La Humanización del Paciente en el Bloque Quirúrgico: Los Procedimientos Operatorios con el Paciente como un Ser Humano	83
4.3	La Atención Integral: El Cuidado del Paciente a través de la Familia.	87
4.4	El Espacio Físico como un Ente Vivo: El Entorno Quirúrgico	92
4.5	El Cuidado del Enfermero: La Salud Mental como Recurso Indispensable para el Trabajo.	95

Capítulo V. Bioética y dilemas de la humanización del cuidado de enfermería 100

5.1	La Moral en la Enfermería Quirúrgica: Entre el Cuidado y la Justicia.	103
5.2	Los Cuatro Principios de la Bioética: Un vistazo a su Aplicación a la Vulnerabilidad Quirúrgica.	106
5.3	Un Dilema entre Dos Dimensiones: La Mirada Clínica frente a la Dignidad Humana.....	108
5.4	El Quirófano de la Modernidad, la Tecnología y la Humanización como un Todo a favor del Paciente.....	111
5.5	La Bioética: Humanización del Entorno a través de todos los Actores.	114

Capítulo VI. Gestión de la Calidad en la Práctica Humanizada de la Enfermería Quirúrgica 119

6.1.	Funciones de la enfermera quirúrgica en el marco de la gestión de salud	119
6.2.	Objetivos del Cuidado Humanizado en la Enfermería Quirúrgica	121

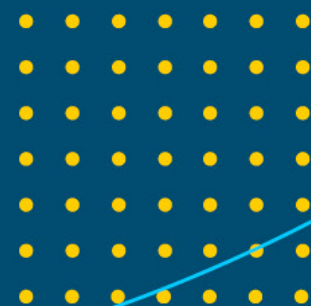
6.3	Principios de la Gestión de Calidad en el Cuidado Humanizado.....	123
6.4	Mejora Continua y Manufactura Esbelta en los Procesos Perioperatorios	126
6.5	Gestión de la Calidad en los Cuidados Paliativos y Condiciones Crónicas	130
6.6	Indicadores de Calidad en la Gestión de los Cuidados Humanizados durante el Proceso Perioperatorio	132
Capítulo VII. Gestión e Investigación para la humanización del cuidado en la enfermería quirúrgica		138
7.1	Liderazgo transformacional en la gestión quirúrgica.....	139
7.2	Calidad perioperatoria y mejora continua.....	145
7.3	Investigación y práctica basada en la evidencia (PBE) en el ámbito quirúrgico .	151
7.4	En el camino hacia una cultura de excelencia, la implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC).....	158
7.5	Los horizontes futuros, la innovación tecnológica y el compromiso del ecosistema.....	160
REFERENCIAS		162

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro comparativo de los factores de seguridad empleados en la enfermería según la visión de Nightingale y la visión quirúrgica.	38
Tabla 2. Protocolo de revisión según el momento quirúrgico.....	64
Tabla 3. Indicadores por objetivo clínico según el paradigma de atención en salud....	103
Tabla 4. Modelos de gestión preoperatoria que van desde el enfoque transaccional al liderazgo humanizado.....	140
Tabla 5. El impacto de la gestión moderna en el ambiente quirúrgico.	142
Tabla 6. Fundamentos de la arquitectura de humanización en la gestión quirúrgica ..	145
Tabla 7. Indicadores de calidad en la unidad quirúrgica en función del enfoque humano.	149
Tabla 8. Matriz de triangulación en la investigación quirúrgica	155

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distintos estilos de cuidar desde los inicios de la civilización hasta nuestros días	20
Figura 2. Los factores de cuidado de Watson.....	41
Figura 3. La tecnología como conexión entre el paciente y la enfermera.....	43
Figura 4. Ecosistema del cuidado en salud	49
Figura 5. Modelo de queso suizo de Reason.....	61



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La enfermería, contiene en sí misma una historia rica que abarca desde los inicios de la humanidad, los cuidados domésticos muestran los primeros pasos del hombre dentro de las ciencias médicas. No obstante, la dedicación a los cuidados subraya la ubicación de la enfermería en un rol de apoyo, no protagónico e incluso dejado de lado. La medicina, ha abarcado la primacía y el control de todo acto de curación, relegando al resto de las profesiones a la entrega de apoyo hacia el médico, que debido a su conocimiento tiene la responsabilidad de llevar a cabo la acción curativa.

Comprender entonces, que la enfermería es más que cuidados y sus aportes a las ciencias médicas invitan a una nueva visión, en la que se entiende el acto médico como un acto humano y por lo tanto extremadamente complejo. Así, la enfermería en el entorno quirúrgico, lejos de quedar exenta de este análisis, es la pionera en la formación de una nueva óptica dentro de las ciencias de la salud, es la portadora de la rehumanización del acto más humano que puede existir: cuidar de la vida.

El transcurrir de la enfermería como profesión está ligada a la historia humana y la enfermería quirúrgica especialmente se encuentra unida a la historia de las guerras. Ha sido en los momentos más crueles de la humanidad, en los que ha surgido una luz, alguien ha cuidado, vigilado y ayudado a la curación de los heridos y de los afectados colaterales. La enfermera, ha estado presente en todos los procesos como un ente neutral, encargado de salvar vidas en conjunto con los médicos que se han dedicado a aplicar los procedimientos urgentes.

Así se podrá encontrar a continuación, distribuido a lo largo de los 7 capítulos que describen los elementos fundamentales de la humanización del entorno quirúrgico

1. La evolución del cuidado quirúrgico, paradigmas hasta la humanización.
2. Soporte emocional en la atención de enfermería durante el proceso perioperatorio.
3. La seguridad como base de la humanización del cuidado en el proceso quirúrgico.
4. El paciente y el personal de salud: centro de la intervención de enfermería.
5. Bioética y dilemas de la humanización del cuidado de enfermería.
6. Gestión de la calidad en la práctica humanizada de la enfermería quirúrgica.
7. Gestión e investigación para la humanización del cuidado en la enfermería quirúrgica.

En cada uno de estos capítulos se analiza con detalle el entorno quirúrgico, cómo se organiza, cuáles son sus normas y esquemas, cómo ha evolucionado para llegar hasta lo que es hoy en día y lo que es más importante, se observa cómo interactúan los seres humanos responsables de este entorno, pues no se trata de una relación médico – paciente o de los cuidados enfermera – paciente, de forma aislada. Se trata de una comprensión holística, sistémica, orgánica, pero sobre todo científica del paradigma dominante y las posibles acciones que conlleven a consolidar una nueva técnica que involucre al ser humano como su eje primordial.

En ese sentido, plantear un libro sobre la humanización del entorno quirúrgico, más allá de los cuidados desde la óptica de la enfermería quirúrgica, pareciera redundar en la explicación de la importancia de volver a establecer como centro al ser humano, sin embargo, esta también es una potente declaración científica que busca que la enfermería vuelva a colocarse a la vanguardia de un nuevo paradigma médico, que incorpore la innovación y la velocidad de los avances tecnológicos, sin perder de vista a su actor principal: el ser humano.

Al establecer ser humano y no paciente, se deslinda de la óptica del cuidado como fuente de poder y pasa a ser la interconexión, la intersubjetividad, que al final se encuentra en todos los que participan del acto quirúrgico. Cuidar al ser humano, significa que en este entorno crítico todos deben cuidar de todos, médicos, enfermeras, personal administrativo, pacientes, familiares, entre otros. El ser humano no exime a ninguno de los participantes, los coloca a todos como centro de la enfermería y por ende de la medicina, en un entorno altamente complejo.

Este libro, más que un manual técnico, es un encuentro con la enfermería quirúrgica, desde la óptica humana. Un recorrido por la historia del hombre, que finaliza en el entendimiento de la época actual, donde la tecnificación está llevando a dejar atrás al propio humano, transformándonos en un espacio de vacío existencial en el que la identidad se difumina entre las máquinas.

Un manifiesto desde el quirófano, esa habitación a la que se concurre cuando el sistema cuerpo falla y es necesaria la intervención científico – técnica para retomar la vida. Un llamado más allá de la enfermería, para comprender la necesidad de que la humanidad retorne a su centro y utilice la ciencia, la tecnología y la innovación como herramientas a su servicio.

LA EVOLUCIÓN DEL CUIDADO QUIRÚRGICO, PARADIGMAS HASTA LA HUMANIZACIÓN



I

CAPÍTULO I.

LA EVOLUCIÓN DEL CUIDADO QUIRÚRGICO, PARADIGMAS HASTA LA HUMANIZACIÓN

Ana Lucía Suconota Pintado, Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca,
Kary Patricia Cabrera Sosoranga, Linda Yovana Salvatierra Ávila, Joselin Samira Tapia Aguilar,
Celia Alexandra Fernández Romero, Adriana Elizabeth Ramón Merchán,
Katherine Lisseth Lascano Pérez, Laddy Carolina Pillco Vargas y Mery Jessenia Jima Urgiles.

El ejercicio de la profesión de enfermería contiene en sí mismo retos que son fundamentales para comprender la evolución de las formas en que es visto el paciente. En ese sentido, el personal de enfermería transita entre dos dimensiones, la primera, basada en el conocimiento técnico y la segunda fundamentada en la libertad de acción y la capacidad de decisión ante su entorno (1). Es, dentro de esta libertad de acción, que se han generado las diferentes teorías y paradigmas desde los inicios del ejercicio de la profesión de enfermería hasta la actualidad.

Al respecto, en este capítulo, se pretende mostrar cómo ha sido la evolución de los paradigmas que influyen en esta profesión, partiendo además de la valoración del entorno quirúrgico como uno de los espacios más importantes para el desempeño de los cuidados en enfermería. Como lo expresa Watson J., la enfermería se conjuga como un arte y una ciencia que debe preservar la dignidad y la humanidad en los momentos más vulnerables de las personas, es el personal de enfermería el responsable de mantener la conexión entre los seres humanos, en un entorno donde predomina la tecnología y la frialdad (2).

De esta forma, el quirófano; donde el paciente se encuentra en un estado de máxima vulnerabilidad, desnudo, bajo los efectos de la anestesia, a merced del personal médico – quirúrgico; pareciera ser el escenario de una paradoja en la que la técnica y la tecnología compiten con la humanización. Sin embargo, es el conocimiento técnico el que permite al personal de enfermería centrarse en el paciente como ser humano, generando esquemas de cuidado que comprendan las dimensiones del mismo (3).

1.1 Orígenes históricos de la enfermería quirúrgica

Identificar el nacimiento de la enfermería como profesión, conlleva a revisar el origen de los cuidados y los cuidadores de grupos humanos, de este modo, nos lleva a ubicarnos en los

inicios de la propia humanidad (4), pues es fundamental conocer cómo vivían los primeros hombres para poder adentrarse en los aspectos específicos de preservación de la especie, según la época en que se encuentren. Desde esa perspectiva, el hombre ha demostrado que para que la vida pueda persistir es necesaria la existencia de los cuidados (5).

Así, la enfermería surge dentro de los aspectos de preservación de la vida de los seres humanos en tanto es necesario atender a los miembros del grupo al que pertenecen. En ese sentido, la primera en ejercer el rol de cuidados ante sus iguales es la mujer, pues es en ella que se descargan las responsabilidades de mantenerse al cuidado de la tribu, mediante elementos naturales como el agua, la higiene, las plantas y el propio acercamiento físico a través de las caricias y atenciones, dándose así los primeros momentos del cuidado humanizado (4).

Entonces, el primer paradigma que se identifica está relacionado con el cuidado intuitivo y natural, no profesionalizado, pero sumamente humanizado, vinculado a la evolución del hombre. Posteriormente, comienza a observarse la enfermedad y los accidentes como eventos que están fuera del control de los seres humanos y por tanto atribuibles a sucesos sobrenaturales. De tal forma que los cuidados y la curación trascienden los aspectos intuitivos de preservación de la especie para pasar a formar parte de las consideraciones sobrenaturales.

Aunque la evidencia de la forma en que eran ejercidos los cuidados y la enfermería en las civilizaciones antiguas se ha perdido, todavía se encuentran algunos elementos que demuestran la coexistencia e incluso una fusión entre la medicina y la enfermería con lo mágico o lo divino (6). Los médicos, eran considerados sacerdotes y contaban con la ayuda de lo que hoy observaríamos como el rol de la enfermera, quienes aplicaban tratamientos y realizaban procedimientos quirúrgicos o de intervención médica ante diferentes enfermedades.

Esta presencia de la religión, brinda un punto de partida para el análisis de los paradigmas que se desarrollan en el ejercicio de la profesión de enfermería, que inicia desde los cuidados domésticos en la sociedad antigua y que luego se reflejan como la ejecución de rituales mágicos asociados eventualmente al apoyo hacia los sacerdotes o “brujas” de mayor rango, encargados de la propia atención y diseño del patrón de curación del paciente (4,6).

Desde esa perspectiva, la enfermería quirúrgica surge desde un paradigma de ayudantía, en el cual el centro es la aplicación del procedimiento, pues se considera que su aplicación es la vía

para la recuperación del paciente, quien, al estar enfermo, pasa a un segundo plano respecto al médico y al propio proceso de curación (6).

Hitos en el reconocimiento de la enfermería como profesión, más allá de los cuidados domésticos

La enfermería, ha transitado por diversas etapas de ejercicio, entre las que destacan, la etapa doméstica, la etapa vocacional, la etapa técnica y la etapa profesional, tal como se muestra en la figura 1 a continuación (4,7).

Figura 1. *Distintos estilos de cuidar desde los inicios de la civilización hasta nuestros días*



Nota. Adaptado de (4)

La etapa doméstica, marcada por el protagonismo de la mujer en torno al cuidado de los enfermos, sostiene cambios fundamentales a partir de la edad media, durante la cual el trabajo del cirujano pasó a ser ejercido por el barbero, quien también realizaba las curas tanto menores como mayores, en cuanto a fracturas, problemas odontológicos y cualquier otro incidente que ameritara intervención médica (8). En este punto, la enfermera quirúrgica no era más que un ayudante silencioso del que se abrogaba el protagonismo, por encima del paciente e incluso de la enfermedad, el médico – barbero (4).

No obstante, también a partir de la edad media se observa una transformación en la visión de la enfermería. Con la aparición de los primeros hospitales y ante la necesidad de atención a los heridos en guerras, ese rol de ayudante se ve modificado hacia un papel más activo en la atención de los enfermos, especialmente, aquellos que tienen que pasar por procesos quirúrgicos comunes en la época, como amputaciones de miembros o curas de heridas profundas.

En este nuevo contexto, la Iglesia católica asume también un papel preponderante, al plantear por una parte la función médica del clero y por la otra la caracterización del cuidado de los enfermos como una acción caritativa (6), que viene a ser desempeñada por las monjas, quienes además de hacer el acompañamiento, aún silencioso, hacia los médicos que ahora pasaban

a ser los miembros de la Iglesia, también ejercían funciones religiosas, al brindar compañía de paz a los enfermos (4,6,7).

De esta manera, la edad media marca el inicio de un ejercicio vocacional de la enfermería quirúrgica, donde el paciente cobra más importancia en cuanto a los cuidados perioperatorios, pues deja de centrarse inicialmente en la enfermedad y cambia incluso la visión hospitalaria, al universalizar la atención de los pacientes indistintamente de su condición social. Así, la introducción de la Iglesia durante la edad media permite incorporar en la cultura sanitaria, elementos religiosos que posteriormente marcarán la definición de los objetivos de la enfermería:

1. Ayudar a los enfermos como parte del deber cristiano. Esto deriva en la creación de instituciones dedicadas a esto
2. Igualación del trato a todos los enfermos sin diferenciar su condición social
3. La atención gratuita a todos los enfermos
4. Apoyo al enfermo desde el punto de vista subjetivo, con el fin de ayudarlo a sobrellevar el dolor y la propia situación de enfermedad (8).

De esta forma, inicia además el reconocimiento de la enfermería como profesión, un oficio realizado a partir de la vocación al cuidado de los otros (4,8).

En este sentido, la incorporación de la Iglesia católica al cuidado de los enfermos genera un cambio en tanto se modifican los centros asistenciales, que ahora se transforman en un sitio donde se va a recibir cuidados y atención, más allá de la curación y la intervención quirúrgica (9), tendiendo la enfermería un rol fundamental, ya no solo como ayudante del médico, sino como el personal que proporciona la función principal del hospital: la atención del enfermo.

No obstante, con el transcurrir del tiempo se avecina la revolución industrial, cuando el ejercicio de la medicina se ve también impactada por la velocidad de cambios en la técnica y se origina un nuevo posicionamiento de la función del médico por encima de la función de la enfermera o enfermero (9), derivando en que es nuevamente el médico el encargado de los cuidados y la atención del enfermo, pues además se hace más importante la resolución de la condición de salud por la que ha acudido al centro asistencial, quedando relegado nuevamente la función de la enfermería al paradigma de ayudantía, que se mantendrá durante toda la etapa técnica de desarrollo de la enfermería (8).

Este paradigma se mantiene durante toda la edad media e incluso trasciende durante parte de la modernidad, trastocando la vocación de quienes se dedican a los cuidados de los enfermos y quienes participan en los procesos de intervención quirúrgica, para relegarlos a ayudantes de los médicos que son los que en definitiva se colocan en el centro del ejercicio de la salud, en tanto el paciente es visto como un objeto sobre el cual se actúa, para generar avances en las ciencias y el conocimiento científico tanto de la salud como del cuerpo humano como máquina (4).

En ese contexto, a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, se conoce la obra de Florence Nightingale, nombrada posteriormente como la fundadora de la enfermería moderna (10), revoluciona el esquema de atención a los pacientes, mediante una intervención sistemática que se centra en la calidad de vida del enfermo y el establecimiento de estadísticas que permiten analizar los avances reales en la atención médica.

De esta manera, se sientan las bases de la enfermería moderna, fundamentalmente en el área quirúrgica, pues Nightingale ejerce durante la guerra de Crimea (1853 -1856), atendiendo a los soldados heridos y observando cómo la praxis quirúrgica con pocas medidas sanitarias y una débil atención perioperatoria y postoperatoria derivaba en una elevada tasa de mortalidad, que además no era documentada adecuadamente, pues para el médico la resolución de la herida o la condición particular era el hecho fundamental (7,10). De esta forma, la incidencia de este momento fue crucial sobre la profesionalización de la enfermería, e igualmente sobre la mejora técnica cualitativa del ejercicio de la medicina.

Se convierte Nightingale en la directora de la primera escuela formal secular de enfermeros y sienta las bases de un ejercicio científico de la profesión fundada sobre los principios de la disciplina, la educación y la compasión (10). Así, la enfermería quirúrgica comienza a ser parte de una disciplina que ahora se reconoce como científica y que cuida en cada paso la formación académica además de la inclinación vocacional al cuidado, que es desde el principio la motivación principal del ejercicio de la profesión.

1.2 La enfermería quirúrgica basada en el paciente Vs. la enfermería quirúrgica basada en la enfermedad

El avance de los paradigmas en enfermería es dependiente del enfoque de la atención, pues en cada una de las etapas de evolución de la profesión los cuidados se centran en el objeto

principal del paradigma dominante, sea la enfermedad, el médico o el paciente (4). En ese sentido, posterior al reconocimiento de la enfermería como disciplina dentro de los cuidados en salud, diversos autores han sugerido una disyuntiva trascendental, en tanto puede estar basada en el paradigma mecanicista o en la importancia del cuidado, moviendo la visión que tiene la profesión sobre el ser humano, en tanto según el primero el paciente es un mecanismo o “reloj” susceptible de ser reparado mientras en el segundo es un organismo sistémico cuya curación está ligada a su calidad de vida (11).

Luego de la llamada revolución introducida en la medicina por Florence Nightingale, la enfermería se abrió paso hacia la edad moderna e inició una etapa donde se privilegió el manejo de la técnica por encima de la vocación de servicio al paciente y la cualidad de ayudantía al médico (10). La introducción de la estadística y la insistencia en las formas de asepsia para la atención de los pacientes quirúrgicos jugó un rol fundamental en la observación y trato del paciente como parte del proceso de curación, tornándose este en un objeto secundario luego del uso de la tecnología y de los conocimientos técnicos que promueven su curación.

En este contexto, Foucault (11), describe dos tipos de clínica, igualmente ligadas a la cualidad del paciente, una, llamada histórica, enmarcada en la medicina clasificatoria, según la cual los médicos observan la enfermedad como una colección de síntomas y partes que pueden ser mencionadas y enumeradas con el fin de definir la dolencia y por consiguiente hallar el mecanismo de curación más apropiado. Mientras, la segunda, llamada como el conocer filosófico, busca determinar las causas de la enfermedad a partir del análisis del individuo en interacción con su entorno inmediato.

Ambos casos, se imponen en el estilo de clínica aplicado en la enfermería quirúrgica, durante la etapa técnica de la profesión, pues con el primero, quien ejerce el oficio de la enfermería debe centrarse en la enfermedad, sirviendo de apoyo a la labor médica de descripción para el establecimiento de estrictos protocolos de curación (7). Al mismo tiempo, con el segundo paradigma el enfermero toma un rol preponderante al centrarse en el paciente como individuo vivo, cuya interacción con el entorno del cual proviene y el propio hospitalario genera un esquema que no necesariamente representa un sistema de causa – efecto, transformándolo en un sujeto complejo, parte de su proceso de sanación.

No obstante, estos paradigmas encontrados no logran coexistir durante el mismo período de tiempo, imponiéndose la visión del paciente como un objeto permanente de estudio, no por su interacción viva, sino como un mecanismo en el que alguna pieza o parte ha fallado en su función (4,7). Así, la enfermería quirúrgica logra incorporarse en el sistema de atención en salud, como una disciplina que también investiga y registra los hechos médicos durante todo el proceso perioperatorio y postoperatorio.

Esto, se consolida aún más con la aparición de la anestesia, pues el paciente al pasar por los procedimientos en estado de sedación total, deja de tener voz u observación durante su proceso de curación, de tal manera que se cosifica, para transformarse en cifras de resolución o fracaso ante una determinada condición de salud, accidental o “natural” que le ha llevado ante la atención médica (11). Así, con el desplazamiento del enfoque desde el enfermo hacia el cuerpo como sistema mecánico recipiente de la enfermedad, afectó el ejercicio de la enfermería quirúrgica y la formación en el área de la enfermería general, pues se exige del profesional que concentre su apoyo en cuanto a conseguir un campo estéril donde pueda llevarse a cabo la operatividad de la medicina, dejando de lado las dimensiones humanas que acompañan al proceso de curación.

De esta forma, el paciente “desaparece” y se transforma en el objeto de estudio con el que se pretende, más que establecer su sanación, obtener conocimiento científico sobre la parte específica que ha enfermado (12). Estas, son las bases del modelo biomédico, centrado en la enfermedad, cuya racionalidad reside en los modelos científicos cartesiano y newtoniano, mediante los cuales se clasifica y se fragmenta al individuo y dentro de este, al cuerpo, para considerar su funcionamiento de acuerdo con leyes universales, que al ser vulneradas justifican la aparición de una enfermedad.

Dentro de ese paradigma, el ser humano se pierde de vista y el paciente pierde su identidad para construirse ante el médico la idea de la clasificación que se le ha asignado: “el paciente de la cirugía específica” (12). Por lo tanto, el rol de la enfermería quirúrgica queda relegado nuevamente a la ayudantía instrumental, garantizando que el entorno en el que se realizan los procedimientos cumpla con los requisitos de asepsia y disponibilidad de las herramientas que el médico requiere para realizar la intervención.

En este punto, la enfermería quirúrgica se adapta a la descripción que da Foucault (11) sobre los nuevos hospitales, que recurren a la praxis médica como hecho histórico, donde el paciente acude solamente a que sea atendida su enfermedad y por lo tanto obvia los componentes filosóficos de la medicina y enfermería. Hecho este, que se refuerza mediante la uniformidad de los espacios y personas encargadas de la atención dentro de estos, perdiendo la personalidad propia y por consiguiente deshumanizando el entorno quirúrgico.

Al respecto, también se observa cómo el uniforme de enfermería, implementado para mantener la asepsia en el entorno quirúrgico, crea además una barrera significativa entre el paciente y el personal médico, haciendo que en especial las enfermeras pierdan una buena parte de su rol de atención basado en los cuidados (12). En ese contexto, el paradigma biomédico impone mecanismos que impiden el acercamiento emocional entre el paciente y el personal de enfermería, haciendo del quirófano un lugar de extrema frialdad y deshumanización. A tal fin, Foucault (11), hace descripciones de cómo afecta el proceso de asepsia en la transformación de la medicina y por consiguiente de los cuidados en enfermería:

1. La uniformidad que estandariza a la figura humana y anula la personalidad: Con el uniforme, bata o pijama, gorro, tapaboca, guantes, todos los profesionales presentes en el proceso perioperatorio se igualan, perdiendo la noción de la función que cada uno realizará, generando incertidumbre sobre quién se encargará de cuidar al paciente (13), pues cada uno se ha convertido en una extensión de los equipos tecnológicos con los que se resolverá “la situación sobre la parte afectada” (2,11).
2. El uso de indumentaria facial, que elimina la posibilidad de observar los rasgos faciales de las personas, de quienes lo único visible son los ojos, deja al paciente en medio de personas con las cuales no puede establecer expresiones de confianza o de compasión (2). Con la sonrisa oculta, en el quirófano el paciente se encuentra con una cantidad de personas anónimas que además no han formado parte hasta ahora del tratamiento de su enfermedad.

En este escenario, el paradigma biomédico impone un reto adicional a la enfermería quirúrgica, que es el crear nuevas formas de acercamiento que permitan a los profesionales llegar al paciente de manera humana, rompiendo las barreras impuestas por la tecnología hacia el cuidado como se conoce en los paradigmas de la etapa doméstica de la profesión (13). De esta forma, los profesionales de la enfermería en el entorno quirúrgico desarrollan nuevos

mecanismos de expresión no verbal, incorporando el tacto y la mirada como fuentes para la humanización.

Son entonces el tono de voz, el tacto cercano con la mano enguantada y el contacto visual, los disruptores del paradigma biomédico (14), con lo que el personal de enfermería se encuentra nuevamente con el paciente y logra alcanzar la intersubjetividad que lo abstrae del evento sumamente tecnificado generando un vínculo humano con el que se recupera el rol inicial de la enfermería como cuidador y garante, no solo de la seguridad sino de la recuperación del paciente, luego de que recupera su cuerpo como un todo, al intervenir sobre las partes que han ocasionado la enfermedad.

El gran reto de la enfermería en el paradigma biomédico es asegurar un trabajo de acompañamiento aséptico, limpio, tecnificado, atendiendo la enfermedad como centro de la atención médica, al mismo tiempo que garantiza un trato humano al paciente que, como al principio de la edad media, ha requerido la atención quirúrgica de manera urgente, pero que luego debe afrontar una recuperación que incorpora todo su cuerpo como sistema orgánico sobre el cual se ha trabajado (2,7,14).

Así, al centrarse en la enfermedad, la fragmentación excesiva conlleva a una posible pérdida del paciente entre los elementos tecnológicos, haciéndose un objeto más de la sala quirúrgica (11), por lo que el paradigma biomédico entregó a la enfermería el rol de mantener al paciente como sujeto vivo contenedor del objeto de análisis – enfermedad, surgiendo de esta forma los diferentes protocolos de seguridad y bioseguridad que garantizan tanto la asepsia como el respeto al paciente como figura distinta dentro del quirófano.

1.3 Paradigma de la seguridad: El paciente, de objeto de estudio fragmentado a sujeto en riesgo

La complejidad del entorno quirúrgico en el enfoque biomédico, centrado por completo en la patología y en el avance de la tecnología, resultó en el descuido del paciente como sujeto, en un momento donde pasa por vulnerabilidad extrema, expuesto a riesgos potenciales. En ese contexto, el cuidado cambia también el centro de su atención hacia la garantía de que el cuerpo físico del paciente, que es considerado el objeto a intervenir y finalmente su recuperación es el fin de la intervención médica (11).

Así, para la enfermería quirúrgica se transforma en un hecho relevante la preservación de la vida del paciente, más que como sujeto humano como el objeto fundamental del quirófano, tras ser el portador de la enfermedad en una de las partes que componen su sistema (11). De este modo, surge el paradigma de la seguridad, complementando sin contradicción al paradigma biomédico, pues este también sostiene como fundamental la enfermedad en el centro de estudio de la medicina y de la enfermería (4).

En este punto, se va definiendo el rol de la enfermera en el quirófano (7), llegando a ser un profesional de elevada competencia técnica, con capacidad de asistir al médico durante el proceso quirúrgico. Se coloca, entonces en el centro de sus funciones a la seguridad, tanto del paciente como de los profesionales de la salud y del propio entorno, de allí que la enfermera quirúrgica tenga funciones antes, durante y después de cada cirugía (7), alcanzando niveles técnicos diferenciados con roles interdisciplinarios dentro de la misma profesión.

Con todo el avance de la cirugía, surge desde el estudio de la medicina una preocupación fundamental: el entorno quirúrgico es inseguro, se logra extraer la enfermedad o la parte patológica del cuerpo, más se pierden las vidas de los pacientes, tanto en el propio quirófano como durante el proceso de recuperación postoperatoria (15), es por ello que el paradigma de la seguridad, avalado y explicado por la Organización Mundial de la Salud, señala que la cirugía debe salvar vidas y por lo tanto el medio en el que se realizan las intervenciones debe ser un medio seguro.

De esa manera, la enfermera quirúrgica adquiere una relevancia fundamental, por cuanto viene a cumplir un rol de asegurador de la actividad vista en cada una de las fases, desde antes de la entrada al quirófano hasta la completa recuperación del paciente, o su mejoría a un punto que pueda ser dado de alta del quirófano. En ese sentido, no se trata de cuidar únicamente del paciente, sino que la enfermera adquiere el rol de responsable de la seguridad de todos cuantos participan en el hecho quirúrgico (7,15).

Adicionalmente, la complejidad del entorno quirúrgico trasciende a la frialdad de los objetos e instrumentos que se utilizan durante la intervención y pasa, dentro del paradigma de la seguridad a fundamentarse en la aparición de los individuos participantes (2). En este caso, no se trata solo del paciente sino también de todo el equipo médico presente, quienes dejan

de ser símiles al instrumental para cobrar vida y representar una parte fundamental que hay que resguardar.

Para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece un protocolo de seguridad, según el cual es fundamental conocer y reconocer a todos y cada uno de los miembros del equipo médico y sus funciones desde la etapa previa al acto quirúrgico (15), cuya acción fundamental es la verificación del listado de cumplimiento, con el que cada uno de los participantes recupera su identidad y es asignado ahora con una cualidad o función.

Dentro del paradigma de la seguridad, la enfermera quirúrgica, en función de confirmar el listado de chequeo establecido por la OMS, confirma que el paciente sea efectivamente quien está programado y verifica el procedimiento al que será sometido. Asimismo, verifica los nombres de cada miembro del equipo médico y la función que desempeñará, como un acto específico que recupera la humanidad en el momento de mayor vulnerabilidad para el paciente y mayor tensión profesional para quienes ejecutan las acciones dentro del quirófano (15).

Esta identificación hace que se recobre la humanidad de todos los participantes del acto quirúrgico, además con el fin de garantizar su seguridad y no solo el cumplimiento de la extracción de la pieza o la enfermedad (7). De esta forma, el papel de la enfermera en el quirófano se transforma, de ayudante y ejecutora de tareas repetitivas a la pieza que engrana los instrumentos técnicos para garantizar la vida.

En este contexto, la lista de seguridad propuesta por la OMS (15) no puede significar únicamente un papel para cumplir con un protocolo, esta debe ser la guía documental para certificar la seguridad del paciente en su momento más vulnerable, antes de la cirugía, durante la cirugía en la pausa quirúrgica de identificación y al finalizar el acto quirúrgico, momento en el que se comprueba que el instrumental y los materiales empleados han sido debidamente desechados y por tanto se garantiza la seguridad definitiva del paciente cuando aún se encuentra durante los efectos de la anestesia.

La enfermera como barrera de seguridad

Desde la perspectiva de Watson y el modelo de la OMS (2,15), la enfermera es el miembro del equipo médico que comparte durante mayor cantidad de tiempo con el paciente, y es además quien tiende un puente entre este y el personal que lo atiende. Por lo tanto, la enfermera quirúrgica es la encargada de brindar el apoyo cercano a todos los que participan de este proceso,

y por ende es quien puede visualizar y alertar en primer lugar cualquiera de los riesgos en la seguridad, tanto del paciente como del personal que interviene.

Entonces, la enfermera quirúrgica es la encargada de complementar bajo la óptica de la seguridad al paradigma biomédico, mediante la observación activa y la detección temprana e inmediata de cualquier desviación durante el proceso perioperatorio (16). De acuerdo con Reason, el quirófano se encuentra lleno de fallas latentes, que pueden ser obstáculos importantes al momento de realizar una intervención, en ese sentido, la enfermera quirúrgica es la encargada de revisar todas y cada una de las situaciones de manera vigilante para poder ser la primera línea de defensa en cuanto a la seguridad del paciente y del equipo médico.

La enfermera quirúrgica es la primera barrera de seguridad, pues es la encargada de la verificación del espacio del quirófano, el chequeo efectivo de la medicación, el recuento del material e incluso de la identificación del paciente y su patología de forma adecuada (15,16). De esta manera, la enfermera quirúrgica actúa como representante del paciente durante su intervención y asegura su integridad, haciendo realidad la confianza que este ha depositado en todo el equipo médico tanto para la resolución de su dolencia como para proteger su vida durante un momento de elevada vulnerabilidad personal.

La paradoja de la seguridad en enfermería

Los aportes de la lista de chequeo de la OMS (15), brindan a la enfermería quirúrgica un esquema detallado de seguridad desde una perspectiva técnica, sin oponerse al paradigma biomédico, por lo que asentó la deshumanización del entorno quirúrgico al pretender que el paciente además de ser el objeto de la intervención fuese un sujeto en riesgo que se debe proteger, pero desde la óptica de las buenas prácticas médicas. Esto, ha hecho que se generen una serie de contradicciones posibles dentro del entorno quirúrgico que terminan por obligar a las ciencias de la salud a retornar a la humanización para poder dar respuesta ante los riesgos (3).

Estas contradicciones, hacen que durante el proceso perioperatorio las fallas potenciales o latentes en el entorno se transformen en amenazas reales que ponen en riesgo no solo al paciente sino a todo el equipo médico. Adicionalmente, surge un agravante más en cuanto a la deshumanización del paciente, y es que ya no solo es la frialdad del quirófano, sino que se suma la distancia de la burocracia, para hacer invisible al individuo que acude al acto quirúrgico (17).

En ese contexto, la constante búsqueda de seguridad desde el punto de vista técnico, despersonaliza al paciente y se aleja de la óptica del cuidado como base fundamental de la enfermería quirúrgica (16), haciendo que el paciente sea ahora un conjunto de datos que deben ser verificados con extremo rigor administrativo, abandonando la dimensión emocional del sujeto (11). Este esquema, hace que la enfermera perioperatoria se encuentre entre la rigurosa lista de chequeo y la atención al paciente que amerita cuidados desde la perspectiva humana.

Así, el avance de los paradigmas en la enfermería perioperatoria obligan a retomar el cuidado humano como una prioridad ante el cumplimiento burocrático (11,16), sin que esto signifique aplicar una balanza que incline todo el peso, olvidando a la seguridad y los elementos tecnológicos. Esto significa lograr un equilibrio, en el que el cuerpo físico del paciente se encuentre protegido de los riesgos propios del entorno quirúrgico y al mismo tiempo sea respetada su dignidad durante todo el proceso.

Para Locsin (3) esta paradoja se encuentra basada en una falacia inicial, pues a medida que la enfermera quirúrgica adquiere conocimientos técnicos y forma una base sólida para atender al paciente, se hace más consciente de su función de cuidador cercano. Esto quiere decir, que comprende cómo el tiempo que dedica a la verificación y control de la seguridad, tras haber adquirido competencias técnicas, le permite brindar mejores cuidados al paciente. La comprensión de los avances tecnológicos y sus aplicaciones en el campo de la enfermería deben redundar en la seguridad del paciente, lo que no es más que una dimensión del cuidado.

1.4 Paradigma de la humanización, el cuidado transpersonal en el entorno quirúrgico

A través de la historia de la enfermería, resaltando la importancia de la enfermería quirúrgica, se ha observado que la vocación juega un rol fundamental para la profesión, pues su ejercicio se motiva a través de la intención de cuidado y de apoyo durante un momento crítico (5). En ese sentido, la humanización puede ser un eje transversal para complementar la estructura rigurosa de los protocolos de seguridad ya insertados en el paradigma biomédico, la comprensión del cuidado transpersonal es la clave para integrar la enfermería quirúrgica (2).

Al respecto, la humanización del cuidado constituye una postura ética que integral que contiene un equilibrio de mente, cuerpo y alma, que se ha roto tras debido a una enfermedad y cuyo proceso de sanación debe incluir la recuperación de dicho equilibrio. Así, la enfermera en el

entorno quirúrgico debe comprender que su presencia real y el cuidado transpersonal hacia el paciente y hacia todo el equipo médico, es la manera en que se transforma de un apoyo técnico a un agente de sanación integral (2).

Desde ese punto de vista, Watson (2) sostiene que la conexión entre la enfermera y el paciente favorece el proceso de recuperación, a través del campo de energía que se crea en lo que llama “momento de cuidado”, el instante en el cual a través del contacto físico y emocional, la enfermera consigue derribar la frialdad del espacio quirúrgico. Así, la humanización de los cuidados de enfermería en el entorno perioperatorio consiste en un acto de amor y conexión espiritual entre el personal y el paciente, que consigue un punto de apoyo en medio de una condición de profunda vulnerabilidad.

Con esta finalidad, Watson formula 10 factores de cuidado, que determinan cómo humanizar el entorno quirúrgico y que no pretenden sustituir la técnica o menospreciar los avances de la tecnología (11), al contrario, viene a complementar los elementos de seguridad técnica y el enfoque en la enfermedad establecidos en el paradigma biomédico y los protocolos actuales (15). Esto quiere decir, que la dedicación y el cuidado transpersonal no desprecian a la aplicación del método científico o el aspecto sistemático en la toma de decisiones.

No obstante, los 10 factores de caritas, enumerados por Watson (2), promueven con mayor interés la formación y aplicación de un sistema humano basado en el altruismo, la esperanza, la confianza y la expresión de los sentimientos desde una perspectiva positiva, que puedan brindar al paciente y al equipo médico la certeza de que, dado el conocimiento científico y el apoyo tecnológico, el proceso de resolución quirúrgica va a redundar en el bienestar de todos los que participan y fundamentalmente en la remoción definitiva del estado de enfermedad.

Dentro del paradigma de la humanización, la enfermera quirúrgica debe estar presente más allá de la forma física y la verificación de tareas, pues es la encargada de contener la dignidad humana del paciente, la relación entre su cuerpo, alma y mente durante los momentos de intervención y además es quien promueve el vínculo afectivo – profesional entre el equipo médico, el paciente y los familiares o cuidadores que se encuentran en espera fuera del quirófano (2,18).

De allí que el “momento de cuidado” sea extremadamente relevante para aportar la confianza necesaria antes y después del evento quirúrgico (2), la enfermera quirúrgica recibe al paciente

dentro del frío del quirófano y extiende su mano, permitiendo un contacto físico que se traduce en “todo va a estar bien”, “estoy aquí”. La lectura del lenguaje corporal y la utilización de léxico amable, alejado del tecnicismo, permite que este entorno se transforme en un lugar de confianza, donde el paciente se percibe seguro y cuidado (18).

Entonces, la presencia de la enfermera quirúrgica no es meramente su estadía física dentro del quirófano, se trata más bien de la conexión que debe generar desde el preoperatorio y que conlleva a sostener la confianza durante el preoperatorio inmediato, de tal manera que al ingresar y requerirse de las tareas técnicas el paciente se encuentre seguro de que estará protegido no solo en su cuerpo sino en su propia dignidad durante todo un proceso en el que entrega todo su ser y se hace absolutamente dependiente y vulnerable (2,18).

El concepto de cuidador como pilar de la humanización en la enfermería quirúrgica

El complejo entorno que prevalece en el quirófano, es por sí mismo un ambiente de estrés debido a la cantidad de elementos técnicos, tecnológicos y de seguridad que deben estar en escrutinio constante (15). Desde ese punto de vista, humanizar, retomar la mirada hacia el paciente y generar un vínculo afectivo que le brinde confianza al paciente es una tarea compleja, pues pudiera establecer descuidos o desviaciones de la técnica que impacten en el objetivo de la intervención quirúrgica.

Por lo tanto, el requerimiento hacia la enfermera quirúrgica es extremo (19), lo que redundaría en la aparición de riesgos potenciales derivados del agotamiento y el estrés. El quirófano debe ser un entorno resiliente, en el cual la comprensión de la humanidad impacte positivamente en cada uno de los momentos de cuidado y en la cohesión del equipo que trabaja durante la intervención. Al respecto, la humanización no significa aligerar los protocolos o dejar de lado la seguridad del equipo médico o del paciente, al contrario, humanizar el entorno quirúrgico es una necesidad real, que valora a cada uno de los integrantes de este equipo dentro de un entorno crítico (2,18).

Las características propias del quirófano, la velocidad a la que se deben resolver las situaciones, la frialdad de los monitores, la atención a los detalles de instrumentación, control de signos vitales y la resolución de la enfermedad impacta en la enfermera quirúrgica y en todo el equipo médico (19), llegando a ocasionar niveles de estrés que pueden interferir con el desempeño, y por consiguiente elevar el riesgo latente o potencial propio de la complejidad del entorno.

Esto, según Watson (20) crea la necesidad de que la enfermera quirúrgica deba cultivar su propio equilibrio mente – cuerpo – alma, a través de su autoconocimiento y la práctica permanente de la autosensibilidad y la autocompasión. Watson, parte de que no es posible entregar lo que no se tiene, por lo que, si la enfermera quirúrgica no se encuentra en estado de equilibrio emocional, no puede ser ese pilar en la seguridad del paciente, basada en el cuidado humanizado.

En este punto, incide además el ambiente laboral como aspecto que se encuentra desde el paradigma de la seguridad, como una de las principales contradicciones (15), pues la competencia entre profesionales por llevar la lista de chequeo o tomar decisiones trascendentales dentro del quirófano ocasiona estrés laboral y roces entre los miembros del equipo, lo que, al ser percibido por el paciente, atenta contra la confianza que debe ser resguardada durante el evento quirúrgico.

La competencia profesional generada luego de establecer jerarquías, de cierto modo invalida a la enfermera que ha estado cerca del paciente, dejándola como un elemento de consuelo más que como un profesional que forma parte del equipo médico (15). Esta acción deja al paciente en una encrucijada en la que observa que su contacto cercano, generador de confianza parece no tener un hilo conductor con el resto del equipo, lo que implica que esta no es más que un soporte emocional desvinculado del hecho técnico (2).

El cuidado del cuidador, no es un evento caprichoso, el profesional de la enfermería, al igual que todo el equipo médico debe tener una presencia real dentro del quirófano (15), para poder garantizar la seguridad propia y la del paciente. Es necesario que la enfermera quirúrgica conserve las habilidades técnicas de vigilancia y verificación, al tiempo que mantiene la empatía y la sensibilidad hacia el ser humano (19). Esta, es la base fundamental del éxito en el entorno quirúrgico, la fusión y el funcionamiento conjunto y armónico de los paradigmas de seguridad y de humanización es la única vía para que el perioperatorio sea exitoso.

En el siguiente capítulo, se profundizará en las teorías y estrategias que sustentan el paradigma de la humanización en un sentido amplio, considerando que este no es una solución absoluta, sino uno de los pilares que sostienen la enfermería quirúrgica desde una perspectiva que protege al ser humano con elevados criterios científicos y con el apoyo de la tecnología.

**SOPORTE EMOCIONAL EN
LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
DURANTE EL PROCESO
PERIOPERATORIO**



II

CAPÍTULO II.

SOPORTE EMOCIONAL EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO PERIOPERATORIO

Mery Jessenia Jima Urgiles, Ana Lucia Suconota Pintado, Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca, Kary Patricia Cabrera Sosoranga, Linda Yovana Salvatierra Ávila, Joselin Samira Tapia Aguilar, Celia Alexandra Fernández Romero, Adriana Elizabeth Ramón Merchán, Katherine Lisseth Lascano Pérez y Laddy Carolina Pillco Vargas.

La enfermería quirúrgica se centra en cómo el personal de salud se encarga de atender al paciente, quien acude ante una situación que vulnera su equilibrio sistémico (9). Es por ello que a lo largo de la historia se ha centrado la atención en la enfermedad, en la tecnología y la técnica e incluso en el médico, dejando de lado al protagonista real: el paciente (2). En ese contexto, la intervención de la enfermera quirúrgica, desde una perspectiva del cuidado ha permitido visibilizar al paciente como un ser humano que se entrega al proceso quirúrgico en un estado de fragilidad y vulnerabilidad psicológica y física, por lo que necesita ser protegido y asegurado para salvaguardar su curación y su sobrevivencia en condiciones dignas.

De allí que la enfermería quirúrgica busque más allá de la aplicación técnica del conocimiento científico y procure centrarse en el soporte emocional (1), como fundamento para resguardar la seguridad del paciente y del equipo médico a quien además le sirve como apoyo sustancial para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico. Sin embargo, este no es un reclamo contemporáneo, dentro de la disciplina de la enfermería, pues desde sus inicios centrados en el cuidado doméstico, se ha destacado la relevancia de la presencia y del apoyo humano hacia el paciente (3).

En ese sentido, ahondar en la evolución de la enfermería quirúrgica con énfasis en el cuidado y la humanización tanto del paciente como del proceso perioperatorio es la premisa fundamental para comprender por qué en la actualidad el paradigma debe girar en torno a la complementariedad de los patrones aplicados a lo largo de la historia (11), para que la ciencia se encuentre al servicio del ser humano.

2.1 El retorno de la existencia a la ciencia

La enfermería quirúrgica en la actualidad se encuentra en el dilema entre la burocracia clínica que prioriza la seguridad y la existencia propia del individuo (9). Los instructivos de chequeo,

la revisión permanente y la observación de monitores e indicadores dentro del quirófano transforman la actividad en un proceso sistemático – técnico que termina por obviar las dimensiones emocionales del individuo, que tras la anestesia pasa a ser un cuerpo sobre el que se debe intervenir (11).

El planteamiento como dilema, dificulta la cohesión real entre las dos vertientes e impide en cierta medida que el conocimiento científico actúe al servicio del ser humano. Es por ello que el reconocimiento del cuidado humanizado durante el proceso perioperatorio se hace fundamental para garantizar el éxito quirúrgico, en tanto logra mantener la seguridad durante la extracción de la enfermedad y al mismo tiempo permite mantener la integridad psico-emocional del individuo (4).

En ese sentido, la enfermería quirúrgica actual conserva los avances médicos, de soporte que fueron planteados por Florence Nightingale (4), que consisten en que la función primordial del profesional es la de organizar el entorno perioperatorio para favorecer la recuperación total del paciente, desde el inicio del proceso preoperatorio hasta su reincorporación a la normalidad. Para esto, las condiciones ambientales de luz, ventilación e higiene continúan siendo las bases de la asepsia que se mantienen en el quirófano y en todo el entorno intrahospitalario, donde el personal de enfermería se dedica a la observación rigurosa y permanente como parte de cuidado para garantizar la seguridad física y psico social del paciente (7).

Sin embargo, la función de observación en principio se basaba en la convicción de que la naturaleza actuaría sobre el paciente para lograr su recuperación (6), mientras que en la actualidad urge controlar todo el entorno para garantizar que el proceso quirúrgico cumpla con los protocolos establecidos (15) y consiga la recuperación del paciente gracias a la intervención técnica y tecnológica que se realiza desde la perspectiva científica. De esta manera, los paradigmas que han sucedido a lo largo del tiempo comprenden que la enfermera quirúrgica se encuentra en el lugar del apoyo, tanto al equipo médico como al paciente (7), según el esquema aplicado.

Entonces, el legado histórico de la enfermería quirúrgica reside en la transformación de la visión de la práctica técnica del personal invisible en el quirófano que apoya al equipo médico, dedicado a la resolución de la enfermedad hacia una donde la enfermería se trata de una disciplina científica que permite integrar la humanidad subjetiva y la dignidad del paciente

con los indicadores propios del quirófano (9). Entonces el rol de la enfermera quirúrgica en la actualidad trasciende la medición de los signos vitales y la lectura de los monitores, pues le corresponde incorporar e interpretar la intersubjetividad de cada individuo presente en el quirófano y la emoción contenida en cada uno de ellos respecto a los indicadores medibles durante el proceso (1).

La enfermera debe concebir su existencia real dentro del quirófano, más que como un mero ayudante del médico, no puede comprenderse como una garante de la seguridad sin alma (8), pues la evolución del entorno quirúrgico y de la propia medicina hace presente al individuo que concurre al quirófano de manera consciente con el objetivo de mejorar su condición de vida. El entorno quirúrgico ya no se encuentra dentro de una medicina de guerra donde los enfermos, son en gran parte politraumatizados con resoluciones mediante la amputación directa de un miembro (8), sino que contiene un proceso preoperatorio que en ocasiones guarda relación con enfermedades progresivas que ameritan una resolución quirúrgica no para su curación sino para la detención temprana de su avance.

De esta manera, se entiende que el quirófano ha evolucionado no sólo en cuanto al instrumental, las herramientas y la tecnología, sino que ha cambiado en cuanto a la comprensión del paciente como un individuo que se relaciona con el entorno y que se afecta desde el punto de vista físico y emocional ante el proceso quirúrgico (7). Por consiguiente, preservar la dignidad, como fue propuesto por Nightingale es una acción imperativa de todo el proceso quirúrgico (8), sin obviar el proceso en sí como acto científico, sistemático que evoluciona de acuerdo con el avance tecnológico.

Entonces, validar la existencia, del paciente, del equipo médico y de la enfermera durante el proceso quirúrgico, implica comprender que el cuidado preoperatorio es una práctica científica, que debe ser ejecutada con conciencia y humanidad (6). Esta, es una advertencia que ya Florence Nightingale hacía, al implicar que la observación y el apoyo durante el proceso perioperatorio no podía ser considerado como el objetivo final, sino que se consideraba el medio técnico para salvar las vidas y lograr el bienestar del paciente (4).

La observación activa por parte de la enfermera quirúrgica no es un capricho, está sustentada en una adecuada división del trabajo y en la comprensión de la importancia del establecimiento de roles durante una acción crítica, que vulnera al individuo durante un tiempo determinado y

que busca resolver una situación que afecta el funcionamiento normal de su sistema (6). Mientras el médico que interviene se concentra en preservar la vida del paciente en cada incisión, la enfermera, en el proceso quirúrgico analiza cada detalle y establece una relación científica entre estos y el proceso de recuperación quirúrgica y finalmente de sanación (8), tal como se evidencia en la tabla 2, a continuación:

Tabla 1. Cuadro comparativo de los factores de seguridad empleados en la enfermería según la visión de Nightingale y la visión quirúrgica.

DIMENSIÓN DEL CUIDADO	Visión de Nightingale	Visión Quirúrgica	Motivación
AIRE / AMBIENTE	Ventilación Natural	Presión Positiva, Filtros y recambios por hora	Asepsia
LUZ / VISIBILIDAD	Luz Solar	Luz LED	Precisión
VIGILANCIA	Observación Visual	Monitoreo Hemodinámico	Seguridad Vital
HIGIENE	Agua y Jabón	Esterilización Química	Integridad del paciente

Nota. Adaptado de (3,8)

Como se observa en el cuadro, la tecnología sirve de puente como extensión de la enfermera quirúrgica (3), ya que los equipos le permiten agudizar y confirmar las observaciones que realiza a través de los sentidos. Ambas visiones conservan un objetivo único, referido a la protección del paciente en cuanto a su cuerpo físico, considerando además que la enfermera quirúrgica alcanza a conocer al individuo desde una dimensión más humana y emocional.

El avance tecnológico que ha permitido la transformación del quirófano en un complejo tecnológico de alta precisión (8) ha sido dominado por la frialdad instrumental, por lo que el retorno de la existencia para integrarse con la ciencia, implica que la presencia de la enfermera quirúrgica se convierte en el factor de estabilización del entorno, el lazo conectivo entre la frialdad de la instrumentación, el respeto a la dignidad del paciente y la armonía orgánica entre quienes participan en el acto quirúrgico.

2.2 El cuidado y la presencia como modelo científico

La presencia en el entorno quirúrgico es la base del cuidado en enfermería, orientado como herramienta terapéutica (5). La enfermera, en el quirófano debe estar físicamente para realizar los conteos precisos, verificar las listas de chequeo, ayudar a la precisión técnica del proceso que coordina el médico (15), pero, debe estar aún más en el momento de cuidado, en el que el paciente entrega la totalidad de su confianza y de su ser existencial, físico y psicológico para que el equipo médico actúe desde el programa científico y sistemático diseñado para su curación.

Esta presencia genera conexión en un ámbito que trasciende el campo físico y se adentra en la conexión espiritual (20), validando los temores del paciente antes de la anestesia, y ofreciendo la seguridad completa por medio del contacto visual o una simple caricia (18). En ese momento, la enfermera quirúrgica, al igual que el paciente se ofrece plenamente para asegurar que el paciente se encuentra en un entorno humano, en el que no solamente se aplica protocolos específicos para la rescisión de un órgano u otra parte del cuerpo, sino que se da una interacción para la sanación completa del individuo visto como un sistema cuerpo – mente – alma (20).

En ese sentido, el modelo de Watson propone la transformación del quirófano en un sitio de encuentro humano profundo (2), donde la atención debe basarse en el cuidado transpersonal, entendiendo que cada una de las interacciones inciden en la sanación del paciente y a su vez influyen en el desempeño de los profesionales que se encuentran en el entorno quirúrgico (20). Al respecto, la presencia y la existencia plena de la enfermera quirúrgica se suman a los instrumentos fríos y los equipos resultantes de la innovación científica, como la tecnología humana, aquella que sistematiza y consolida las emociones que se generan en el espacio crítico del quirófano (18).

En ese contexto, el cuidado no es una tarea dentro de la lista de chequeo, sino un modelo científico estructurado para la intervención de la enfermería en un entorno de alta complejidad (2). La práctica del cuidado si bien busca una conexión entre las almas del paciente, la enfermera y el equipo médico, no es un acto espiritual o realizado sin consideraciones de orden ontológico, al contrario, se representa de manera detallada dentro de los procesos sistemáti-

cos que se han establecido dentro del quirófano con el objetivo de resolver una condición o enfermedad que revierte un carácter urgente (20).

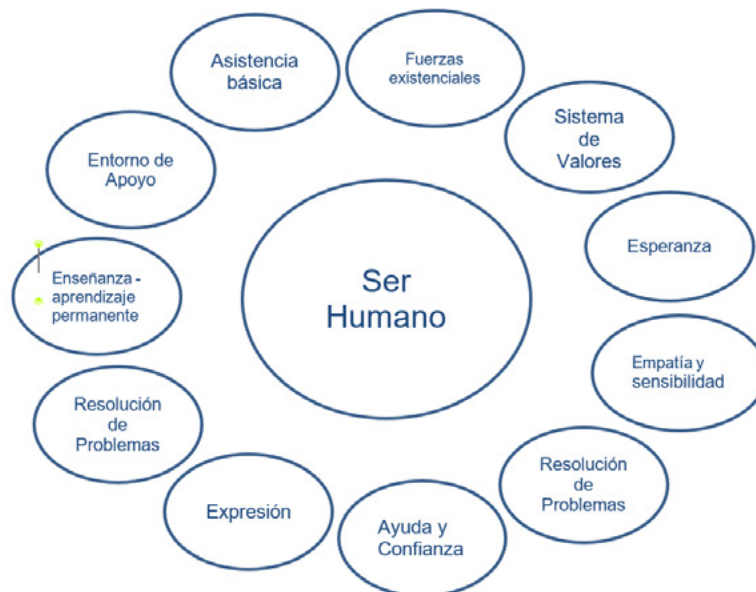
De esta forma, el modelo de Watson propone que el cuidado es el núcleo central de la enfermería quirúrgica y se establece a través del proceso caritas, que contiene 10 factores, donde el conocimiento, la formación y la expresión de la ciencia cobran un rol preponderante (2). Así, la capacidad de tener empatía dentro del entorno quirúrgico no pretende descuidar o echar de lado la técnica (5), sino interconectarlas para promover el bienestar del paciente. Esta perspectiva (2), inserta elementos de confianza que vienen a fortalecer el paradigma de seguridad, pues contempla la revisión de cada elemento físico y tecnológico en conjunto con la tranquilidad del paciente, de quien se espera valore la experiencia como poco traumática, a pesar de su vulnerabilidad (18).

El basamento de Watson (2), en cuanto a la presencia plena de la enfermera en el quirófano

El basamento de Watson (2), en cuanto a la presencia plena de la enfermera en el quirófano se encuentra en el hecho de que el paciente posee un campo energético que se ve afectado por la enfermedad y sobre el cual la enfermera quirúrgica tiene la capacidad de incidir directamente, se con su cercanía o con la distancia que potencia la frialdad del quirófano. En ese aspecto, Watson afirma que la reducción de la ansiedad y la generación de confianza en las etapas preoperatoria y quirúrgica pueden mejorar los procesos postoperatorios (5), en tanto el paciente se incorpora a su propia curación mediante una actitud que le permite entregar todo su cuerpo físico al equipo médico que lo interviene.

Cabe destacar que los procesos caritas, han sido diseñados meticolosa y sistemáticamente para incorporar la sensibilidad y la empatía como elementos científicos y no meramente emocionales, para construir una experiencia humana y auténtica, en la cual tanto el equipo médico como el paciente obtengan un resultado óptimo y medible en términos de la rescisión de la enfermedad y del logro de bienestar del paciente (20). El cuidado, en este ámbito se transforma en un elemento científico sistematizable, replicable que convalida la compasión, la empatía y la intersubjetividad como parte de los estándares de calidad que deben prevalecer durante el proceso perioperatorio (5).

Figura 2. Los factores de cuidado de Watson



Nota. Adaptado de (2)

Desde el punto de vista de la valoración de los factores de cuidado, hay que resaltar que el hombre se encuentra en el centro de la atención (2) y alrededor de este, gira la enfermera quirúrgica que aplica cada una de las estrategias de cuidado transpersonal. Esta es una forma de involucrarse y de estar presente durante todo el proceso perioperatorio en conjunto con un paciente cuya vulnerabilidad y criticidad suele ser elevada.

Igualmente, desde la perspectiva clínica, el cuidado transpersonal propuesto mediante los factores de Watson en las áreas críticas, logra recobrar la personalización del sistema de salud (20), luego de que la práctica clínica se base en la visión histórica, mediante la que el paciente se haya transformado en una colección de piezas – órganos, que el personal médico debe corregir por separado, sin que sea relevante la identidad de quien los posee (11).

Reconocerse como humanos, permite salir del paradigma histórico y adentrarse en el paradigma filosófico (11), permitiendo que se creen hipótesis y sistemas de pensamiento con los cuales el equipo médico puede determinar los orígenes y las posibles medidas de resolución de una enfermedad en un paciente específico, generalizando sobre los síntomas y los métodos a aplicarse, pero conteniendo el cuidado como un evento integral del proceso perioperatorio.

Adicionalmente, al reconocer la humanidad de los sujetos que participan en el acto quirúrgico, se reconoce a su vez la intersubjetividad existente en ellos, por lo que cada acción dentro del proceso posee una racionalidad científica y una intencionalidad humana (11). Por lo tanto,

el regreso de la humanidad del paciente no elimina rasgos científicos del acto quirúrgico, al contrario, añade la intencionalidad humana al emplear la ciencia como herramienta para alcanzar avances técnicos que le permiten a su vez redundar en su calidad de vida y su bienestar.

En ese contexto, cada acción quirúrgica realizada por cualquier miembro del equipo médico logra incorporar el cuidado y la presencia como parte del modelo científico, al estar cargado de una intencionalidad específica. De manera que, si todos los integrantes del equipo médica toman como referencia la lista de chequeo de la OMS e incorporan para su aplicación a los factores de Watson, la carga de intencionalidad del proceso caritas transforma entonces al proceso técnico en un proceso de protección a la dignidad humana, donde inminentemente se ve mitigada la cosificación del individuo (11).

2.3 La tecnología como puente entre el cuidado y la seguridad

Al incorporar el cuidado al esquema diseñado de manera científica para llevar a cabo el acto quirúrgico, se hace imprescindible incorporar también el uso de la innovación y la tecnología en el entorno perioperatorio (3). Todos estos elementos terminan por integrar el espacio quirúrgico como un espacio de vida, pues cada elemento tiene una función específica para salvaguardar la seguridad y la dignidad del paciente. En ese sentido, el cuidado de enfermería no puede separarse de las competencias técnicas para el manejo de la tecnología y los instrumentos que se encuentran en el quirófano (3).

En concordancia con Watson, que plantea la formación científica permanente y el conocimiento de las técnicas a ser aplicadas por el personal de enfermería (2), Locsin (3), plantea que cada enfermera quirúrgica viene a expresar el cuidado a través de la conexión intersubjetiva con el paciente y el equipo médico, pero esta conexión no es suficiente para garantizar la seguridad de todos en medio del quirófano. Por lo tanto, alcanzar las competencias necesarias para dominar la técnica y las tecnologías, es la expresión de cuidado práctico.

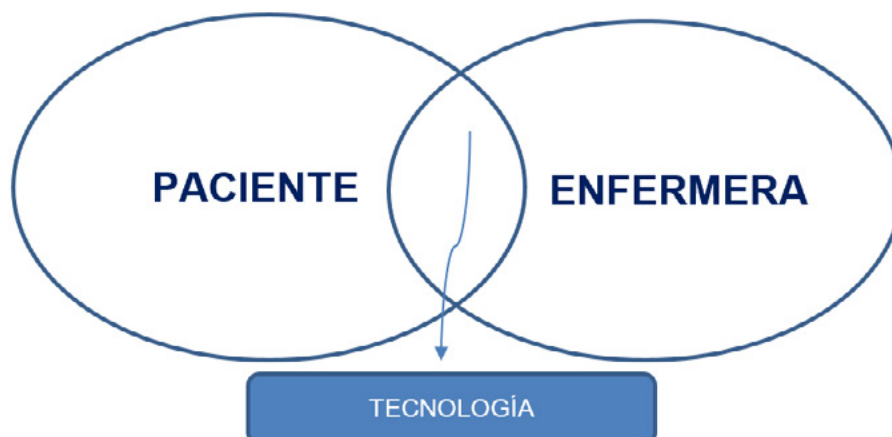
Los datos que son proporcionados por las máquinas, constituyen una fuente de conocimiento del paciente, sobre todo en el momento del acto quirúrgico en sí, cuando el paciente, bajo los efectos de la anestesia tiene una voz única a través de sus signos vitales y las expresiones que se emiten a través de los monitores y los datos que estos muestran (13). Desde esa perspectiva, la tecnología pasa a ser el único puente que garantiza la seguridad física mientras el soporte emocional no puede ser percibido de manera directa (3).

Así, el encuentro entre la tecnología, el paciente y la enfermera quirúrgica, es un espacio de interacción compleja, pues las máquinas se transforman en una extensión del paciente durante el momento que este se encuentra anestesiado y por consiguiente pierde toda capacidad de comunicación verbal y corporal (12). Estos monitores no son una máquina inerte para la obtención de datos fríos, son por el contrario una fuente de información del sentir del paciente durante su período de inconsciencia, de manera que la enfermera quirúrgica lee en las pantallas la respuesta fisiológica del paciente ante la agresión del acto quirúrgico, permitiendo transformar la “percepción” del individuo dada en forma de signos vitales en una forma de escucha y anotación científica durante el proceso operatorio (21).

De esa forma, el cuidado se traduce en seguridad, pues la enfermera quirúrgica interpreta los datos y controla que estos se encuentren dentro de los parámetros que garanticen la vida del paciente, por lo que esta visualización no puede ser un acto mecánico sino un proceso cognitivo orientado al cuidado del paciente (21). Cada interpretación realizada se ubica en el cuidado de la vida del individuo (13) y con ello, está conociéndolo plenamente en el momento operatorio (3).

Otra interpretación señala, que en ese proceso de monitoreo, las máquinas se transforman en una extensión de las manos de la enfermera (13), por lo que al revisar e interpretar los datos, está estableciendo el contacto físico que cumple con el paciente, que a su vez también se ha extendido su cuerpo hacia las máquinas. Es por ello, que en el momento de cuidado la enfermera quirúrgica puede asegurarle al paciente que está seguro, pues al conocer y controlar su entorno, sabe que continuará en contacto con el paciente aun después de su inconsciencia, pero esta vez de una manera diferente, a través de la tecnología presente.

Figura 3. *La tecnología como conexión entre el paciente y la enfermera.*



Nota. Adaptado de (3)

Adicionalmente, la tecnología está diseñada para humanizar el cuidado, pues reduce los márgenes de error e incrementa la confianza del paciente en el sistema (15), no se plantea como una fuerza independiente, que se impone durante el evento quirúrgico y por consiguiente no puede ser vista como el centro de la atención (3). Las máquinas constituyen una herramienta, un instrumento más en la generación de datos en el proceso perioperatorio, de manera que, la pericia y competencia para su manejo y control por parte del personal de enfermería, se transforma en una expresión máxima del cuidado, pues es lo que le permite estar presente mientras el paciente se encuentra en estado de inconsciencia (3).

No obstante, el riesgo latente es el de convertir ahora al paciente en el conjunto de datos emitidos por las máquinas, incurriendo en una nueva despersonalización (12), sobre la cual Locsin alerta al mencionar la tentación de cuidar a la máquina en lugar de a la persona (3). Esto, sería caer en el paradigma cientificista que prioriza la generación de datos sobre la obtención de resultados viables ética y socialmente (11).

La tecnología debe constituir un puente para que el paciente pueda ser comprendido y pueda retornar a su hogar habiendo resuelto su estado de salud y bajo una preparación física y emocional adecuada para su recuperación total (16). Al emitir datos, la tecnología presente en el quirófano permite prevenir errores, si y solo si se integra adecuadamente y de manera armoniosa dentro del proceso quirúrgico (15). Por lo tanto, la verdadera competencia radica en usar el dato para profundizar en la comprensión del paciente y actuar con la visión de garantizar la seguridad biológica y la tranquilidad emocional del paciente (16).

Este puente, debe permitir la integración entre la tecnología y el tacto humano presente en el cuidado de enfermería, haciendo prevalecer la mirada del personal de enfermería quien finalmente interpreta los datos y los incorpora al proceso perioperatorio en función de la seguridad del paciente (11). La máquina, no viene a reemplazar al ser humano, sino que viene a hacerlo competente para comprender que las fallas técnicas son al final fallas humanas y que estas en consecuencia se transforman en fallas del cuidado en un entorno crítico.

2.4 La humanidad frente a la clínica

La evolución de la medicina moderna dentro de los paradigmas mecanicistas y positivistas ha generado una fragmentación casi absoluta de las ciencias de la salud (11) producto de la llamada mirada clínica, que evalúa al individuo como una colección de partes que se integran,

pero que mantienen un funcionamiento independiente. Esto, ha hecho que el paciente desaparezca entre las especialidades y los órganos a evaluar, pues no existe una personalización que implique a un sujeto integral con vida no sólo física sino mental y espiritual.

En ese aspecto, también se ha jerarquizado el conocimiento y se ha otorgado niveles de poder a cada profesión ligada a las ciencias médicas, por lo que la enfermera no posee el mismo carácter del médico y por consiguiente no puede más que servir de apoyo y ser una voz que está por encima del paciente, al interpretar los datos y llevar control de listado de las señales, síntomas y tratamientos que se han suministrado (15). De este modo, la fragmentación dominante en la clínica ha apartado la humanidad (11), no solo la del paciente cosificado y dividido en órganos, sino del equipo médico dividido en especialidades que obedecen a los órganos y del personal de enfermería en función a qué especialidad médica le presta el apoyo.

Al respecto, la naturaleza altamente técnica del acto quirúrgico hace que el quirófano sea el escenario propicio para que la clínica tome el control absoluto, dejando de lado la humanidad del paciente y del equipo médico en su totalidad (11). Cada uno, entregado a su tarea específica mientras el paciente permanece sedado, se reduce al órgano que será intervenido de acuerdo con una programación (18). El acto técnico se intensifica y vuelve al paciente un objeto de estudio del que no interesa su dignidad o su propia humanidad, sino que se espera cumpla en el espacio quirúrgico con el listado determinado para verificar la seguridad (15).

Esta contradicción, representa una crisis ética profunda en cuanto a la atención médica y los cuidados de enfermería, pues la rigurosidad de la asepsia y la eficiencia técnica asumen un rol preponderante por encima de la humanidad del paciente que se ha transformando en un objeto más que verificar (12). Sin embargo, esta deshumanización carece de intencionalidad individual o de daño hacia el paciente y se basa al contrario en garantizar la seguridad de los individuos y fundamentalmente del paciente (12).

El equipo médico ingresa en el centro hospitalario con el objetivo de llevar a cabo su rutina de procesos y procedimientos pautados (11), ignorando que estos procedimientos ocurren sobre la humanidad de una persona, que tiene inquietudes y que aspira recibir, además de curación un estado de compasión y comprensión ante la enfermedad que lo aqueja. Sin embargo, en el entorno quirúrgico actual se ha diseñado un esquema de atención basado en la tecnología y

la técnica, de forma tal que el paciente no solo pasa a un segundo plano, sino que es el último en la lista de prioridades para cada uno de los que transita por el pasillo.

Esto se demuestra, en la lógica del quirófano y del pasillo, donde, ante los pacientes y sus familiares en espera, el equipo médico comenta sobre su propia vida personal, diversiones e interacciones con el resto de sus compañeros, ignorando completamente que existe un interlocutor adicional (11). Este oído silencioso y silenciado por los elementos técnicos – tecnológicos que prevalecen en el entorno quirúrgico y que observa cómo, en los momentos del proceso perioperatorio el personal de salud lo llega a considerar como un anexo de los aparatos médicos a los que estará conectado mientras extraen una de sus partes, dando un contexto de taller mecánico a todo el espacio quirúrgico.

Por lo tanto, desde la mirada de la enfermería se hace necesario rescatar la esencia ética de la profesión (12), lejos de la rutina estricta que al estar desprovista de significado conlleva a la pérdida de empatía (19) y por consiguiente a la deshumanización frente al sufrimiento de cada paciente que transita uno tras otro con una patología similar. El desafío de la enfermería frente a la clínica reside en actuar como un agente de resistencia, integrando a cada sujeto nuevamente para poder cuidarlo, luego de haber sido fragmentado en la clínica para ser atendido (11).

Durante el acto perioperatorio, la enfermera tiene la función vital de hacer resistencia ante la cosificación, dando al paciente un nombre y más allá una identidad que le permite conservar su autonomía ante un evento que se puede convertir en mera mecánica biológica en lugar de un acto humano (14). La reaparición de la visión filosófica mencionada por Foucault (11), es la clave para que el equipo médico reconozca que el paciente tiene una vida y por consiguiente requiere una resolución que le permita retornar con bienestar y sin contratiempos a esta.

Para esto, la enfermera quirúrgica retorna e integra al paciente mediante acciones que además están descritas en los protocolos de seguridad, como verificar el nombre correcto del paciente y que el procedimiento a realizar corresponde con la patología y órgano que será intervenido (15). En estos protocolos, la enfermera quirúrgica es la garante de la privacidad y el pudor del paciente durante el acto operatorio, cuando se encuentra sometido a la inconsciencia anestésica.

En ese contexto, la clínica no puede ser contraria de la humanización, pues la fragmentación científica cumple un objetivo didáctico: la comprensión de la enfermedad (11), pero luego de ese factor verificado en la historia clínica, es necesario observar el factor filosófico que convierte nuevamente al paciente en un individuo que cohabita en un entorno con el cual interactúa. La enfermera dentro del entorno quirúrgico, debe procurar que todo el equipo médico reconozca esta humanidad y esta interacción, con el fin de que cada acción cada incisión tenga un sentido ético y una dimensión humana orientada a la sanación.

Así, la humanización no obstaculiza al conocimiento científico, sino que se presenta como una guía desde donde se puede obtener información particular, tanto para la intervención sobre el órgano afectado (11) como para garantizar la seguridad del individuo durante todo el proceso y finalmente brindar el cuidado humano desde una óptica integrativa. Para Foucault (11), esto es posible cuando el personal de enfermería comprende que todos los enfoques son importantes, desde la fragmentación, la seguridad y la humanización, pero que todos tienen a su vez un campo y un momento de acción donde prevalecen.

2.5 La vulnerabilidad extendida, la familia como unidad de cuidado y como cuidador

La enfermería quirúrgica ha pasado por diferentes paradigmas, que parecen a primera vista no coincidir e incluso contradecirse, sin embargo, la humanización del entorno quirúrgico permite descubrir que cada uno de ellos no es excluyente del otro, al contrario son parte de la construcción de una nueva visión integradora (5), en la cual la seguridad, la técnica, la asepsia y el cuidado deben confluir para garantizar que el individuo que ingresa al quirófano pueda retornar de forma natural a su vida cotidiana (18).

En ese sentido, los cuidados humanizados en enfermería representan ese paradigma integrador, pues buscan observar y atender al paciente durante todo el proceso perioperatorio siendo además el apoyo fundamental del médico que aplica el procedimiento y resuelve la sanación del órgano enfermo, garantizando la seguridad física y psicológica del paciente y de todo el equipo médico (8). La recuperación de la identidad del paciente facilita los procedimientos en términos de seguridad y fiabilidad clínica (15), de allí que esa identificación forme parte de las listas de chequeo emitidas por la OMS, así como el momento de cuidado y la pausa quirúrgica, que sirven para brindar confianza al paciente en cuanto a la personalización de su atención en un proceso que es crítico y de elevada vulnerabilidad (2).

En principio, el quirófano y la enfermería quirúrgica buscaba la resolución de traumatismos ocurridos en guerra o en accidentes (8), de manera que la urgencia y el control de la asepsia cobraban la mayor relevancia, sin embargo, la medicina moderna ha logrado avances en cuanto al tratamiento quirúrgico de enfermedades y dolencias que no revisten la urgencia médica y por lo tanto es programado en conjunto con el paciente y aprobado por este a través del consentimiento informado (11).

Esta programación del acto quirúrgico permite un espacio preoperatorio durante el cual ya se ha generado confianza en la institución y su cuerpo médico, por lo que la vulnerabilidad es menor en comparación con las emergencias, en las que el paciente está sometido a la premura con la que se tiene que dar resolución a la condición. Ahora bien, esta vulnerabilidad no es exclusiva, por cuanto el paciente no acude en soledad al acto quirúrgico (12).

En todos los casos, la familia como parte del sistema social del paciente entra también en contacto con el personal de enfermería y con el equipo médico que atiende al individuo, por lo que su integración total al proceso perioperatorio redundará en la sanación del paciente (18). Además, previene conflictos, al humanizar el sistema de salud (12) e incorporar a quienes durante el proceso quirúrgico en sí son los garantes de la identidad del paciente ante el sistema social al que pertenece.

La familia, debe ser vista como una unidad de cuidado que sufre por extensión de la crisis del paciente durante un proceso perioperatorio (12), por consiguiente, son los aliados esenciales en la recuperación emocional del paciente (21). Es la familia la encargada de cuidar del individuo una vez que es dado de alta del recinto hospitalario y hasta lograr su reincorporación completa, no obstante, carece en la mayoría de los casos de las competencias técnicas para llevar a cabo estos cuidados, por lo que la enfermera es el puente idóneo para el aprendizaje y la integración de la familia en el plan de cuidados, sobre todo en la etapa postoperatoria (21).

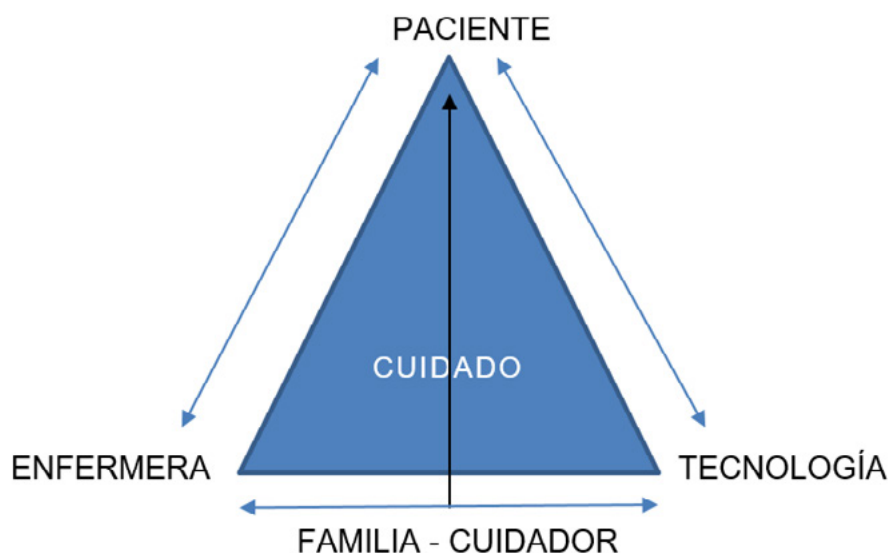
En ese sentido, la vulnerabilidad del paciente se extiende a su círculo íntimo que acude a la unidad hospitalaria con la intención de cuidar del paciente y de ser parte vital de la atención durante todo el proceso perioperatorio (21). Allí, la comunicación clara y empática debe ser la guía principal de la hospitalidad clínica (14), trascendiendo del trato amable hacia una disposición ética de recibir no solo al paciente sino a su familia durante un momento de extrema fragilidad (18).

Es por ello, que la información a la familia es un factor de seguridad, pues permitirles cercanía, reduce la incertidumbre, sobre todo en el momento quirúrgico (10), cuando solo la familia es la que puede conocer a profundidad los valores, deseos y personalidad del paciente. Validar este rol, debe hacerse desde el preoperatorio, brindando a la familia el conocimiento necesario en cuanto a la enfermedad, los alcances de la cirugía, las expectativas inmediatas y de mediano plazo, entre otros (21).

Durante el preoperatorio inmediato y el proceso quirúrgico en sí, el centro hospitalario debe transformarse en un lugar de acogida (18), donde los familiares también reconozcan y confíen en que se está respetando la dignidad del paciente en todo momento. Esto, se logra por medio de la comunicación asertiva, la disposición a escuchar y resolver las dudas de los familiares (14), comprendiendo que la información es la base del soporte emocional adecuado que el paciente requerirá durante el postoperatorio.

En ese aspecto, la familia debe ser incorporada en el esquema de atención del paciente (14), como un participante más dentro del proceso perioperatorio. Así, se sustenta un ecosistema de cuidado compuesto que gira en torno al paciente y que incorpora a la tecnología, el equipo médico y se enlaza con el personal de enfermería (3). La familia, no solamente es un cuidador, sino que es un factor generador de tranquilidad, al tener información que produzca confianza y tranquilice al paciente desde el inicio del proceso perioperatorio. Esto se muestra a través del siguiente diagrama:

Figura 4. *Ecosistema del cuidado en salud*



Nota. Adaptado de (14)

Cabe destacar, que la crisis de ansiedad que experimenta la familia durante el proceso perioperatorio es similar a la que siente el paciente, de allí que la vulnerabilidad se extiende de forma natural hacia su familia, por lo que el quirófano debe ser un centro de cuidado desde donde la comunicación fluye hacia quienes durante el momento de inconsciencia pierden igualmente la paz (21). Así, la enfermera quirúrgica requiere también del desarrollo de habilidades de comunicación y mediación (14), comprendiendo que la atención a la familia que participa en el proceso perioperatorio es parte del cuidado del paciente (10).

El momento del acto quirúrgico, es justo cuando el paciente se ve desprovisto en su totalidad de su identidad, en tanto la familia entra también en un estado de incertidumbre que le secuestra la paz y la normalidad (21), el primero dentro del quirófano, sin voz, sin humanidad consciente se hace parte del objeto médico, mientras en la sala de espera se encuentra la familia, como sujetos conscientes pero en estado de desconexión con quien durante el proceso operatorio pareciera dejar de existir.

La enfermera quirúrgica no es solamente una portadora de información para la familia, entendiendo esta vulnerabilidad extendida, la sala de espera es el sitio para que el personal de enfermería pueda brindar hospitalidad (22), no como un visitante asiduo al que se recibe, sino como el apoyo principal y los guardianes de la identidad del paciente que ahora se encuentra dentro del espacio quirúrgico. Para ello, las palabras de aliento, además de la información, la mano en el hombro, el dar por sentado el profesionalismo y capacidad de todo el equipo médico y la disposición a tratar la enfermedad no como un hecho aislado sino como una afectación que incide sobre un ser querido, representan el símbolo de cuidado más importante para la familia durante esos momentos de espera alrededor del quirófano (12).

Adicionalmente, la familia tiene un rol de cuidador, pues durante el proceso de hospitalización y de preparación previa al acto quirúrgico, la familia es el apoyo directo del paciente, quien resguarda su identidad (12). Un rol de apoyo que se intensifica posterior al alta médica, cuando el proceso postoperatorio temprano ha finalizado para dar inicio a la recuperación total, ya fuera del entorno intrahospitalario. Es la familia quien va a aplicar los cuidados, y por lo tanto requiere de la información necesaria para brindar a su familiar el apoyo idóneo para el retorno del paciente a su vida normal dentro de su entorno social (21).

2.6 Elementos de bioética en el cuidado humanizado

La acción humana contiene en sí misma un elemento ético, que consiste en preservar los derechos de los individuos, sin que para ello medie una normativa o ley que pueda castigar o premiar las conductas (22). En ese contexto, la bioética en el cuidado humanizado en la enfermería quirúrgica es una ética del acompañamiento (1). Esta debe promover el bienestar y la dignidad del paciente durante todo el proceso perioperatorio (18), es la ética la que no se limita a evitar el daño, sino que es la guía de cada acción dentro y fuera del quirófano.

Al respecto, el soporte emocional en el entorno quirúrgico no puede ser una decisión personal, sino un mandato bioético dirigido a salvaguardar la dignidad humana (2), por lo que también inserta una nueva dimensión en la práctica clínica, ya que busca ir más allá de la aplicación de la técnica para resolver una patología específica, implica que el equipo médico es responsable de garantizar la seguridad física y el bienestar integral del paciente, en los aspectos psicológico, emocional e incluso espiritual (1).

La enfermera quirúrgica tiene el rol establecido de ejercer el cuidado transpersonal al paciente y a todo el equipo médico que participa en el acto quirúrgico, pero no es la única que debe mantener principios de armonía, amor y respeto por la dignidad del ser humano que se encuentra intervenido como paciente (15). La bioética, es el eje transversal del cuidado humanizado, es su raíz y al mismo tiempo su finalidad, pues es a partir de los criterios éticos personales que cada miembro del equipo médico decide actuar con beneficencia y compasión hacia el paciente y, al mismo tiempo es la bioética como norma médica la que guía las actuaciones del equipo médico más allá de sus decisiones personales o incluso sus propios estados de ánimo (2).

Principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia

Dentro del panorama de la bioética en el entorno quirúrgico, sostiene como pilar fundamental el respeto a la autonomía del paciente, sostenida sobre el consentimiento informado, consiste en la incorporación del individuo en la toma de decisiones sobre su cuerpo, donde declara y comprende verdaderamente los riesgos y beneficios del procedimiento al que será sometido (15). El paciente, debe comprender el proceso perioperatorio y cómo cada fase incidirá en su

sanación, de tal forma que además de un principio ético significa permitir que el individuo conozca y confíe en cada una de las fases que serán aplicadas.

En ese sentido, el respeto a su autonomía y su dignidad es un valor crítico dentro de la bioética (18), pues incluye también el respeto y manejo cuidadoso del cuerpo físico del paciente, incluso cuando se encuentra inconsciente (21), la protección de la integridad moral que deja en manos de la enfermera quirúrgica y de todo el equipo médico que está participando.

Al revisar la bioética, el principio de beneficencia durante el proceso quirúrgico es el pilar de la comunicación para el soporte emocional del paciente, la enfermera que brinda la información adecuada y los cuidados humanizados a la familia y al paciente no hace más que resguardar la integridad del individuo durante todos los momentos del proceso. Por otro lado, la no maleficencia, significa la prevención de lesiones e infecciones durante el momento operatorio, pero también integra los cuidados y el soporte emocional para brindar la tranquilidad y la confianza al paciente (2).

La bioética, implica que el profesional se haga consciente de sus límites dentro del entorno quirúrgico y actúe dentro de estos en función del bienestar del paciente (15), previniendo de esta forma los posibles riesgos latentes mediante el seguimiento estricto de los protocolos establecidos (17). Reconocer las fallas del sistema y buscar dentro de las condiciones del entorno, la seguridad del paciente, haciendo que este, como ser humano se encuentre en el centro de la atención y sus derechos sean prevalentes ante la tecnología y la ciencia, es la condición de no maleficencia que implica responsabilidad profesional (16).

Por su parte, la justicia durante el proceso perioperatorio consiste en la recuperación del juramento hipocrático de la medicina y su incorporación a la práctica de la enfermería (22). La atención y los cuidados técnicos – humanizados, deben ser aplicados con todos y cada uno de los pacientes, independientemente de su condición social, el soporte emocional al paciente se traduce en un derecho universal que no puede ser vulnerado y que conforma parte de los principios que de forma natural acata todo el equipo médico (1).

Los cuidados humanizados y el soporte emocional del paciente durante el proceso perioperatorio no puede ser entendida como un complemento de la acción médica, estos son la guía para que el paciente pueda tener la resolución de la enfermedad sin mayores contratiempos

(2). La integración de la ciencia y la humanidad no puede ser una tarea tardía para el cumplimiento de una lista de chequeo, sino que debe ser el pilar de la construcción de un nuevo paradigma en el cual la seguridad, la tecnología y la comprensión de la dimensión humana se fusionen en búsqueda del bienestar del paciente (2,3,11).

● ● ● ●
● ● ● ●
● ● ● ●

LA SEGURIDAD COMO BASE DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN EL PROCESO QUIRÚRGICO



III

CAPITULO III.

LA SEGURIDAD COMO BASE DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN EL PROCESO QUIRÚRGICO

Laddy Carolina Pillco Vargas, Mery Jessenia Jima Urgiles, Ana Lucia Suconota Pintado,
Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca, Kary Patricia Cabrera Sosoranga,
Linda Yovana Salvatierra Ávila, Joselin Samira Tapia Aguilar, Celia Alexandra Fernández Romero,
Adriana Elizabeth Ramón Merchán y Katherine Lisseth Lascano Pérez.

En el entorno quirúrgico la seguridad del paciente que se encuentra siendo intervenido por los profesionales de la salud ha trascendido más allá de lo que en un principio era su definición fundamental (8,15), la cual se representaba como una serie de medidas preventivas realizadas con el objetivo de proteger la vida del paciente como individuo físico bajo la responsabilidad del equipo médico, para consolidar los cimientos de la humanización del cuidado de enfermería, en cuanto a la incorporación de pautas de comprensión de la dimensión emocional que se involucra dentro del proceso perioperatorio.

La seguridad del paciente en este entorno ha sido comúnmente abordada desde un enfoque técnico centrado en la prevención de eventos que representen adversidades, la esterilidad en el área operatoria y la precisión de los equipos electromédicos. Sin embargo, en el marco de la enfermería, la seguridad debe ser comprendida como las bases éticas sobre las cuales se construye la humanización del cuidado. Como expresa Watson (2) la enfermería debe preservar la dignidad y la humanidad en los momentos más vulnerables. Si el entorno representa una amenaza ya sea para la integridad física o psíquica del individuo, se hace imposible establecer un cuidado verdaderamente humano.

En ese sentido, la seguridad no se trata de una meta meramente administrativa o protocolaria, pues el quirófano arroja al profesional dentro del reto de transitar entre el conocimiento técnico y la libertad de acción (8). En este campo, el paciente está entregando su autonomía y su dignidad a un equipo médico, en ocasiones desconocido y quedando a merced de tecnología, por lo que la presencia de la enfermera quirúrgica es vital para conseguir un acercamiento entre el individuo y el equipo completo en medio del quirófano.

Debido a la evolución del entorno quirúrgico a un espacio caracterizado por un alto nivel tecnológico, la velocidad de los procesos, y la vulnerabilidad a la que se somete el paciente

al momento del procedimiento, no se debe malinterpretar la seguridad como la ausencia de eventos adversos, sino como otra cara de la manifestación del respeto por la dignidad y la integridad de la persona (1).

De esta forma, los protocolos de seguridad son, en realidad, actos de responsabilidad moral, por lo que la competencia tecnológica es una expresión del cuidado (3), y dentro de las competencias de la enfermera quirúrgica está la de proteger la integridad y la dignidad del paciente cuando este se encuentra bajo los efectos de la anestesia y lograr que las Metas Internacionales de Seguridad (18) funcionen como herramientas que devuelven la identidad al paciente en el proceso perioperatorio.

3.1 El Paradigma de la Seguridad: De la Fragmentación a la Visión Holística del Riesgo

El concepto de seguridad en el entorno quirúrgico se encuentre transitando en estos momentos desde una perspectiva puramente técnica y fragmentada, influenciada en su mayoría por el modelo biomédico tradicional que se fundamentó por el racionalismo cartesiano que tendía a separar al paciente en órganos y sistemas aislados con la enfermedad vista como un fallo mecánico de una pieza específica del “reloj biológico” (11), hacia una visión de naturaleza holística que coloca al ser humano en el centro del análisis del riesgo.

En el marco de la visión tradicional, la seguridad del paciente dependía de manera exclusiva del médico que llevaba a cabo el procedimiento y con los avances técnicos al desempeño de los equipos a los que se conectaba el paciente (4). En este modelo, la intersubjetividad subyacente en el acto quirúrgico era obviada, dando relevancia al médico como protagonista principal de la curación del paciente y relegando a la enfermera a un rol de ayudante instrumental.

Con la creación de la profesión de enfermería, tras la intervención de Nightingale en la formación de datos estadísticos y la generación de protocolos específicos de asepsia y orden quirúrgico (8), la seguridad pasa del médico al personal de enfermería, que sin perder el rol de ayudantía, trasciende a la observación y la implementación de medidas que inciden directamente en el bienestar del paciente, no solo durante el momento propiamente quirúrgico, sino especialmente durante el proceso postoperatorio, cuando los índices de morbi mortalidad se incrementaban debido a la falta de cuidados (4).

La enfermería moderna, bajo el mano de la humanización se propuso llevar una nueva corriente que ha cambiado el paradigma de la seguridad, donde esta palabra ya no solo representa la ausencia de daño, sino la manifestación del respeto a la dignidad y la integridad del paciente (1).

Un cambio de visión de suma importancia si se quiere comprender realmente que el riesgo dentro de un quirófano no es un evento que depende de variables fijas o que está aislado del entorno exterior, pues si se considera la situación desde una perspectiva holística, el riesgo es un fenómeno que cambia de forma constante y que puede ser analizado a través de funciones matemáticas de probabilidad (22).

De aquí es de donde nace la función de riesgo o “Hazard function”, que depende del tiempo y también permite modelar la tasa instantánea de ocurrencia para algún efecto adverso que condiciona la supervivencia del sujeto.

$$h(t) = \lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{P(t \leq T < t + \Delta t | T \geq t)}{\Delta t}$$

Dentro de un entorno quirúrgico, esta tasa de riesgo dada por la ecuación no es solamente el resultado de las técnicas quirúrgicas implementadas durante el procedimiento, sino que también son frutos de la interacción de muchas capas defensivas del sistema (22).

Si se estudia el riesgo desde una perspectiva holística, entonces se puede reconocer al paciente como un sistema de suma complejidad y que está relacionado con su entorno, y que cualquier fallo en una de las capas defensivas sobre el paciente, la cual puede ser desde una comunicación deficiente, hasta la fatiga del personal o un fallo en la bioseguridad del quirófano, puede resultar en una serie de eventos desafortunados (22).

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS) dirigido por el Dr. Jesús Aranaz, ha sido de vital importancia para cuantificar este problema sanitario a nivel mundial, en donde se identificó a la misma asistencia sanitaria como un factor de riesgo significativo (22).

Entre los resultados más destacados del estudio se encuentra el hecho de que los Efectos Adversos (EA) se presentan en el 9.3% de los pacientes que se encuentran hospitalizados, lo que subraya la necesidad actual de que los pacientes sean vigilados constantemente para evitar aumentar el riesgo.

Además, según el estudio el 42.8% de los EA que se registraron se consideraron evitables, lo que demuestra la necesidad de protocolos efectivos para evitar estas situaciones. También señaló que el 48.2% de los EA se relacionan con medicación inadecuada como un factor de causalidad.

Otro factor importante fue el de los cuidados, con un 25.7% de los casos siendo provocados por una atención ineficiente, lo que resalta la labor del personal de enfermería en el área de cuidados. Por otro lado, la relación entre la gravedad de los EA y su evitabilidad es bastante elevado, siendo el 80.2% de los EA graves incidentes que pudieron haberse evitado con las precauciones correctas, y señalando que los daños más catastróficos pueden ser aquellos más prevenibles.

La fragmentación del riesgo propiamente dicha, ocurría en el momento que un profesional de la salud se enfocaba solamente en la tarea que estaba llamado a cumplir, el cirujano con la incisión, el anestesista con la sedación y el instrumentista encargado del material quirúrgico, lo que generaba una ceguera de túnel que impedía ver al paciente como un todo vulnerable (11,12).

Por otro lado, la visión holística se encarga de integrar la seguridad clínica con la humanización y haciendo entender que un error técnico no es solamente un evento que sumará a una estadística, sino que es un hecho que impacta de forma contundente en la vida y la historia de otro ser humano (21).

De esta manera, la seguridad ha pasado a ser la base de la humanización, pues en la medicina moderna, trata de garantizar un entorno altamente tecnificado del quirófano y también sumamente consciente del paciente, para que no se vulnere el derecho fundamental de este a la vida y a su dignidad (12).

Si se quiere seguir transitando hacia una visión más humana que la tradicional, es necesario que las organizaciones sanitarias dejen de buscar culpables individuales y comiencen a desarrollar una cultura en donde los defectos del sistema sean borrados a través de protocolos de seguridad sistemáticos (22). Bajo este nuevo panorama, la seguridad del paciente es una disciplina que requiere la colaboración activa del personal de la salud, y también del apoyo de la evidencia científica con el objetivo de minimizar los riesgos para la persona, lo que mitigaría las consecuencias siempre que se respete el principio ético de *primum non nocere* (22).

3.2 La Enfermera Quirúrgica como primera barrera de seguridad

El rol de la enfermera quirúrgica, inicia desde el mismo instante que el paciente y el equipo médico toman la decisión de aplicar un tratamiento operatorio para la resolución de la enfermedad (9), cada uno de los cuidados aplicados y cada uno de los actos de soporte emocional se dirigen a la seguridad del paciente, no solo por confirmar mediante una exhaustiva revisión que el entorno físico es seguro (15), sino porque tiene como finalidad preservar la dignidad del paciente en todo el proceso perioperatorio (2).

La enfermera quirúrgica es la principal observadora y por lo tanto constituye la primera línea de defensa del paciente con relación a su seguridad integral (3). En ese sentido, la mirada permanente sobre la asepsia y la tecnología componen un patrón fundamental para garantizar la seguridad del paciente, el cumplimiento de sus funciones en ese sentido, se transforma en la alarma principal del proceso, tanto en los indicadores que emiten los equipos tecnológicos como en las señales que da el propio paciente a través del lenguaje no verbal y la conexión por extensión con cada aparato al que es conectado.

La seguridad del paciente se debe articular primero desde la humanización del mismo con el compromiso del personal de enfermería de que el paciente no es solamente un objeto al que van a intervenir, sino también una persona con derechos que se encuentra sumamente indefensa durante el tiempo que dure el procedimiento. Al hacer esto, la enfermera quirúrgica garantiza más que la seguridad biológica del cuerpo del paciente y pasa a estar presente en la seguridad física, emocional y social de este, como un ser integral y complejo (11).

Es por esto que la práctica de la enfermería requiere mantener un delicado equilibrio en cada momento, pues por un lado se debe dominar la técnica y el conocimiento científico necesario para manejar los equipos avanzados tecnológicamente que se pueden encontrar en los entornos quirúrgicos y también se debe ejercer la libertad de acción y juicio clínico que se considere necesario para proteger la vida humana (1).

Esta dicotomía fue sintetizada a profundidad dentro del concepto de la competencia tecnológica como una nueva forma de cuidado, propuesta por Rozzano Locsin, quien aseveró que el uso experto de la tecnología le da una herramienta sumamente poderosa al personal de enfermería para poder profundizar más en su paciente, sobre todo en momentos donde este ha perdido la capacidad de comunicarse de forma verbal (3). Las máquinas, no pueden

ser el objeto principal de observación por parte de la enfermera, con la obtención de datos como un fin en sí mismo, estas son una fuente de información, un lenguaje, una extensión del paciente por la que logra comunicarse a través de señales biológicas y fisiológicas cuando no tiene consciencia.

La seguridad puede dimensionarse entonces de varias maneras, cada una sujeta a una aplicación en concreto y relacionada con una forma de proteger la dignidad del paciente a través de la humanización. Se tiene la dimensión cognitiva de la seguridad, en donde el paciente debe verificar su identidad y el procedimiento al cual será sometido, esta es una forma de reconocer su individualidad y darle una mayor sensación de control.

La seguridad se puede dimensionar de forma técnica, ahí es donde entra el manejo experto de los equipos en el entorno quirúrgico, tales como monitores, bombas de infusión y también torres quirúrgicas, un aspecto fundamental que debe poseer el personal de enfermería si se quiere garantizar la integridad física del paciente durante el procedimiento quirúrgico.

Si se ve la seguridad desde una perspectiva relacional, para que se pueda establecer es necesaria la comunicación efectiva entre los miembros que conforman al equipo quirúrgico, lo que derivará en la creación de un entorno de confianza y respeto que podrá arropar al paciente durante el procedimiento.

Desde el punto de vista ético, el personal quirúrgico debe aplicar los principios de beneficencia y no maleficencia, asegurando la seguridad del paciente manteniendo su compromiso moral con el bienestar de un ser humano que se encuentra en un estado de vulnerabilidad.

Por tanto, la seguridad del paciente es la barrera que impide su misma cosificación, pues en el modelo biomédico tradicional, la mirada clínica de forma sistemática fragmenta el cuerpo del individuo y se centra solamente en la patología que este padece o en el sitio quirúrgico (11), es entonces cuando la enfermería tiene que utilizar los protocolos de seguridad no como simples trámites burocráticos que deben ser realizados, sino como una especie de pequeños rituales en donde se tiene la oportunidad de devolverle al paciente su estatus como una persona integral (12).

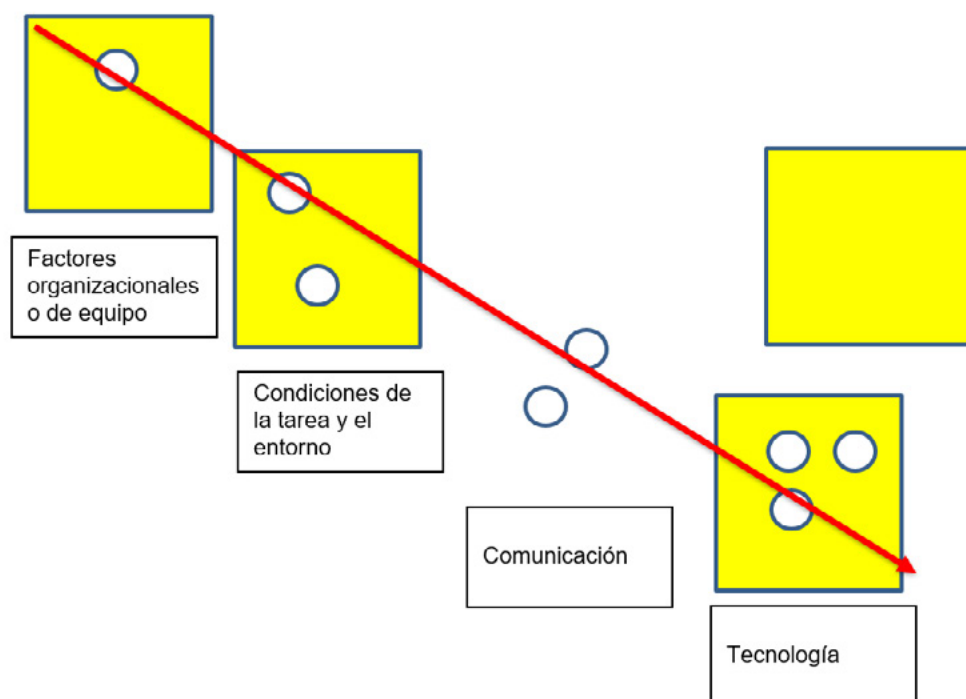
Cada vez que se verifican los datos del paciente y se pasa por los controles de asepsia establecidos por los protocolos del procedimiento, en última instancia se expresa el sustento de

la seguridad que proporcionan los factores Caritas de Watson, en donde la protección de la dignidad humana es el principal objetivo de la práctica de enfermería (2).

Es por eso que, la enfermería quirúrgica es la primera línea de defensa para la seguridad del paciente, interceptando errores antes de que estos lleguen al paciente, a través de una presencia auténtica que reconoce al paciente como un sujeto digno, una labor que empieza con la verificación rigurosa de datos y la aplicación de un juicio clínico crítico e independiente (1,21).

Reason (16) describe estas perspectivas de seguridad como niveles de barrera, en la cual la enfermera quirúrgica juega un papel fundamental como fuente de información. Siendo el miembro del equipo que pasa más tiempo con el paciente y encargada de las verificaciones técnica, la enfermera es la voz de alarma ante cualquier evento adverso durante el proceso perioperatorio. Estas fases o etapas en la seguridad son definidas en el “modelo de queso suizo” de Reason como se describe a continuación:

Figura 5. Modelo de queso suizo de Reason



Nota. Adaptado de (16)

Este modelo es aplicado a todos los ámbitos que ameritan el resguardo de seguridad, fundamentalmente en entornos críticos, como es el quirúrgico. Reason (16) señala que hay fallas inherentes en el sistema y que todos los aspectos de seguridad responden a riesgos latentes,

como agujeros en ese sistema. Asimismo, plantea que la contención de estos riesgos latentes para que no se transformen en amenazas reales se encuentra en la comprensión de los elementos de mitigación presentes desde el diseño del propio sistema: la conformación de equipo y el respeto entre los miembros se este, la comunicación, la criticidad de la tarea y la tecnología.

En la defensa de la seguridad del paciente se pueden apreciar varias etapas, siendo la primera de ellas la evaluación de las necesidades, donde se verifica la identidad, el sitio quirúrgico y las alertas mediante un diálogo previo (15), luego se identifican los objetivos, validando el consentimiento sobre el procedimiento y los deseos del paciente (1), protegiendo su autonomía y sus derechos, para luego pasar a la implementación del plan a través del cumplimiento de la lista de verificación de la OMS (15), y por último, la evaluación del resultado, con el monitoreo de la integridad cutánea, la temperatura y el recuento de material (21).

Esta verificación de datos realizada por la enfermera quirúrgica, debe estar enfocada en la exactitud de la información técnica y no en la ansiedad preoperatoria (15), de allí que los cuestionarios al paciente sean analizados de manera rigurosa antes de llevar a cabo los procedimientos. Asimismo, la lista de chequeo de acciones e instrumental (15), busca garantizar que el agotamiento humano y la distracción causada por eventos propios del acto quirúrgico no ocasionen que riesgos latentes dentro del quirófano se transformen en amenazas reales.

Allí, es importante destacar que el rol de la enfermera quirúrgica encargada de estas listas de chequeo no debe entrar en contradicción con la dirección del proceso operatorio (15), el equipo médico debe trabajar como un sistema integral que respeta cada una de las fases y cada una de las funciones, reconociendo que cada una de estas cumple un objetivo para garantizar la seguridad del paciente (3), sin que esto signifique que la tecnología y el chequeo pasarán a primer plano respecto a la humanidad del individuo que está siendo intervenido.

La Implementación de Lista de Verificación de la OMS como un estándar para lograr una cirugía segura salva vidas, desde su implementación ha demostrado que ha logrado reducir en gran medida la morbimortalidad quirúrgica en muchos entornos hospitalarios (8), sin embargo, el verdadero valor para la humanización reside en la capacidad que brinda para cambiar para mejor las dinámicas de comunicación dentro del equipo quirúrgico.

La enfermera circulante, actuando como la encargada de hacer valer la lista de verificación ejerce la autonomía profesional para asegurarse de que todo el personal de salud encargado

de la intervención, incluidos cirujanos, anestesistas e instrumentistas, tomen un momento antes de seguir con sus labores para confirmar los datos del paciente (1).

La Lista de Verificación está dividida en tres momentos claves durante el proceso quirúrgico:

- 1.** Antes de la inducción anestésica:
 - a.** Confirmación de la identidad del paciente, su nombre y fecha de nacimiento.
 - b.** Verificación del procedimiento quirúrgico, sitio anatómico.
 - c.** Revisión de alergias, antecedentes de patologías, medicación y riesgos sobre la anestesia.
 - d.** Confirmación del equipo quirúrgico y del material.
 - e.** Verificación del material de diagnóstico y del consentimiento del paciente.

Esta fase es de suma importancia ya que en ella el paciente aún se mantiene consciente, aquí es cuando la verificación verbal de la identidad de la persona, el procedimiento y el consentimiento le permiten sentirse como parte de su propio procedimiento, aumentando su sensación de control (11).

Además, la confirmación del sitio quirúrgico, que va marcado con tinta indeleble es una barrera visual y cognitiva que protege al paciente de cualquier error catastrófico por parte del personal de salud, y además demuestra que el equipo ha dedicado tiempo y atención a su caso (8).

La omisión de esta verificación puede conllevar a procesos aplicados fuera del contexto solicitado e incluso a dañar al paciente, dejando la patología inicial vigente, obligando a una nueva intervención, que vendrá ahora más cargada por el estrés y la desconfianza (11). Como ejemplo se pueden mencionar casos en los cuales se ha realizado la amputación de un miembro superior o inferior contrario al establecido, con resultado de mutilación total del paciente. También han sucedido casos en los que se extrae el órgano equivocado, generando fallas orgánicas en el paciente.

En este momento, el propio paciente puede señalar con precisión si existe la posibilidad de cometer un error respecto a su propia intervención, por lo que es importante que se lleve a cabo en voz alta y de acuerdo con los protocolos establecidos.

2. Antes de la incisión quirúrgica:

- a.** Confirmación oral de todo el equipo presente sobre los datos del paciente y de la operación quirúrgica correspondiente.
- b.** Verificación de profilaxis antibiótica.
- c.** Confirmación de condiciones del material quirúrgico.
- d.** Revisión de riesgos específicos del paciente.
- e.** Confirmación de medicamentos anestésicos y seguridad de equipos.

Tabla 2. *Protocolo de revisión según el momento quirúrgico*

MOMENTO QUIRÚRGICO	ACCIÓN DE VERIFICACIÓN	INTENCIÓN DE CUIDADO
ENTRADA	Identidad, Sitio Quirúrgico, Procedimiento, Consentimiento, Alergias, Vía	Validación: Identidad
PAUSA QUIRÚRGICA	Presentación del Equipo, Confirmación Oral de Datos, Antibiótico, Eventos Críticos	Cohesión: Compromiso Colectivo
SALIDA	Confirmación del procedimiento, Conteo del Material, Etiquetado, Plan de Recuperación	Protección: Asegurar la integridad del paciente

Nota. Adaptado de (15)

La pausa quirúrgica antes de la incisión es uno de los grandes hitos en la cultura de seguridad, ya que al exigir que cada uno de los profesionales en el procedimiento se presente con nombre y su función a desempeñar, rompen la deshumanización descrita por Foucault provocada por los rostros y mascarillas ocultos, convirtiéndose en extensiones anónimas de la tecnología.

Este reconocimiento que se lleva a cabo entre los miembros del equipo genera un pequeño ambiente de respeto que se proyecta hacia el cuidado del paciente, la comunicación en voz alta en los riesgos de hemorragia, las alergias conocidas y la profilaxis antibiótica no cumplen solamente el objetivo de intercambiar información, sino de establecer un compromiso colectivo con la seguridad de un ser humano que ha depositado su vida en las manos de ese equipo (1).

3. Antes de que el paciente abandone el quirófano:

- a.** Confirmación de que el procedimiento realizado fue el que se acordó previamente.

- b.** Conteo de los instrumentos y material quirúrgico.
- c.** Verificación del etiquetado y el envío de muestras.
- d.** Confirmación de cuidados postoperatorios.
- e.** Revisión de riesgos postoperatorios.

Uno de los más grandes peligros en el quirófano es el olvido de cuerpos extraños en el interior del paciente, un evento que va directamente en contra del principio de no maleficencia (3). Por eso la enfermera instrumentista y la circulante establecen una vigilancia extrema, realizando el recuento de gasas, compresas, agujas e instrumentos en momentos críticos.

Aunque el procedimiento parezca algo técnico, es en realidad un acto profundo de protección humana, pues según la teoría de Watson, el recuento meticuloso es un pilar de la seguridad que le permite al profesional de enfermería cuidar del cuerpo del paciente cuando este no se puede defender por sí mismo (2).

La precisión con la que se lleva a cabo el recuento asegura que la recuperación del paciente no se verá afectada por complicaciones evitables como infecciones o reintervenciones, las cuales solo prolongan el sufrimiento y disminuyen la calidad de vida del paciente, por lo que la rigurosidad técnica actúa como la máxima expresión de compasión y responsabilidad. La seguridad y la bioseguridad, son mucho más que la revisión de ítems, son la expresión de competencia técnica aplicada al entorno humano, constatando la complejidad de los procesos (3) y la forma en que el conocimiento científico se incorpora dentro de la subjetividad para estar al servicio del individuo que acude por atención y resolución de una condición que limita sus funciones vitales.

Todos y cada uno de estos ítems deben verificarse de forma oral, además pueden ser adaptados según el procedimiento y la especialidad que se esté tratando, pero el núcleo permanece igual (15). Este pase de lista, tiene que observarse y cumplirse como un acto de sacralidad, de respeto al paciente, pues las omisiones discrecionales dadas por la excesiva confianza del equipo médico pueden conllevar a errores humanos que posteriormente van a afectar la seguridad del paciente y de ellos mismos.

Casos en los cuales se han quedado gasas e instrumental quirúrgico en el interior del paciente, contaminaciones del quirófano cuyas bacterias han pasado a la herida, son solo ejemplos de que la confianza o la falta de equipo médico de verificación puede transformar los ries-

gos latentes del quirófano en realidades fatales (15). Aunque no podría responsabilizarse de manera individual a la enfermera quirúrgica, sí debe estar definido el rol de enfermería en cuanto a la verificación de la lista de chequeo emitida por la OMS, y a las responsabilidades profesionales dentro del equipo.

La realidad en los espacios intrahospitalarios dicta una diferencia respecto al manual (15), pues confronta en primer lugar carencias de orden instrumental y de equipamiento, además de contradicciones para el establecimiento de jerarquías y voces de mando durante el proceso perioperatorio. El médico, como director de la operación quirúrgica puede sentirse invadido cuando la enfermera quirúrgica solicita la verificación verbal de lo establecido en la lista de chequeo y esto a su vez puede originar una actitud de desidia ante el desprecio de las funciones profesionales que se han adjudicado al personal de enfermería (15).

Todo esto, va en detrimento de la seguridad del paciente, que es colocado en la mesa de operaciones como un objeto, que, contando con su inconsciencia, pasa a formar parte, sin saberlo de las discusiones internas, los chistes internos, los comentarios inapropiados y las pugnas por el poder quirúrgico (3). La enfermera quirúrgica, es en ese sentido mucho más que una simple lectora o verificadora de una lista, es la garante de que estos ítems sean cumplidos en función de la seguridad física e integral del paciente.

3.3 Protocolos de Bioseguridad, Herramientas técnicas con propósito humano

El quirófano es uno de los lugares más complejos en términos de tecnología en el sector sanitario. A veces, el uso de equipo de última generación y los estrictos procedimientos pueden hacer que el paciente pase desapercibido (2). Sin embargo, la bioseguridad no debe verse solo como una serie de pasos mecánicos o trámites administrativos. Es una herramienta vital con un propósito profundamente humano. La bioseguridad consiste en proteger la integridad física y biológica de las personas cuando son más vulnerables (2,13).

En este contexto, la bioseguridad es la garantía de la integridad física y biológica de las personas más vulnerables (2,3). Cuando los cuidadores se adhieren a estrictas normas asépticas, no sólo cumplen con los estándares técnicos, sino que también demuestran una preocupación que reconoce el valor de la vida de otras personas (13,14). La humanización en el quirófano comienza con el paciente, que ha confiado su cuerpo y su cuerpo al equipo quirúrgico, regresando sin complicaciones a su entorno por la falta de cuidados seguros (2).

Históricamente, el desarrollo de estos procesos nos ha permitido pasar de una época en la que la infección era un destino casi inevitable a una era de control científico en la que la prevención es centro de atención (8). En este sentido, Nightingale demostró que la intervención sistemática y la promoción de la salud son acciones compasivas que salvan vidas cuantitativamente (6,7). Sus observaciones sentaron las bases de la seguridad dentro del entorno quirúrgico, dando paso a la asepsia como fundamento de la medicina e introduciendo en la enfermería quirúrgica elementos que dan paso a la humanización de los cuidados en el crítico entorno perioperatorio.

Hoy en día, este legado se refleja en protocolos que crean barreras protectoras mutuas entre los pacientes y el personal médico (8,11). De acuerdo con este legado, procedimientos como el lavado quirúrgico de manos representan la primera barrera ética y técnica para prevenir la transmisión bacteriana (5,14). Aunque se trata de una técnica estandarizada, su estricto cumplimiento por parte de las enfermeras es responsable de garantizar la seguridad del paciente y evitar complicaciones que dificulten la recuperación (14). Asimismo, la demarcación de áreas restringidas en el quirófano fue una respuesta a la necesidad de crear un santuario estéril donde un paciente anestesiado y desnudo estuviera protegido de la contaminación externa (2,8).

Las enfermeras son responsables de gestionar estas áreas y garantizar la bioseguridad del ambiente antes de la cirugía corporal (8,11). Las listas de verificación de seguridad quirúrgica son otro proceso importante que humaniza la atención médica al reducir la posibilidad de error humano (15). Este procedimiento incluye la confirmación de la identidad y la ubicación quirúrgica, dándole al paciente voz e identidad incluso mientras está bajo anestesia (2,15). Al analizar esta información, los dispositivos médicos superan la resistencia mecánica y la “objetivación” al centrarse en el individuo particular sentado en la mesa (13,15).

De manera similar, contar materiales e instrumentos blancos antes de cerrar es un acto de observación que protege la integridad física del paciente al garantizar el respeto por el cuerpo como un todo sistémico y no como un objeto de estudio discreto (3,11). La introducción de barreras físicas, como el uso de ropa esterilizada, aunque puede crear distancia visual al cubrir los rasgos faciales, sigue cumpliendo la función básica de proteger el cuerpo del paciente (2,4). Aquí surge el problema de la intersubjetividad: el profesional debe superar

la barrera de la identidad utilizando el contacto visual y el tono de voz para mantener la conexión interpersonal (9,14).

Los procedimientos de bioseguridad no son un fin en sí mismos sino un medio para garantizar el éxito y la seguridad de un procedimiento quirúrgico (3). En el paradigma de seguridad, el paciente ya no es visto simplemente como un sujeto sino como una entidad de riesgo que requiere un seguimiento continuo (2,3). En última instancia, la bioética sostiene que los pilares de la atención quirúrgica son el beneficio y el no daño (13). Un entorno humanizado es aquel en el que la tecnología está al servicio de las personas, no al revés (2,3).

Al proporcionar un entorno libre de peligros biológicos y mecánicos, el personal de enfermería quirúrgica confirma la identidad del paciente y restablece el papel original de la enfermera como cuidadora y sustentadora de vida (2,6). La seguridad es, en consecuencia, el fundamento para implementar una auténtica humanidad: no existe un trato digno si se desatiende la salvaguarda vital de un ser que padece (2,14).

La bioseguridad no abarca únicamente la protección del paciente (3), la seguridad en el entorno quirúrgico debe ser extendida a todos sus participantes: el equipo médico y la familia como cuidador. Verificar la bioseguridad en el entorno perioperatorio, es el acto de mitigación de riesgos por sepsis o infecciones que pueden terminar afectando a cualquiera de los que está presente. Es incluso la bioseguridad uno de los primeros límites a la humanización, al imponer uniformes estrictos que cubren el cabello, el rostro, las manos y el cuerpo del equipo médico, mientras el paciente permanece aparentemente desnudo (2).

Humanizar la bioseguridad significa verla como un acto de cuidado genuino, basado en la ciencia, comprendiendo que cada una de las acciones que oculta al equipo médico tras el uniforme quirúrgico y que verifica la existencia material para prevenir el contacto con material biológico no es más que una forma de protección de la seguridad física del paciente y del personal de salud que le acompaña en el proceso quirúrgico (3).

3.4 Cultura de Seguridad y Prevención de Eventos Adversos

Cuando hablamos de la cultura de seguridad en el quirófano, resulta esencial hablar de la valentía que tiene el equipo que decide priorizar la vida del paciente ante cualquier otra consideración, incluso a las jerarquías más tradicionales. Esta cultura no comprende una lista de

reglas estrictas publicadas en la pared para ser cumplidas por protocolo, se trata más bien de ser capaces de crear una atmósfera que se respire tan pronto como se cruza la puerta del quirófano. En este ambiente abunda la sensación de que, pase lo que pase, todos los presentes tienen un objetivo en común: proteger a la persona que yace en la mesa de operaciones. A pesar de que la tecnología, si bien necesaria para optimizar los procedimientos quirúrgicos, puede llegar a abarcar importante terreno protagonista en la sala, la verdadera seguridad proviene de la mirada humana, teniendo la capacidad de mirar más allá de los monitores y darse cuenta de que detrás de cada pantalla hay una vida que depende del cuidado de los demás (2).

Un error común es pensar que prevenir un daño que no debería pasarle al paciente es simplemente una cuestión de marcar casillas en un formulario. Pero la realidad es mucho más compleja y profunda. Esto requiere comprender que los errores son una posibilidad humana que cualquiera puede cometer; por ende, la meta es construir una red de confianza donde cada miembro del equipo, independientemente de su rango o experiencia, se sienta completamente libre de decir “espera, algo anda mal” sin temor a ser reprendido, ignorado o ridiculizado. Ésta es la verdadera esencia de una cultura de seguridad saludable: lograr que el sistema deje de buscar culpables para castigar y comience a buscar errores en procesos para corregirlos (3,13).

Cuando el error humano es castigado en un centro de salud, lo único que se consigue es que la gente oculte su falla por miedo, permitiendo que se repita constantemente y dañe la salud e integridad del paciente. Prevenir este daño es, principalmente, un acto de deber ético y una expresión de respeto hacia otras personas. Como sugieren las teorías del cuidado, el papel central de estos espacios es preservar la esencia de las personas cuando se encuentran en su momento más vulnerable (2). En el quirófano, el paciente renuncia a su vida, su cuerpo y su integridad quedando en un estado de total impotencia bajo la influencia de la anestesia. En ese momento, quienes lo rodean se convierten en su única barrera protectora ante la adversidad.

Una cultura de seguridad arraigada significa no acostumbrarse nunca al riesgo; nos impide permitir que realizar el mismo procedimiento varias veces al día nos haga bajar las defensas o nos haga creer falsamente que nada puede salir mal (3). La complacencia es el mayor enemigo de la seguridad. Si miramos la historia, figuras como Nightingale (6), entendieron esta responsabilidad mucho antes de que existieran los escáneres, la robótica o los sistemas de vigilancia modernos. Para ella, la seguridad y la higiene no eran opcionales, eran mandatos morales.

Ella vio los datos de mortalidad no como simples números o porcentajes, sino como vidas perdidas innecesariamente debido a ambientes males administrados, sucios o descuidados (7).

Esta misma convicción debe guiarnos hoy: saber que detrás de cada control de medicación, de cada verificación de identidad del paciente o de cada minucioso registro de vacunación, hay una familia esperando en la sala de espera, confiada en que su ser querido regresará sano y salvo a casa (8). Si bien la tecnología es una herramienta maravillosa que permite intervenciones asombrosas, puede ser un arma de doble filo si no se maneja con una conciencia despierta. A menudo se dice que la competencia técnica es una forma de cuidado, pero esto solo es cierto cuando la tecnología está a nuestra disposición y servicio, y no al revés (3).

La mirada humana de la que se hablaba anteriormente no se limita al monitoreo de la pantalla, también se extiende a las interacciones silenciosas entre los miembros del equipo. En el ambiente del quirófano, la comunicación no verbal adquiere extrema importancia; Un gesto, una postura o un contacto visual pueden transmitir urgencia o calma de manera más efectiva que las palabras, lo que permite que un grupo funcione como una unidad coordinada donde el entendimiento mutuo minimiza la posibilidad de errores (14).

Para hacer realidad un buen nivel de confianza y evitar que la seguridad dependa por completo de la memoria individual, herramientas como la Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS sirven como un avance esencial que genera valor en el equipo. Realizar un análisis inmediatamente antes de la incisión para confirmar la identidad del paciente y el sitio quirúrgico, convirtiendo la observación en una obligación ética universal que confirma que la seguridad es una prioridad del sistema, no solo individual (15).

Esta responsabilidad ética ha evolucionado hacia la experiencia técnica, como se ve en los ejemplos de las enfermeras de perfusión, que ilustran la combinación ideal de tecnología avanzada y preservación de la vida mediante el manejo de funciones vitales a medida que los pacientes pierden autonomía física (7). Sin embargo, este desarrollo tecnológico debe ir acompañado de formación para romper las barreras de las jerarquías tradicionales.

La seguridad del paciente está plenamente garantizada cuando el entorno educativo y profesional promueve el análisis de los errores como errores de procedimiento en lugar de errores individuales, integrando la historia de enfermería con herramientas modernas de gestión de riesgos (8,9). El espíritu de los profesionales de enfermería en el entorno quirúrgico se debe

centrar entonces en el aprendizaje constante, como hecho científico que se fundamenta en la teoría pero que se contrasta en la práctica, observando al paciente, contextualizando su sufrimiento con empatía, no para extenderlo sino para mitigarlo mediante la ciencia y la acción profesional (2,3).

En definitiva, la clínica debe entenderse no sólo como un lugar donde se produce la curación sino como un espacio donde se realiza un examen en profundidad del cuerpo para restablecer su integridad, haciendo que el quirófano sea ante todo un refugio para el cuidado humano (11).

Este concepto nos obliga a reconocer que la seguridad es, de hecho, una forma radical de hospitalidad. Cuando un paciente cruza el umbral de la cirugía, lleva consigo no sólo una patología que requiere intervención quirúrgica, sino también toda su historia de vida, suspendida en el tiempo bajo la influencia de la anestesia. Por lo tanto, la prevención de efectos secundarios no puede limitarse únicamente al conocimiento técnico. Este debe ser un acto de protección de una identidad que no se puede proteger durante unas horas.

Proteger esta identidad exige que el equipo quirúrgico deje de tratar al paciente como un “caso clínico” y lo reconozca como la persona que dejó una biografía colgada en la mesa de operaciones. Una verdadera cultura de seguridad es aquella que monitorea el sueño con la misma intensidad que el monitoreo de signos vitales, entendiendo que la salud mental de un paciente al despertar depende directamente del cuidado de su cuerpo mientras está ausente.

Aquí es donde la valentía del grupo es más evidente: tienen el coraje de admitir sus fracasos y fortalecer su red compartida de confianza. El objetivo no es alcanzar la perfección mecánica sino mantener una atención humana constante para que se pueda detectar una anomalía antes de que se dañe. Prevenir imprevistos es el acto más profundo de amor profesional, porque gracias a ello, la familia que espera en la sala de espera recibirá no sólo un paciente curado sino también alguien respetado en cada momento de desamparo.

Cada uno de los errores en la enfermería conlleva a un aprendizaje útil para la estandarización, tal como lo demostró Nightingale durante su apoyo a los heridos, la observación permanente de los errores no se sostuvo en el señalamiento y la búsqueda de un culpable, sino que se adentró en las interrogantes fundamentales (6), ¿cómo mejorar los procesos para que disminuir los eventos adversos?, ¿cómo establecer medidas que incidan positivamente en los pacientes? Este espíritu orientado a la solución de problemas, con el ser humano en el centro del estudio,

dio pie al nacimiento de la profesión de enfermería y además sentó las bases de la seguridad y la bioseguridad dentro del ejercicio de la medicina moderna.

3.5 La integración del arte y ciencia de la enfermería para un entorno seguro

El rol de ayudantía de la enfermería ha trascendido a lo largo del tiempo hasta transformarla en una profesión (7), sin embargo, los paradigmas mecanicistas que dominan la medicina no han permitido que esta se desarrolle como disciplina científica, a la que se le reconozcan aportes verdaderos en todas las áreas de la intervención de las ciencias de la salud (11). El papel de la enfermería continúa relegado al apoyo del equipo médico, para garantizar la seguridad de estos y del paciente, la verificación de elementos físicos y el soporte emocional del paciente son considerados como actividades de relevancia media ante el acto quirúrgico que busca resolver una enfermedad o condición.

En ese aspecto, la integración de los elementos científicos para generar procesos técnicos específicos con las metodologías de cuidado que parten de las cualidades humanas es un reto para la enfermería quirúrgica (3), ya que esto promueve la complementación con un objetivo específico: la seguridad del paciente. Hasta ahora, pasar de un extremo a otro ha sido la huella a romper dentro del desempeño de la enfermería quirúrgica, pues, conocer la técnica y manejar la tecnología hace a la enfermera aún más competente para brindar la seguridad al paciente desde una óptica humana, con el centro en el individuo (3).

La ciencia nos da procesos, razones y números, pero la observación es la que nos permite interpretar momentos de miedo de una persona en camilla (2,3). La ciencia requiere conocimientos de farmacología, tiempos de esterilización y hasta los más mínimos detalles de anatomía, pero el arte de la enfermería nos recuerda que el cuerpo sobre la mesa tiene una historia, un nombre y una vida. de manera que se constituye una forma única y especial de cuidado para cada paciente. Comprender y responder a cada gesto, contacto o mirada (2), generando confianza y brindando la seguridad en un sentido amplio de resguardo de todas las dimensiones del ser, amerita el manejo de la técnica, pero más allá requiere de una conexión superior, artística, que hace del quirófano un lugar más amable en el contexto de la intervención quirúrgica.

Como ha señalado Watson (2), la enfermería es la ciencia del cuidado, una disciplina destinada a proteger la dignidad humana de los pacientes, no la eficiencia de los hospitales. En el

quirófano, esto significa lograr seguridad no sólo evitando que las bacterias entren en la herida sino también garantizando que la humanidad del paciente no se pierda entre los cables y el acero quirúrgico (13). La ciencia advierte contra el riesgo de deshumanizar al paciente, lo que Foucault (11) llamó “una mirada clínica que sólo ve órganos aislados o patologías”.

Sin embargo, la integración del arte nos obliga a recomponer esta imagen, a mirar más allá del cuerpo y empezar a ver a la persona. Prevenir un incidente no es sólo un éxito técnico, es también un acto de interés humano y de resistencia a la deshumanización del sistema. De esta manera, la seguridad se vuelve la vía que permite que la tecnología sea una herramienta y no una agresión (2,3), la tecnología es una arma para paliar el sufrimiento y apresurar los procesos de intervención, no puede ser una agresión a la dignidad del paciente. Las herramientas, equipos e instrumentos son objetos inertes que cobran importancia cuando son utilizados por el equipo médico para salvar la vida del sujeto alrededor del cual gira en realidad el proceso quirúrgico

El equilibrio entre la enfermería y la tecnología también requiere honestidad sobre nuestra fragilidad como humanos, aceptar que podemos fracasar es un acto de gestión científica del riesgo, además de ser un acto de humildad y parte del arte de cuidar. Un entorno seguro es aquel en el que la ciencia se aplica con absoluto control. Es imposible brindar una buena atención sin garantizar la seguridad, pero no habrá verdadera seguridad si los pacientes son tratados de forma inhumana (13).

En definitiva, la humanización es comprender que la seguridad es la base del cuidado: los pacientes pueden confiar en nosotros porque hemos creado un entorno que no deja lugar al daño. Para que esta cultura se aplique en la práctica diaria, el equipo debe desarrollar su propio bienestar emocional. Un cuidador cansado perderá la capacidad de notar sutilezas y la técnica para responder con precisión a las crisis. La integración de estos mundos también significa cuidar la salud mental de quienes están en el quirófano. La seguridad comienza en equipo, un ambiente de respeto entre compañeros, apoyo mutuo en todo momento y aprendizaje continuo (13).

Una buena intervención quirúrgica no sólo se define por la ausencia de incidentes, también se define por la presencia de humanidad sentida en cada momento que involucre la vida de los demás. La ciencia nos dice “cómo” hacerlo y el arte nos dice “por qué” lo hacemos. Si sólo nos centramos en aprender, corremos el riesgo de convertirnos en robots; Si nos centramos

únicamente en el arte, perderemos la base científica que asegura la supervivencia de los pacientes tras la intervención.

La seguridad del paciente depende del lugar de la reunión, donde el especialista puede evaluar la tabla de anestesia sintiendo la tensión en el brazo del paciente. Es esta conciencia la que nos permite evitar el desastre. Por lo tanto, la enfermería quirúrgica es una disciplina integrada que aplica los conocimientos más avanzados para atender a los más vulnerables, haciendo del quirófano un lugar de transformación y no de pérdida.

Esta visión integral nos obliga a repensar incluso el silencio que reina en el quirófano. El silencio no es una ruptura en la comunicación sino un espacio de concentración, donde cada miembro del equipo sabe que su aprendizaje le salva la vida. Pero también debe ser un espacio donde el arte permita a los pacientes sentirse acompañados. El silencio no significa ausencia, al contrario, acentúa la presencia real que se conecta, escucha y se comunica desde una comprensión superior del ser (22), dónde la intersubjetividad toca otras dimensiones y comprende que el silencio verbal del paciente no implica el desprendimiento de su sentir y por consiguiente el silencio del equipo médico es una señal de compasión y de entrega al acto quirúrgico.

La seguridad es, en última instancia, una construcción social dentro del hospital. Es el resultado de miles de pequeñas decisiones tomadas con precisión científica y ejecutada con arte. Cuando combinamos estas dos fuerzas, el medio ambiente se vuelve verdaderamente seguro, porque está protegido tanto por la precisión del cálculo como por la calidez de la bondad humana.

Por ello, la lista de chequeo es un instrumento, al igual que la tecnología, pues la seguridad radica en ese arte de combinar los elementos técnico científicos, la experiencia y el sentido humano de compasión y contacto en un momento de fragilidad (3). Esa construcción ontológica es lo que genera el concepto de seguridad en un sentido amplio, desprende el cientificismo y la cataloga dentro de las ciencias humanas, dónde el individuo tiene mayor importancia que la máquina y, las acciones se dan en el marco del arte como ejercicio de pasión por obtener resultados positivos.

La atención desde una perspectiva integrada nos permite ver que la seguridad no es un evento estático sino un proceso dinámico que se renueva con cada paciente que ingresa a la habitación. Es entender que la excelencia técnica no tiene valor a menos que vaya acompañada de un compromiso ético con el bienestar de los demás. Después de todo, el éxito de nuestro trabajo

lo demuestra no sólo la documentación médica sino también los ojos agradecidos de nuestros pacientes, que se sienten seguros y respetados en sus momentos más vulnerables. Aquí es donde la ciencia y el arte se unen, dando paso a la verdadera curación (2,3,14).

Es la estrecha integración de la ciencia y el arte lo que ha permitido a la enfermería quirúrgica trascender la mera atención técnica y convertirse en una disciplina humanística y ética integrada. Cuando un profesional puede combinar lecturas en frío de la saturación de oxígeno o de la presión arterial con una sensación de rigidez en el brazo de un paciente o un cambio casi imperceptible en el color del brazo, está aplicando una forma superior de conocimiento para proteger la vida de manera integral y profunda.

A pesar de que el silencio del quirófano muchas veces puede ser interpretado por los externos como una falta de comunicación, en realidad se trata del espacio en el que este arte se expresa con mayor claridad, siendo un silencio firme y respetuoso en el que cada miembro se conecta con la realidad del otro a través de la comunicación no verbal. Esto es muy útil para poder minimizar los errores y maximizar a su vez la seguridad de esa persona en una situación vulnerable.

Este silencio del quirófano refiere más que lejanía, respeto por el paciente que ha entregado durante el acto quirúrgico todo su ser y su dignidad (2). El trabajo armónico, sentido y absorto del equipo médico se refleja en el profesionalismo y en el cuidado contenido en la pasión con la que se realiza cada procedimiento. El quirófano es un espacio de respeto, donde contar aspectos de la vida cotidiana del equipo médico, sostener conversaciones banales e incluso tomar aspectos como chistes, traspasa la barrera del respeto y además de irrumpir en la concentración propia del evento quirúrgico, le resta importancia y genera irrespeto, deshumanizando al paciente.

Para que se pueda alcanzar esta armonía es indispensable que los cuidadores se mantengan actualizados con las avanzadas tecnologías y además sean capaces de reconocer que su propio equilibrio emocional y salud mental son, en última instancia, las herramientas más valiosas para mantener la precisión durante una crisis quirúrgica (2). En ese sentido, se demuestra la tesis de Watson, que refiere el autocuidado y el autoconocimiento como parte de los procesos de enfermería quirúrgica, en tanto el profesional de la salud debe blindar su propia seguridad desde la perspectiva emocional, para poder dar el soporte requerido por el paciente.

Dicho esto, la seguridad no se trata simplemente de un evento estático que se limita a la adecuada ejecución de normas o la correcta completación de un formulario, sino que implica un proceso de mayor sensibilidad que con cada latido y cada respiro de quienes confían su integridad a la enfermería se renueva el recordatorio de que, la excelencia técnica halla su verdadero valor cuando es combinada con un auténtico compromiso ético acompañado de pasión y compasión humana.

En este sentido, el quirófano casi obligatoriamente deja ser un laboratorio con una lista de procedimientos y se convierte en un santuario de integridad, donde la enfermera es la principal garante de que la tecnología seguirá siendo un puente hacia la vida. Además del seguimiento constante, el arte de la enfermería también incluye una presencia espiritual para ayudar a los pacientes cuando su conciencia está suspendida por la anestesia.

Convirtiéndose esta supervisión en la integración de un acto de amor profesional, la enfermera garantiza el regreso del paciente a su entorno social asegurándose de que la atención dada no deja cicatrices invisibles de abandono y frialdad. Desde la lámpara de Nightingale (6) hasta los sistemas robóticos modernos, se puede percibir el enfoque de que la atención debe estar siempre en el individuo, un ser humano al que debemos proteger con cuidados que asemejan al que tenemos al contar el material en blanco antes de cerrar una incisión.

EL PACIENTE Y EL PERSONAL
DE SALUD: CENTRO DE LA
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA



IV

CAPITULO IV.

EL PACIENTE Y EL PERSONAL DE SALUD: CENTRO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Katherine Lisseth Lascano Pérez, Laddy Carolina Pillco Vargas, Mery Jessenia Jima Urgiles,
Ana Lucia Suconota Pintado, Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca,
Kary Patricia Cabrera Sosoranga, Linda Yovana Salvatierra Ávila, Joselin Samira Tapia Aguilar,
Celia Alexandra Fernández Romero y Adriana Elizabeth Ramón Merchán.

Normalmente se suele percibir al entorno quirúrgico como un lugar bastante frío, el metal, los equipos y la deshumanización de los mismos profesionales de la salud en el lugar lo convierte en uno de los espacios más complejos hechos por el ser humano, y es que este fenómeno no ocurre solamente por la avanzada tecnología que poseen los equipos presentes, sino por el hecho de que en ese lugar, las personas entregan la responsabilidad de su vida a otros, convirtiendo esto en una situación de profunda vulnerabilidad para los pacientes que en muchas ocasiones es dejada en segundo plano, pero que requiere un manejo extremadamente delicado por parte del personal de enfermería.

Es debido a este fenómeno que, como ya se ha dicho en capítulos anteriores, la enfermería debe tener cuidado de estar siempre bien equilibrada entre dos factores críticos, los conocimientos y la precisión técnica al momento de la ejecución de cualquier procedimiento, y la libertad de actuar en función al entorno o situaciones que puedan presentarse.

Es en este segundo factor donde la enfermería emerge como un arte y una ciencia, con el propósito no solo de cuidar el cuerpo, sino también de preservar la dignidad del ser humano en los momentos críticos de su vida (2).

Los avances tecnológicos en el entorno quirúrgico han salvado innumerables vidas y sus aportes son irrefutables, las operaciones y procedimientos médicos que se llevan a cabo hoy en día y eran impensables hace menos de un siglo, son en gran medida gracias a los nuevos equipos e instrumentos.

Sin embargo, el manejo o implementación de estos ha sido muchas veces unidimensional y ha estado en constante tensión con la humanización del individuo, relegando la presencia

de las personas a un segundo plano, lo que ha dotado a estos ambientes de una especie de frialdad involuntaria pero indiscutible.

Es por esto que, el personal de enfermería ha surgido como el responsable de que la humanidad no se diluya entre toda la aparatosidad técnica y que el paciente no se sienta abrumado por el ambiente en el que se encuentra, por lo que se requiere un control preciso, como si se tratara de una complicada danza, entre el conocimiento técnico y la empatía hacia los pacientes como seres humanos integrales.

El enfoque que se ha establecido en lo referente al cuidado del cuerpo tras la revolución industrial ha sido uno en el que el cuerpo humano, más allá de verse como un organismo vivo, se ve como una especie de reloj que puede ser reparado, solo con el hecho de corregir el funcionamiento de una pieza que no esté haciendo su trabajo adecuadamente, lo que muchas veces ha provocado que el paciente llegue a perder su identidad y pase a ser un simple sujeto etiquetado en función de su patología.

La deshumanización impuesta sobre los pacientes es pues, una de las consecuencias directas de la aplicación del método científico en la enfermería quirúrgica, la fragmentación del individuo y la observación desde la perspectiva histórica ha llevado a la pérdida de conexión entre el equipo médico, el personal de enfermería y el paciente (11). Adicionalmente esta fragmentación afecta el desempeño del equipo médico en tanto la especialización del trabajo se extrema, perdiendo de vista que al igual que el paciente todos los que intervienen durante el proceso perioperatorio son seres humanos susceptibles de cometer equivocaciones técnicas, producto de la impericia, el cansancio o la falta de competencias (15).

Al respecto, la enfermera quirúrgica es el punto de soporte emocional del paciente y de todos los individuos presentes en el acto médico (2), su preparación debe ser estricta en cuanto al conocimiento científico, incorporando un sistema de formación de la empatía que le permita reconocer los riesgos presentes no desde la falla tecnológica sino, desde la condición humana. Entonces, en lugar de variar el centro del proceso perioperatorio de la enfermedad al paciente y viceversa, es crucial una comprensión que permita la dedicación al ser humano como sujeto principal de la acción quirúrgica, distinguiendo la función de cada uno, solo con el fin de brindar el apoyo requerido de acuerdo esta (2,6).

4.1 El Cuidado en la Enfermería: Técnica y Compasión por el Paciente Indispensables

Aunque la enfermería ha sido reconocida oficialmente como una disciplina que se rige por el conocimiento científico y cuyas técnicas van cambiando a medida que nuevos avances en el área de la salud van surgiendo constantemente, la raíz de la profesión, la compasión, se ha mantenido desde sus inicios con Florence Nightingale, incluso podría decirse que ha tenido que fortalecerse debido al nuevo panorama al que ha debido enfrentarse.

Más allá del miedo que puede sentir el paciente hacia ser intervenido quirúrgicamente, independientemente de la razón del procedimiento, uno de los aspectos psicológicos que tienen mayor impacto sobre este al momento de entrar en un entorno quirúrgico es la entrega de su vida a otras personas, perdiendo por completo su autonomía, lo que hace que el paciente no solo tema por el resultado final del procedimiento, sino también por el estar a la merced del equipo médico.

Otro aspecto que ahonda en esta crisis es la pérdida de identidad que ha sufrido previamente el sujeto, donde lo han despojado de su historia y lo han dejado como un simple conjunto de síntomas para poder clasificarlo médicamente e introducirlo en la clínica histórica. Esta pérdida de identidad no es únicamente por la transformación de su nombre en un caso clínico, sino porque al estar inconsciente pierde parte de su historia, la cicatriz y el contacto con la enfermera, es la única señal de lo que ha sucedido durante el tiempo que permaneció en el quirófano (3).

La incertidumbre y la sensación de pérdida profunda, basada en la desaparición absoluta de la consciencia y de la memoria, produce una delgada línea sobre la cual la enfermera quirúrgica debe transitar para hacer retomar la confianza tanto en el procedimiento como en el equipo médico e incluso en su propia persona (2,11). El retorno a la humanidad del paciente, es la visión que debe preservar la enfermera quirúrgica, desde el ámbito técnico, con fundamentos científicos, pero con la mirada humana hacia el paciente.

Este proceso es una consecuencia de la cultura cartesiana y newtoniana que se ha adoptado, la cual busca fragmentar el cuerpo para estudiarlo en función a un conjunto de leyes, sin tomar en cuenta la consciencia o la psiquis del ser humano.

Aunque permitan garantizar la asepsia al momento de una intervención en un entorno quirúrgico, los procedimientos formales y la indumentaria obligatoria del personal de la salud como lo son el uniforme, el gorro, y también el tapabocas, disminuyen la posibilidad de que se establezcan expresiones que fomenten la confianza mutua entre los profesionales y el paciente, un factor que termina por establecer en muchos casos, una deshumanización del paciente, quien no puede ir más allá de la etiqueta externa que se le ha impuesto, una etiqueta que no tiene más información que el procedimiento a realizar.

De esta manera, más allá de verlo como una persona, el personal termina por transformarlo en una cifra de éxito o de fracaso, una consecuencia del entorno actual que premia la operatividad y la eficiencia de la medicina, por encima del cuidado humano integral para los pacientes que van de la mano con la sanación completa de un proceso quirúrgico.

Con el paso del tiempo, los hospitales han estado oscilando entre centros de curación técnica y espacios de cuidado, lo que ha hecho necesario que la enfermería se defina como el principal responsable de la atención al enfermo y poder mejorar las condiciones psicológicas de los pacientes y tratar de revertir esta despersonalización.

Sin embargo, para que esto se pueda resolver de forma definitiva, hay que fomentar que la enfermería quirúrgica adopte el conocer filosófico, para que se analice al individuo y su interacción con el entorno, con el propósito de reconocer las necesidades, preocupaciones del paciente y poder tomar las decisiones adecuadas en consecuencia. Mantener al paciente en el anonimato por transformarlo en un objeto, hace que la colección de síntomas sea preminente y pierda de vista elementos que en ocasiones pueden ser determinantes para la curación (11). Incluso, la valoración del entorno es vital para determinar un plan de cuidados útil durante el proceso postoperatorio.

El punto en donde el paciente empieza a recuperar su dignidad es cuando el enfermero es capaz de utilizar pequeños gestos que rompen con lo que está establecido como el entorno biomédico de un entorno quirúrgico lleno de formalidad, tecnología y estandarizaciones (14). Estos pequeños gestos son sutiles pero poderosos, un tono de voz más suave o empático, contacto visual directo y seguro, y el tacto cercano también ayuda a crear una atmósfera de seguridad para el paciente.

Mecanismos de expresión no verbal como estos, permiten que el paciente pueda volver a percibirse como un todo, y no solamente como un conjunto de partes que deben ser reparadas a través de un procedimiento quirúrgico. Un trato más humano a través del personal de enfermería es más que un consuelo, es uno de los pilares para que el paciente pueda hacerse cargo de su propio proceso de recuperación sin sentirse como un objeto más.

No obstante, el avance acelerado de las tecnologías y el foco exagerado en la función de los equipos tecnológicos tiende a profundizar la pérdida de identidad de los pacientes, haciendo que el conjunto de datos cobre una importancia superior a la emocionalidad de quien genera esos datos (11). Desde esa perspectiva, el equipo médico pierde el contacto con el paciente en la medida que lleva la mirada hacia los datos y los equipos, no obstante, esta observación como expresión del cuidado puede llegar a ser un pilar para la construcción de una identidad del individuo dentro y fuera del quirófano (3).

A través de su teoría, Locsin sostiene que el hecho de que se tenga hoy en día un nivel tecnológico y de conocimientos tan avanzados en lo referente a la medicina, es en sí mismo una forma de cuidar a los pacientes, que, a lo largo de los años, en muchas ocasiones han sido salvados gracias a estos avances, por lo que no hay que ver la operación de estos instrumentos como un acto frío, sino como otra forma de preocupación.

A través de instrumentos como el monitor de signos vitales, o una torre de laparoscopia, el enfermero puede conocer al paciente en casos donde este no pueda o no sepa expresarse de forma adecuada para asegurar su propio cuidado. Los datos emitidos son más que signos fisiológicos específicos, son la reacción del cuerpo que se expresa por todos los medios, al tener silenciada la voz (3). La tecnología, la enfermera y el paciente, se hacen uno solo, el paciente extiende sus sentidos a la máquina y la enfermera tiende su observación amable y su mano cariñosa a través de esta para comprender la simbología potente de esta nueva comunicación (16).

La práctica de enfermería en servicios de alta tecnología no debe ser vista como una deshumanización, sino como un desafío para integrar la sofisticación técnica con la sensibilidad humana que garantiza la seguridad del paciente (3). De esta manera, se describe el avance tecnológico como un fenómeno que tiene que ir de la mano con la implementación de nuevos protocolos o técnicas que le permitan al paciente sentirse seguro en un entorno quirúrgico.

4.2 La Humanización del Paciente en el Bloque Quirúrgico:

Los Procedimientos Operatorios con el Paciente como un Ser Humano

El primer contacto antes del procedimiento quirúrgico es de suma importancia, este suele darse en el área de recepción o preanestesia y es uno de los momentos en donde la enfermería tiene la responsabilidad de ver más allá del expediente y velar por la comodidad psicológica del paciente, pues en este punto, experimenta lo que se denomina “ansiedad prequirúrgica”, un estado emocional que ha sido históricamente ignorado para poder enfocarse en el modelo centrado en la patología (12).

Los protocolos preoperatorios exigen que se verifique si el paciente cumple con ciertos requerimientos técnicos, como el ayuno, el consentimiento para realizar la operación y si este posee alguna alergia que pudiera complicar el procedimiento. Estos datos normalmente son recolectados a través de una entrevista, la cual debe realizarse en un espacio diseñado para validar el miedo que este puede sentir por el procedimiento, dándole el reconocimiento al paciente de que se enfrenta a una situación desconocida.

La entrevista preoperatoria no debe ser considerada como una simple formalidad para recolectar información del paciente (11), en esta etapa el enfermero debe también explorar el estado emocional del individuo, escuchando activamente las preocupaciones del paciente sobre la anestesia o el resultado del procedimiento, esto permitirá establecer una relación de cuidado donde el profesional de enfermería reconoce y valida al paciente como un individuo, y tendrá un efecto terapéutico en la persona al reducir su ansiedad sin la necesidad de utilizar ningún fármaco ansiolítico.

El momento preoperatorio en el paciente que asiste a una cirugía programada, contiene en sí mismo una verificación de la confianza, el paciente declara que conoce al médico principal, ya ha conocido a una parte del personal de enfermería y conoce con algún nivel de detalle el procedimiento al que será sometido (11), por consiguiente, posee una expectativa en cuanto al resultado que se obtendrá de la resolución quirúrgica. En este caso, la enfermera quirúrgica viene a sentar bases más fuertes de esa confianza ya construida y a calmar cualquier expectativa de angustia o dolor que pueda afectar al paciente durante esta etapa (2).

Al contrario, en los procesos quirúrgicos de urgencia, la velocidad de los procesos hace que la enfermera quirúrgica deba emplear estrategias diferentes para infundir tranquilidad, la suavidad

de la voz o la mirada amable y compasiva son las herramientas más cercanas para generar confianza en un paciente que muchas veces ingresa en estado de inconsciencia, contando solo con la información técnica que puede brindar la familia (22).

En caso de que la escucha activa no sea suficiente, la enfermería quirúrgica puede recurrir a otros métodos de intervención sin necesidad de administrar fármacos, como, por ejemplo, compartir información precisa con el paciente de cuáles serán sus sensaciones al momento de ingresar al quirófano y que es lo que pasará cuando empiece el procedimiento, siempre de manera empática, le dará una sensación de control cognitivo al paciente, aumentando su sensación de seguridad y disminuyendo su ansiedad.

Cuando finalmente el paciente es ingresado al entorno quirúrgico y puesto sobre la mesa de operaciones, es cuando ocurre el proceso máximo de deshumanización, pues una vez que se inicia el proceso de inducirlo en la anestesia general, pierda toda capacidad de defenderse al igual que su poder para comunicarse (11).

Es aquí cuando el personal de enfermería debe asumir un rol parecido al de un abogado para el paciente, velando siempre que su dignidad no sea vulnerada y que este no se convierta en un simple objeto de estudio o de reparación mecánica. Procurar que el paciente no quede desprovisto de humanidad es un acto casi heroico de la enfermería quirúrgica, pues la pérdida de consciencia, memoria y autonomía por parte del paciente es absoluta (2). De forma que la enfermera es la única que puede visualizar cada evento dentro del acto quirúrgico, asociado con cada impulso enviado a la máquina.

Durante el acto quirúrgico, el paciente se encuentra en un estado de vacío existencial, dónde su único vínculo con la realidad es la conexión con la tecnología y la observación de la enfermera junto con el equipo médico que se encuentra presente. De forma que esta presencia debe ser más que física absoluta (2). Transmitir el protagonismo de la enfermedad al protagonismo de la empatía y la compasión como signos de humanidad.

Uno de los puntos más importantes en el manejo del paciente en el entorno quirúrgico es la protección de su intimidad y el manejo de su cuerpo desnudo bajo la luz del quirófano, el enfermero debe ser implacable cuando se trata de esto, debe asegurarse de que las partes que no vayan a ser intervenidas quirúrgicamente sean cubiertas para preservar su pudor, aunque el paciente se encuentre en un estado de inconsciencia (11).

Una vez que el paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia, en la posición adecuada y cubierto de manera efectiva para la realización del procedimiento, entra en juego la teoría de Locsin, que como ya se explicó anteriormente, señala el uso adecuado de la tecnología del quirófano como una forma de cuidado para prevenir lesiones y también para que la enfermera pueda leer las señales que da el cuerpo del paciente aunque este no se encuentre en la capacidad para comunicarse.

Otro de los puntos críticos en la vulnerabilidad del paciente es el momento en el que se encuentra finalmente despertando del procedimiento quirúrgico y empieza a recuperarse del estado de inconsciencia inducido por la anestesia.

En este punto, el paciente empieza a recuperar sus funciones fisiológicas, además de que se encuentra en la necesidad de reconstruir su propia identidad que había sido suspendida de forma temporal debido a los efectos de anestesia (11).

Una vez que pasan los efectos del sedante, el cerebro del paciente podría interpretar los sonidos metálicos y las alarmas de los monitores de la unidad en la que se encuentre tras la operación como hostiles, en este momento la intervención de la enfermería es crucial pues se convierte en la primera ancla de realidad del paciente tras el procedimiento.

Según la teoría del cuidado humano (2), aquí el personal de enfermería debe tener sumo cuidado con el uso de la voz, llamando al paciente por su nombre de pila, de forma clara y pausada, en ocasiones incluso antes de que el paciente tenga la posibilidad de abrir los ojos. Este primer contacto con la realidad se encuentra nuevamente plagado de incertidumbre, el paciente tiene consciencia hasta el momento de la anestesia, y ahora el frío extremo en cada parte del cuerpo, el dolor físico y la percepción de la incisión recién cerrada o la sonda recién puesta quedan como un hecho aislado de renacimiento o de reconstrucción de su historia (11).

Este procedimiento de enfermería tiene la capacidad de reducir la posibilidad de que el paciente sufra delirio postoperatorio y agitación psicomotriz, siendo más eficaz que la contención física y remarcando la importancia de la presencia auténtica del personal de enfermería en cada una de las etapas de sanación para los pacientes.

Aunque el sonido de una voz tranquilizadora puede ser beneficiosos, si el paciente se encuentra en un estado de seminconsciencia este puede no ser suficiente para bridar el contacto hu-

mano que necesita el paciente, por lo que en esos casos el tacto a través de una mano firme pero suave en el hombro o en el antebrazo, se utiliza para comunicar seguridad y compañía.

La sensación de agresión es inevitable, y la compañía de la enfermera desde una óptica humana es la base real de la recuperación del paciente (2). Allí, entra de nuevo la importancia del silencio como expresión de la presencia auténtica del personal. Al despertar entre los sonidos de monitores, con una bata quirúrgica, envuelto entre sábanas o colchas térmicas, en un estado de desorientación, el paciente entra en un estado de abandono y desamparo, cuando lo primero que escucha es el coqueteo con el camillero o los planes del fin de semana de los desconocidos que además susurran: “ya despertó” o “¿Te lo llevas?”

Al contrario, cuando la enfermera se dedica al cuidado humano, el despertar se suaviza con el simple contacto genuino a través de la mirada vigilante que indica que todo salió bien y que cambia las afirmaciones y anécdotas por la preocupación sobre el frío del paciente o el retorno completo a la consciencia (2,11,21).

Es este contacto humano el que diferencia al enfermero que solo vigila máquinas de aquel que realmente cuida a las personas (3), pues la tecnología de monitorización da información sobre los aspectos cuantitativos del proceso de recuperación, pero solo el tacto de enfermería puede ser capaz de percibir la frialdad o el temblor que pueden manifestar los pacientes cuando finalmente despiertan.

La gestión del dolor tras el procedimiento quirúrgico es fundamental, especialmente si se hace de forma ética y humanizada, pues este síntoma no es solo una respuesta física, es una experiencia que puede llegar a deshumanizar al paciente si no se atiende de inmediato. El personal de enfermería no debe tener la creencia de que el dolor tras una cirugía es algo normal y restarle importancia al paciente si dice que tiene dolor, pues si este lo dice es porque existe (2), la administración de analgésico debe ser un proceso proactivo y no solamente reactivo, y se debe procurar que se mantenga la precisión farmacológica, al mismo tiempo que se garantiza el confort físico del paciente, en términos de posicionamiento y calor terapéutico.

Una vez que el paciente se encuentra despierto y ha recuperado su consciencia, se da cuenta de su estado de desnudez y vulnerabilidad, por lo que la enfermera debe actuar y cubrir al paciente, asegurarse de que la bata este cerrada y retirar todos los dispositivos conectados al

sujeto que no sean necesarios para el resto del proceso, ya que estos imprimen la imagen de un cuerpo debilitado y enfermo que no puede valerse por sí mismo (11).

En el momento en el que el paciente está recuperando su autonomía, también es un proceso en el que su dignidad como persona debe volver a reconstruirse, para dejar de verse a su mismo como un objeto de estudio clínico o una máquina que necesite ser reparada, todo esto hace que el cuidado de la imagen de la persona sea indispensable en el proceso posterior a la intervención quirúrgica (11).

La comunicación del resultado del procedimiento es otra fuente de ansiedad muy grande para los pacientes que se encuentran saliendo de la inconsciencia, en este punto debe realizarse una intervención de enfermería clave, e informar de forma breve y clara al paciente que el procedimiento ha terminado y que está reposando en un lugar seguro, información que aunque pueda parecer irrelevante, es un bálsamo para la persona y ayuda a estabilizar sus signos vitales, sin importar el hecho de que también debe ser confirmado más tarde por el cirujano (8,11).

Esto no solo ayuda al paciente a tener un panorama completo de su situación y a ganar consciencia sobre sí mismo, sino que el gesto de que se dirijan a él y se le muestre la consideración de brindarle información, aumenta la cercanía y la confianza con el personal médico, disminuyendo su ansiedad.

4.3 La Atención Integral: El Cuidado del Paciente a través de la Familia.

A pesar de que la intervención quirúrgica se le realiza a un paciente, no sería correcto decir que el proceso de cuidado y sanación del que está a cargo el personal de salud y enfermería es el de solamente una persona, pues en el entorno quirúrgico, las intervenciones de enfermería deben realizarse de tal manera que rompan con el statu quo establecido del modelo biomédico fragmentado (12), incluyendo de esta manera a la familia en la visión del cuidado y apoyo, puesto que el paciente no es una sola entidad aislada del mundo, es un ser humano cuyo bienestar deben en gran medida de su estabilidad emocional, su estado físico, además del apoyo y afecto que sus relaciones interpersonales puedan ofrecerle en momentos de vulnerabilidad.

La angustia que puede cargar el paciente consigo a la intervención quirúrgica se refleja, incluso a veces de forma aumentada, en aquellos familiares que se encuentran en la sala de espera

por noticias, se entiendo desde el “conocer filosófico” (11), que en estos casos la familia es víctima de lo que se llama “vulnerabilidad extendida”, ya que al momento en el que el paciente pierde su voz y su capacidad de reaccionar, la familia pasa a ser su representante, tanto a nivel físico como emocional.

En este punto la enfermería quirúrgica debe estar sumamente alerta, puesto que la desinformación es uno de los mayores factores de deshumanización que hay, el enfermero debe encargarse de gestionar todos los protocolos de información en forma constante para que todo aquel que deba estar informado sobre la condición de un paciente, se encuentre al tanto con las noticias más recientes.

Al momento de informar, no se debe hacer solamente al momento de comunicar el éxito de la cirugía, sino también hay que validar la incertidumbre que se genera en el seno familiar cuando un ser querido está pasando por un procedimiento quirúrgico, según Watson, el cuidado transpersonal implica una conexión de alma a alma (2).

Un informe de enfermería debe ser breve, con el objetivo de comunicar lo que haya que comunicar, pero empático para que la familia no tenga que cargar con una angustia extra durante el procedimiento, lo que puede llegar a reducir de forma drástica los niveles de cortisol en los familiares, y a su vez, esto hará que el paciente al despertar se encuentre con un ambiente positivo que ayudará en su recuperación.

Sin embargo, en el momento que hay que comunicar complicaciones intraoperatorias y no éxitos en el procedimiento, es cuando la labor de enfermería se enfrenta con un obstáculo mayor, pues en estas situaciones se debe tratar de encontrar un equilibrio entre la frialdad con la que hay que exponer los datos médicos, y la necesidad urgente de los familiares de consuelo, por lo que la herramienta principal será la comunicación no verbal, que deberá contar con un contacto visual firme, una postura abierta, y el uso de un tono de voz calmado (14), con el objetivo de transmitir la mayor sensación de tranquilidad posible en ese momento.

Es importante que el personal de enfermería con el que se cuente esté capacitado en el manejo de los silencios terapéuticos, pues en momentos de alta tensión, la primera intervención del personal de enfermería no es siempre las palabras, sino la presencia, el silencio terapéutico es una herramienta que le permite a los familiares procesar la noticia difícil sin ponerles la carga de tener que reaccionar de forma inmediata, por eso la enfermera debe estar presente,

manteniendo una postura abierta y también debe estar dispuesta a escuchar y validar el dolor de los familiares, o incluso las confusiones que puedan surgir sin minimizar la situación (2).

El uso de un lenguaje demasiado técnico en momentos de crisis es otro de los factores de deshumanización que se pueden ver en un entorno quirúrgico (11), cuando el personal de enfermería usa términos médicos que los familiares no pueden llegar a comprender de forma clara, solo aumentará la sensación de incertidumbre, desamparo y exclusión, puesto que no pueden acompañar físicamente al paciente durante su procedimiento.

El personal de enfermería debe asegurarse de cumplir la función de traducir la situación clínica que está enfrentando el paciente a un lenguaje humano y comprensible, para que la familia pueda entender con toda la precisión necesaria, cual es la situación que está atravesando el paciente (12). De esta manera, la familia es capaz de recuperar la sensación de control sobre la situación.

Es importante que el personal de enfermería potencie canales de comunicación al entablar comunicación con los familiares del paciente como el contacto visual sostenido, un tono de voz modulado y suave, ya que la indumentaria quirúrgica oculta las expresiones faciales del personal.

4.3.1 Los microgestos de la enfermería quirúrgica, el apoyo al paciente, los familiares y el equipo médico

Así como hay expresiones específicas para atender al paciente y a sus familiares durante el acto quirúrgico, existen otros gestos a veces invisibles que conllevan a la tranquilidad y la confianza (2). Cada proceso operatorio es diferente, aun cuando se trate de la extirpación de un mismo órgano en dos pacientes del mismo género, raza, edad y condición social, ambos tendrán historias de vida diferentes y por lo tanto expectativas y visiones distintas en cuanto al procedimiento. Por consiguiente, el papel del cuidado por parte de la enfermera quirúrgica se unifica en la humanización, pero se diferencia en la comprensión de esta dimensión en cada uno de los pacientes.

De esa forma, la enfermera quirúrgica emplea gestos y micro gestos para comunicar tranquilidad e inculcar la paz entre todos los que participan en el acto quirúrgico. Estos micro gestos van desde la invitación al acompañamiento familiar durante la colocación de las vías parenteral es, hasta la indicación de ubicación para el familiar que busca algún refrigerio (21).

Ofrecimientos sencillos como un café o una palabra educada, como el sentido “buenos días”, son parte de lo que la enfermera quirúrgica hace para contrarrestar el frío del quirófano en la sala de espera como un espacio quirúrgico por extensión, dónde la familia aguarda para recuperar la humanidad de su ser querido (11).

Gestos sutiles como ofrecer un espacio privado para hablar, o incluso ofrecer un vaso de agua, pueden hacer una gran diferencia pues buscan transmitir que, a pesar de los problemas y adversidades, el paciente y su familia siguen siguiendo la principal preocupación del personal quirúrgico, rescatando en gran medida la dignidad del individuo en crisis.

4.3.2 El manejo del duelo, la humanización de la pérdida de la vida

En los casos más extremos, donde el resultado de la intervención quirúrgica es el fallecimiento del paciente, o donde este quedará con una secuela permanente, la enfermería quirúrgica debe ser la encargada de guiar a los familiares y al paciente dado el caso, en el proceso de despedida o aceptación inicial.

Para esto es necesario que se procure un encuentro entre paciente y familiares, para que estos lo puedan ver, pero siguiendo estrictos parámetros de pulcritud y respeto, tratando de ocultar en la medida de lo posible todo el equipo técnico que no sea estrictamente necesario, en un intento por lograr que el último recuerdo o el primer contacto tras el problema, no se sienta como un humano-máquina, sino algo totalmente orgánico.

Esta es una de las labores más difíciles en el ámbito de la enfermería y reafirma su posición como una pieza clave, y una disciplina científica que es capaz de sostener a familias enteras en momentos de crisis donde la tecnología no es suficiente para poder superar una situación. En muchos casos, las noticias de pérdida son entregadas por el propio médico coordinador del evento quirúrgico, con lo cual la enfermera queda con la labor del consuelo en el pasillo y la guía para nuevos procedimientos de reconocimiento y retiro del cuerpo en un momento en el que el duelo es el nuevo sentimiento prevaleciente.

En estas circunstancias, la enfermera quirúrgica es una guía para la familia y al mismo tiempo una contención para las familias del resto de los pacientes que están a la espera de una resolución en el quirófano (14). Ante el fallo de un procedimiento, el cuidado ahora es extendido a todos los pacientes, quienes nuevamente retoman niveles de ansiedad, al considerar que el

suceso adverso del paciente fallecido pueda afectarles de igual forma, los gestos diferenciados alrededor de la familia en duelo, establecidos por la enfermera quirúrgica pueden significar el alivio tanto para estos como para el resto de los pacientes.

El reto para enfermera quirúrgica, en los casos de pérdida de los pacientes durante la fase quirúrgica va más allá de la atención a la familia, a quien corresponde ahora recuperar la identidad de un individuo sin vida, pues el equipo médico en tanto es humano también sufre el duelo en estas circunstancias (19). Mientras que para la familia significa el duelo por afecto y amor hacia su ser querido, el personal del equipo médico sufre por el sentimiento de haber hecho daño, aun cuando han actuado bajo los principios de no maleficencia, la falla “técnica” que conduce al colapso físico del paciente es percibida como evitable por parte del equipo médico (3).

El equipo médico, aunque no busca palabras de consuelo para calmar el hecho de no volver a ver a su paciente, si aspira alcanzar la paz y la comprensión del suceso para poder retornar al entorno quirúrgico y brindar confianza a los pacientes que se entregan en todas las dimensiones al conocimiento y las capacidades técnicas y humanas de estos profesionales (2,11). Es allí, donde la enfermera quirúrgica asume el rol de equilibrar, es quien verifica de acuerdo con los protocolos, las posibles fallas en que se han incurrido, informando, pero también aplicando los correctivos de acuerdo con el nivel de actuación correspondiente.

En el momento postquirúrgico de mediano plazo, la muerte del paciente tiene una connotación diferente, ya que el procedimiento ha sido finalizado aparentemente con éxito, el paciente ya se encuentra consciente y ha asumido nuevamente su identidad, por lo que las motivaciones de la pérdida de la vida suelen ser remitidas a dimensiones no físicas y explicaciones de orden espiritual, por cuanto el personal médico ha hecho la declaración y ha ejecutado la acción quirúrgica con todo el gesto de humanidad.

Ante estas situaciones extremas, el cuidado humanizado basado en la intersubjetividad (2) pasa a ser un acto científico, en el que cada gesto y microgesto expresado por la enfermera quirúrgica debe resultar en la recuperación de la confianza por parte del equipo que participa en el proceso perioperatorio y en el adecuado manejo del dolor por parte de los familiares, que ahora son un factor de distracción y de endurecimiento del espacio intrahospitalario.

4.4 El Espacio Físico como un Ente Vivo: El Entorno Quirúrgico.

Así como el paciente y su identidad se extiende a su familia y a las máquinas que sustentan su vida durante el proceso perioperatorio, el espacio quirúrgico no se remite de manera exclusiva al quirófano (11), la sala de espera, la sala de recuperación, la habitación donde el paciente se encuentra previo y posterior a la cirugía, e incluso la sala de médicos y enfermeras son parte del entorno quirúrgico. Cada uno de estos ambientes se interconectan y se hacen vivos para el paciente cuando transita o permanece en ellos.

La vida no proviene de sus paredes o su equipamiento, sino que le pertenece al personal que se encuentra en ellos, que humaniza con sus respuestas y que le brinda al paciente la seguridad de que esta interconexión influye en que su proceso quirúrgico finalice con éxito (11).

No se debe considerar al entorno quirúrgico como un simple espacio en el que se coloca la tecnología necesaria para poder llevar a cabo los tratamientos del paciente, sino que debe tomarse en cuenta el hecho de que es un agente activo el cual tiene mucho peso sobre la recuperación del paciente.

Usualmente el quirófano es percibido como un espacio frío, aunque esto es de carácter involuntario pues se debe sobre todo a la predominancia de los instrumentos y equipos metálicos y los protocolos requeridos para llevar a cabo los procedimientos, sin embargo, la enfermería quirúrgica tiene el deber y la capacidad de transformar este ambiente en una zona de confort para el paciente mediante el “conocer filosófico” (11), con el propósito de disminuir el impacto que tiene la tecnología en la psicología de las personas.

De esta manera, se puede afirmar que la curación de un individuo es inherente a la interacción de este con su entorno y alrededores, lo que lleva la visión del cuerpo como un simple mecanismo, más allá, pues al humanizar el espacio, se evita que el paciente pierda su sentido de identidad para no ser más que un sujeto identificado solamente por su patología (12).

El ruido constante que se genera por los monitores y las conversaciones de otras personas que se encuentren cerca de la unidad quirúrgica son elevadores de los niveles de cortisol y estrés en el paciente, por lo que es imperativo que el personal de enfermería intervenga y aplique una gestión del silencio terapéutico, especialmente al momento de ser inducido en la anestesia y al despertar de sus efectos (13). Es en la sala de recuperación donde el paciente no solo despierta, sino que es donde retorna a su consciencia y reconoce nuevamente su identidad,

por lo que ese espacio quirúrgico no se remite exclusivamente al quirófano y se expande hasta todo el centro de salud.

4.4.1 El silencio terapéutico, extendido a todo el espacio quirúrgico

La comprensión del silencio como parte del proceso de preparación durante todo el proceso preoperatorio es una de las competencias que debe alcanzar la enfermera quirúrgica, entendiendo el silencio como ausencia de comunicación verbal, en los momentos en los que la tensión y el ruido de los aparatos se hacen más arrolladora para el paciente y para el equipo médico.

Este silencio actúa de tal manera en el paciente que se vuelve una herramienta que le permite procesar situaciones de alta tensión con la máxima concentración posible, aumentando la sensación de control y haciéndolo entrar en un estado donde es plenamente consciente de sí mismo.

Y al igual que el ruido, la iluminación en el entorno quirúrgico es de suma importancia, el uso de las luces tenues en áreas de recepción y recuperación es una práctica orientada a la recuperación de los pacientes, evitando la agitación psicomotriz que produce en el cuerpo humano estar en un ambiente donde los focos de luz son muy potentes y el estímulo visual es alto.

Esto cobra aún mayor relevancia puesto que la anestesia puede provocar que el cerebro interprete ciertos estímulos auditivos y por supuesto, visuales, como hostiles o agresivos, momento en donde la enfermera debe actuar como un conciliador con la realidad que ve en esos momentos el paciente para reducir los riesgos de delirio postoperatorio. Durante todo el proceso quirúrgico, el paciente se encuentra expuesto, aunque inconsciente, a todos los sonidos de los equipos tecnológicos, de manera que son guardados en el subconsciente hasta el momento del despertar, cuando, si estos continúan su ritmo, pueden ser asumidos como un riesgo latente dentro de lo desconocido.

Cuando el paciente se encuentra todavía en medio de los efectos de la anestesia, el despertar es un evento borroso, durante el cual el cerebro busca ubicarse física y emocionalmente (11). El paciente procura recordar dónde ha estado y qué ha ocurrido durante los últimos minutos y por qué se encuentra en primera instancia rodeado de todos esos sonidos.

4.4.2 Del frío del quirófano a la interpretación de la intersubjetividad creada con cada paciente

Otro aspecto fundamental en un quirófano es la sensación térmica que se produce, un factor de despersonalización que solo acentúa la vulnerabilidad del paciente (12). La enfermería quirúrgica debe intervenir para prevenir la hipotermia mediante mantas térmicas o incluso el ajuste de la temperatura ambiental, en claro ejemplo de cómo se integran en uno, tanto la competencia tecnológica como la sensibilidad humana (3).

Aunque con el paso del tiempo se ha buscado la universalización de la atención (8), verdaderamente se conseguirá la humanización en el entorno quirúrgico cuando el personal de enfermería de un paso más allá y analice a los individuos en constante interacción con su entorno cultural y social (11). Existen precisiones que permiten estandarizar procesos como la colocación de la manta térmica, pero cada paciente exige la mirada humanizada de la particularidad, pues cada despertar es diferente y está relacionado no solo con la vida del paciente, también con la tranquilidad, confianza y expectativas con las que este ha entrado al quirófano.

En este sentido, la preservación de la dignidad en los momentos de mayor vulnerabilidad también abarca el respeto por las creencias religiosas y los ritos específicos en momentos anteriores a la inducción por la anestesia, algo que no debe verse como un obstáculo para los procedimientos técnicos, sino como una forma de cuidado poderosa para establecer conexiones “alma a alma” (2).

La instauración de protocolos que permitan al paciente conservar objetos de valor espiritual o realizar breves ritos de transición siempre y cuando no se comprometan los principios de asepsia y seguridad (3), permite combatir la deshumanización de los pacientes. Ya que, al dar consentimiento a estas expresiones, la enfermería actúa como el puente que debe ser entre la tecnología y el paciente. El individuo participa de forma activa en el proceso perioperatorio, desde una perspectiva humana, no tecnificada sin interferir en la labor inminentemente técnica y científica.

Además, la comunicación efectiva cuando existen barreras lingüísticas, promueve la deshumanización, al aumentar el riesgo de que el paciente se sienta como un objeto sin voz, aún antes de pasar por la anestesia. El uso de herramientas de traducción técnica o mediación cultural, debería ser implementada para que el enfermero pueda asumir su rol de abogado de

forma efectiva (1). En ese sentido, la participación activa del paciente contiene en sí misma una dimensión de cuidado, en el que muchas veces es incorporado el equipo médico.

Entender que la comunicación no es sólo verbal (14) sino que también se sostiene en la humanidad, permite a la enfermera quirúrgica desarrollar formas de atención y cuidados basados en el individuo, sin dejar de lado el resguardo de la seguridad o las competencias efectivas para el manejo tecnológico imperante en el quirófano (3).

4.5 El Cuidado del Enfermero: La Salud Mental como Recurso Indispensable para el Trabajo.

La humanización en el área quirúrgica no puede ir enfocada solamente en el paciente y su atención, también debe cuidarse del lado del personal profesional que se encuentra brindando el servicio de cuidado a los demás (19), ya que el óptimo desempeño del personal de enfermería no podrá ser alcanzado si su salud mental y física no se encuentran en óptimas condiciones. Partiendo de la premisa de que no se puede entregar lo que no se tiene, el cuidado humanizado del equipo médico es indispensable para que pueda verse humanizado al paciente.

Esto establece que la salud mental del enfermero quirúrgico no es una cuestión personal, es un asunto profesional y será indispensable para que pueda ejercer su profesión debido a la naturaleza de la misma, donde las vidas de miles de personas dependen de sus cuidados y atenciones (2). Cargar con la responsabilidad de llevar confianza y tranquilidad a personas que se encuentran desvalidas, puede generar estrés por la realización de la labor, de forma que el autocuidado se conforma con un gesto de cuidado por extensión al paciente.

En caso de ver a la enfermería como un arte y una ciencia, con el propósito de preservar la humanidad (2), es necesario que el personal encargado mantenga su propia integridad biopsicosocial, con el propósito de evitar que el estrés del entorno al que están sometidos todos los días los conduzca a un estado de desensibilización.

Otro aspecto fundamental de la salud mental del personal de enfermería es que, si esta no se encuentra en un nivel óptimo, la conexión entre el cuidador y el paciente, ese intercambio “alma a alma” que se necesita para un adecuado cuidado, se romperá o de pleno no se creará, haciendo que el paciente esté a la merced de un ambiente deshumanizador y mecánico (2,11).

Se hace especial énfasis en la salud mental en el personal de enfermería debido a que se desempeñan en un ambiente donde la tecnología y la frialdad son los aspectos predominantes (2), lo que supone una carga psicológica constante, más aún si se consideran las situaciones de vida o muerte a las que se pueden llegar a enfrentar en centros de salud, causando así un agotamiento profesional y personal.

En ocasiones se pueden apreciar situaciones en las que hay una necesidad imperiosa de demostrar su propia capacidad tecnológica (3), un comportamiento contraproducente pues cuando la tecnología deja de ser una herramienta de cuidado más al servicio de los pacientes, y pasa a ser el centro del trabajo, entonces es cuando el enfermero está en verdadero riesgo de caer en la uniformidad estandarizada, que lo deshumaniza, quitándole su propia identidad en el proceso (12).

Una situación como esta no solamente afecta al bienestar personal y profesional del profesional, sino que altera la forma en que esa persona ve las cosas y toma decisiones ante su entorno (1). El personal de enfermería se encuentra expuesto a la preocupación por los demás, desde el paciente hasta los compañeros que se encuentran dentro del equipo, además deben ser acuciosos para llevar a cabo los procedimientos con pulcritud técnica. Considerando que también son seres humanos con vidas e historias fuera del entorno quirúrgico, estos pueden resultar con niveles de estrés y agotamiento que terminan por entorpecer su labor (19).

Un enfermero que está agotado mentalmente, es un enfermero que ha perdido la libertad de acción que es un requerimiento básico para poder discernir las necesidades sutiles de los pacientes y que no hace más que cumplir con los requerimientos que le piden las máquinas y los monitores (3), en esencia ha dejado de hacer una de las partes más importantes y significativas de su trabajo debido a la fatiga mental.

Es por esto por lo que el reconocimiento de la propia vulnerabilidad por parte del equipo profesional es uno de los requisitos indispensables para evitar la deshumanización propia que se describe en la cultura biomédica tradicional (11). Watson (2) lo plantea como uno de los factores de caritas, en los que enumera el autocuidado, ya que al cuidar de su propia humanidad puede comprender esta dimensión en el otro, no puede existir empatía si antes no existe amor propio.

La profesión de enfermería, como ya se ha dicho anteriormente, es una que se maneja entre dos vías, una es la del conocimiento técnico, necesario para el cumplimiento de su trabajo, y otra es la capacidad de decisión, necesaria para cubrir de forma adecuada y efectiva las necesidades de los pacientes a su cargo (1).

Por esto, el autocuidado debe ser considerado un medio para poder preservar la capacidad de decisión del personal de enfermería frente a la presión constante del sistema de salud en el que se encuentre ejerciendo (19). En el autocuidado se incluye la gestión de emociones y el manejo del estrés postraumático secundario, el cual es común luego de complicaciones quirúrgicas con trágicos desenlaces, ya que este les permite recuperar su rol como un agente activo en la curación de otra persona (11).

Si se desea que el cuidado sea auténticamente humanizado, entonces se debe empezar por garantizar el autocuidado del personal y la aplicación de los principios de la filosofía del cuidado (2), entre los cuales están la creación de espacios de descompresión emocional y el apoyo entre compañeros con el objetivo de aliviar la carga que está arraigada a los procedimientos quirúrgicos y a su profesión. Comprendiendo que esto abona a la seguridad e integridad del paciente, y que con ello no se pretende agredir la distribución de la carga laboral o la ejecución de tareas específicas por parte de cada miembro del equipo médico (15).

Factores que influyen de forma directa en la salud mental del personal de enfermería no son solo psicológicos, sino también físicos, pues ambos aspectos del cuerpo están conectados. El uso de calzados inadecuados y la sujeción prolongada de separadores pueden generar un agotamiento físico que consume la energía necesaria para llevar a cabo la comunicación terapéutica.

Un enfermero que padezca de un dolor lumbar, o una fatiga visual, muy difícilmente podrá mostrar la serenidad necesaria para afrontar todas las situaciones ya mencionadas en este capítulo, lo que a su vez derivaría en complicaciones o ambientes de recuperación inadecuados.

En el momento en el que el personal de enfermería toma la decisión de priorizar su salud mental, no está tomando una decisión egoísta, al contrario, está reafirmando que su labor no es solamente operar los equipos del entorno quirúrgico, sino que también es la de ser una persona que utiliza la tecnología para honrar y cuidar la vida de otras.

En una última instancia, es necesario señalar que el trabajo de un profesional de enfermería no se reduce solamente a cumplir una serie de protocolos y evaluar valores en las máquinas del lugar, y que el éxito de una intervención en un entorno quirúrgico no trata solamente sobre que no se presenten complicaciones fisiológicas, sino que también debe considerarse si se conservó o no la dignidad del paciente en su momento de mayor vulnerabilidad (2), al contrario de lo descrito por Foucault (11) en donde la mirada clínica tiene un peso mayor que el factor humano.

Al gestionar distintos aspectos de la estancia del paciente en todo el procedimiento quirúrgico como el silencio, la recolección de información, el habla, el tacto, la temperatura y el pudor, la enfermería quirúrgica cumple con su misión no solo como arte de las relaciones humanas, sino también como ciencia del cuidado (2). Para ello, el equilibrio psico-emocional es una de las piezas más importantes, porque es este el que permite la conexión real entre el personal de enfermería y el paciente, la ciencia del cuidado se fundamenta en el ser humano como unidad sistémica y compleja, por lo tanto, trata de comprender el sistema de interacciones entre la gran cantidad de seres que conforman el acto quirúrgico.

**BIOÉTICA Y DILEMAS
DE LA HUMANIZACIÓN DEL
CUIDADO DE ENFERMERÍA**



V

CAPÍTULO V.

BIOÉTICA Y DILEMAS DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Adriana Elizabeth Ramón Merchán, Katherine Lisseth Lascano Pérez,
Laddy Carolina Pillco Vargas, Mery Jessenia Jima Urgiles, Ana Lucia Suconota Pintado,
Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca, Kary Patricia Cabrera Sosoranga, Linda Yovana Salvatierra Ávila,
Joselin Samira Tapia Aguilar y Celia Alexandra Fernández Romero.

Como ya ha sido descrito anteriormente, el entorno quirúrgico por lo general es visto como una representación del avance tecnológico y la asepsia rigurosa, donde curiosamente, la condición humana se encuentra por lo general en su estado más frágil y desnudo. Y es que la condición de ser humano está intrínsecamente ligada a la fragilidad que todo ser humano experimenta a lo largo de su vida, momento en el que las personas manifiestan una gran vulnerabilidad que, en su mayoría, requiere respuestas rápidas, pero que también puedan ser éticas y empáticas.

Esta respuesta a la vulnerabilidad ajena no nace del deber legal, sino de algo mucho más primitivo en el ser humano, el reconocer el rostro de la otra persona como alguien a quien se debe ayudar. Por lo que un profesional de enfermería no solamente lleva un caso clínico, sino que aloja el sufrimiento de la otra parte, creando un espacio en donde el paciente podrá estar seguro y mantener su dignidad a pesar de su padecimiento.

Es importante que, en esos momentos, la desigualdad de poderes entre la persona que está cuidando, aquella que posee tanto el conocimiento como la salud para poder desempeñar su labor, y la persona que está siendo cuidada, quien no puede valerse por sí misma en esos momentos, no se utilice para la dominación sino que debe ser usada para el empoderamiento del paciente como se establece en la axiología de enfermería, la cual se fundamenta en que el ser humano tiene un valor que debe ser reconocido y que no desaparece, independientemente de si se encuentra bajo los efectos de la anestesia o no (1).

Es en este escenario donde la bioética no debe ser tomada solamente como un conjunto de leyes o un manual que describe los procedimientos legales que deben ser respetados para evitar litigios, sino como una respuesta inherente a la esencia del ser humano y la vulnerabilidad de los demás (2).

Así, la enfermera quirúrgica se enfrenta a conflictos éticos complejos en los que debe garantizar un equilibrio entre el cumplimiento técnico institucional y la ética propia del cuidado humano. La toma de decisiones no se limita pues al establecimiento de turnos, recursos y organización del tiempo, sino que, regida por la bioética y el pensamiento crítico integra todos los elementos humanos del cuidado individual para preservar los derechos del paciente y de todos los participantes en el acto perioperatorio (23).

En este punto, los derechos del paciente se transforman en inalienables, por lo que los actos administrativos que en muchos casos se orientan a procurar la atención de la mayor cantidad posible de pacientes que ingresan al sistema, se entrelazan con los principios de priorización de las urgencias y se convierten en ejercicios de ética médica, al anteponer el juicio clínico en el proceso de intervención y recuperación del paciente.

Este uso del juicio clínico en la intervención de enfermería quirúrgica es una demostración de pensamiento estratégico, pues a través de este se discierne entre las urgencias y las intervenciones programadas, disponiendo del equipo médico especializado en los casos de complejidad, determinando en muchas ocasiones el pronóstico de curación y recuperación del paciente, quien en muchas de estas instancias ingresa al centro de salud en estado inconsciente y sin acompañantes o familiares que puedan tomar estas decisiones.

Los servicios de enfermería quirúrgica no solo confrontan dilemas éticos en la relación con el paciente, sino que en su ejercicio se ve comprometida la ética de todo el sistema asistencial, que se define en un entorno donde prevalece la clínica sobre la humanización de los cuidados. De allí que, las estadísticas de salud reflejen en la actualidad (24) una relación directamente proporcional entre una buena relación entre la enfermera y el paciente quirúrgica y la tasa de recuperación del paciente, así como la proporción inversa entre esta relación y la incidencia de eventos adversos durante el proceso perioperatorio.

El ejercicio de la bioética en el proceso perioperatorio es el pilar que garantiza que el proceso perioperatorio sea exitoso, más cuando se sostiene en la humanización, pues la intervención quirúrgica se basa en la garantía de las condiciones óptimas para su realización, para el paciente y para el equipo médico. En ese aspecto, la enfermera quirúrgica observa que los requisitos de seguridad, técnicos, ambientales y de personal sean los establecidos para llevar a cabo el proceso quirúrgico, tomando en consideración dentro de estos el estado emocional y psicológico

del paciente y del equipo médico, entendidos desde el paradigma de la humanización, como individuos que forman parte de un entorno global.

Este sistema ético basado en el respeto a la vida, la autonomía y la dignidad del paciente, coloca al ser humano en el centro y por encima de los indicadores de rendimiento de salud, económicos y la eficiencia, estableciendo como prioridad la bioseguridad y la estabilidad emocional del paciente y de todos los participantes en el proceso perioperatorio. Igualmente, se afianza en criterios, donde la ética de la enfermera quirúrgica se constituye en la barrera de seguridad para el paciente, que somete su voluntad al equipo médico durante el acto quirúrgico (23).

La acción de la enfermera quirúrgica tiene entonces sentido según el entorno en el que se encuentra su gestión y la visión del paradigma que rige su ejercicio profesional, diferenciando de manera clara el modelo histórico (25) del modelo humanizado, añadiendo un sentido adicional en cuanto al proceso administrativo que acompaña al rol del equipo médico, en tanto los centros de salud se enmarcan en un sistema económico determinado, que se entrelaza, la mayoría de las veces, con la imposición de la clínica desde la visión mecanicista, generando un patrón que gira en torno al alcance de metas económicas y financieras por encima de la curación del paciente.

La ética dominante de la enfermera quirúrgica va a determinar el modelo de gestión durante el proceso perioperatorio y viceversa, un modelo en el que prevalece el economicismo obligará al personal de enfermería a aplicar acciones en el marco de una ética humanizada, diferenciado del modelo social en donde ejerce su profesión, mientras que, en un entorno quirúrgico absolutamente humanizado, la enfermera debe ser garante del cumplimiento de los protocolos y las medidas de seguridad (24).

Es importante destacar, que, a pesar de las diferencias entre los paradigmas de atención en salud, los objetivos clínicos que se establecen dentro del entorno perioperatorio no varían, sino que son sus indicadores los que se adecúan de acuerdo con lo que los prestadores de servicios de salud esperan como resultado de su ejercicio. La enfermera quirúrgica, participa dentro del esquema estableciendo su ética en el marco de la humanización, pero en cumplimiento de los objetivos esperados dentro del paradigma dominante, tal como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. *Indicadores por objetivo clínico según el paradigma de atención en salud*

Objetivo clínico	Indicador	Paradigma Clínico - Mecanicista	Paradigma del Cuidado Humanizado
Evitar infecciones y reducir la mortalidad	Cantidad de personal dispuesto para la atención de cada paciente	Busca reducir el costo de la hora quirúrgica	Se basa en procurar la atención de acuerdo con la complejidad del paciente
Disminuir errores e incrementar la vigilancia clínica	Cantidad de turnos establecidos entre el personal de enfermería	Busca completar las vacantes sin importar las competencias	Busca completar las vacantes en función de las competencias y la protección del personal
Mejorar los tiempos de respuesta en urgencias	Triaje clínico	Busca maximizar los ingresos a partir del uso del quirófano	Busca mitigar el riesgo vital, priorizando la urgencia

Nota. Adaptado de Aiken et al. (23)

5.1 La Moral en la Enfermería Quirúrgica: Entre el Cuidado y la Justicia.

A lo largo de los años, tanto la práctica de la medicina como la de la enfermería han estado dominadas por la doctrina de una ética de justicia que se ha centrado en la aplicación de principios universales, reglas objetivas y derechos individuales, lo que ha ocasionado que hoy en día, el quirófano funcione a través de protocolos estandarizados donde la prioridad es cumplir con la norma técnica para garantizar la integridad física del paciente.

Aunque la practicidad del enfoque y sus fundamentos teóricos no pueden ser puestos en duda y son vitales para el adecuado funcionamiento de cualquier sistema de salud, a menudo sí que este resulta “frío” al no tomar en cuenta al paciente como un individuo sintiente, sino como a un caso clínico que requiere una reparación en alguna de sus partes. Al ser una colección de partes, este individuo no amerita ser visto como un todo complejo y por tanto carece de derechos e incluso de identidad propia, es el portador de la pieza enferma (2,11).

Es aquí donde surge la Ética del Cuidado, la cual está fundamentada en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, donde nos muestra una perspectiva que sostiene que el cuidado o es una opción, no es recurso o un añadido de personas amables a la técnica científica, sino que es un imperativo ético (2) que debe ser mantenido en la práctica correcta.

Por un lado, de la ética de la justicia surge la pregunta “¿cuál es el protocolo legal?”, mientras que, por el otro lado, la ética del cuidado adopta un enfoque más humanista, preguntándose “¿qué necesita este ser humano único en este momento de máxima vulnerabilidad?”.

En un quirófano, la diferencia a veces irreconciliable entre estas dos vertientes se manifiesta, en momentos donde el personal de enfermería debe decidir entre ser un simple ejecutor de órdenes técnicas o elevarse por encima de esto y ser un agente de la moral, cuyo principal objetivo sea proteger la dignidad del paciente (3). Aquí surge un elemento fundamental y es que para tener ética o ser objeto de esta es absolutamente necesario tener humanidad, es decir contar con una identidad que permita establecer compasión, empatía y derechos, de tal forma que la bioética conduce a la humanización (18).

Beltrán-Salazar (13) advierte que la alta tecnología puede en ocasiones causarles cegueras ontológicas a los encargados del cuidado del paciente, en donde estos empiezan a ver al individuo solamente como un conjunto de datos en una pantalla. Por eso, cuando el personal se limita a cumplir los parámetros técnicos, el paciente corre peligro de ser deshumanizado.

Por su parte, la salud desde el punto de vista axiológico va más allá de solamente no tener ninguna patología física, se considera un estado de armonía entre el cuerpo, la mente, y el alma (2), donde la gestión de tiempo se convierte en un dilema ético, ya que ignorar la angustia o miedo del paciente antes de un procedimiento representa una falla ética muy grave.

Aquí se puede ver como entran en juego dos grupos de valores, el valor administrativo que siempre vela por la productividad, el flujo de pacientes y cumplir con los horarios establecidos, y los valores humanos, que ponen en primer lugar la seguridad emocional, la validación del sufrimiento y la comunicación no verbal que es la encargada de realizar cualquier comunicación en tiempos de crisis (14). Es lo mismo que la comprensión de la seguridad y la tecnología desde un punto de vista humano, las listas de chequeo (15), aunque procedimientos burocráticos, deben ser comprendidas como un elemento que atañe a la seguridad, y a su vez proporcionar seguridad por medio de factores tecnológicos, no es más que una expresión de cuidado transpersonal y humano (3).

La enfermería en esencia debe manejar ambos valores, pues el despojarla de un grupo para favorecer al otro, iría en contra de los fundamentos de la profesión, pues la verdadera excelencia en la enfermería no trata solamente de la velocidad en los procedimientos, sino la capacidad

de tener una presencia auténtica en medio de las presiones constantes de un sistema que deja a los pacientes en segundo plano.

La propuesta de Watson se lleva a cabo a través de los 10 factores caritas, los cuales pasan de ser sugerencias filosóficas, con el propósito de transformarse en obligaciones éticas para el enfermero quirúrgico, sobre todo cuando el paciente pierde su autonomía al momento de estar bajo los efectos de los fármacos (2).

1. Formar un sistema humanístico-altruista que practique la bondad y la ecuanimidad con uno mismo y los demás, siendo este el factor que sienta la base moral del cuidado.
2. Inculcar la fe y la esperanza del paciente al respetar sus creencias personales y ayudándole a encontrar un sentido a su situación.
3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, pues el enfermero debe conocerse a sí mismo para poder ser genuino y saber cuándo otra persona está sufriendo.
4. Desarrollar una relación de cuidado humano, ayuda y confianza donde la comunicación sea abierta y segura.
5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos negativos y positivos, para que el paciente pueda hablar de sus miedos y angustias, siendo escuchado sin ser juzgado.
6. Utilizar de forma sistemática el método científico para la solución de problemas siempre que se vaya a tomar una decisión, pues el cuidado de los pacientes no debe fundamentarse solo en la intuición, debe utilizarse conocimiento y evidencia comprobados para resolver las necesidades del paciente.
7. Promover la enseñanza aprendizaje transpersonal, pues no se trata solo de darle información a los demás, sino de hacer comprender al paciente su salud y empoderarlo.
8. Provisión de un entorno de apoyo, protección y corrección, tanto mental, como física, sociocultural y espiritual a través del ofrecimiento de paz y seguridad.
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas, siempre reconociendo la dignidad del cuerpo.
10. Permision de fuerzas existenciales-fenomenológicas, pues se debe estar abierto a los misterios de la vida, la muerte, y el alma, al aceptar que hay cosas que la experiencia humana o la ciencia, no se pueden explicar.

Cuando el paciente se encuentra bajo los efectos de la anestesia general, se produce lo que Watson llama un momento de cuidado transpersonal (2), pues el paciente ya no puede defender su pudor, no puede expresar ningún tipo de dolor y tampoco puede demandar el respeto que se merece, en caso como este es donde el proceso Caritas se vuelve una guardia bioética.

El enfermero, al asegurar que el cuerpo del paciente esté cubierto adecuadamente y que las conversaciones en la sala sean respetuosas, ejerce una presencia auténtica que honra la vida (11).

En este marco de cuidados, la tecnología no es un rival, el manejo experto de un monitor de signos vitales es un acto ético de vigilancia siempre y cuando ese monitor se vea como una extensión de la persona y no como el centro de atención (3).

5.2 Los Cuatro Principios de la Bioética: Un vistazo a su Aplicación a la Vulnerabilidad Quirúrgica.

Para poder analizar a la bioética en el entorno quirúrgico primero se requiere reestructurar de forma crítica los principios propuestos por Beauchamp y Childress. En la práctica de la enfermería quirúrgica no se ven a cada uno de los cuatro principios operar de forma aislada o solamente en libros de teoría, estos se mezclan en el mundo real en situaciones de alta tensión donde la vida y la muerte están separadas por márgenes muy pequeños.

Por su parte, la humanización exige que cada uno de estos principios deje de ser meras abstracciones legales y que, de una vez por todas, se conviertan en la guía que establezca como deben ser las interacciones con el paciente (2).

- 1.** La Autonomía y el Consentimiento Informado Humanizado. Este principio representa el derecho que tiene el paciente para autodeterminar como debe ser tratado y el respeto hacia sus valores y convicciones. Sin embargo, en el área quirúrgica, la autonomía puede verse amenazada por los propios conocimientos y estados emocionales del paciente (1).

Por su parte, el consentimiento informado es muchas veces un simple trámite administrativo que tiene como finalidad eximir de responsabilidad legal a la institución, lo que, desde una perspectiva humanizada, constituye un claro abandono ético con el paciente (11).

El enfermero quirúrgico debe ser capaz de transformar el proceso de consentimiento en uno de acompañamiento, pues la autonomía no es solamente la capacidad de

decir “sí” o “no”, sino también la capacidad de tomar decisiones con plenas facultades mentales en un estado de calma (2). En todo el preoperatorio, el miedo y la ansiedad que atenazan al paciente no son más que ruido, que le impide a este procesar toda la información de manera racional.

En este momento, el cuidado humano debe validar esos miedos y actuar como una especie de traductor entre el lenguaje técnico-médico y el del sujeto (14). Además, respetar la autonomía también significa honrar la privacidad y el pudor del paciente en todo momento (1).

2. **No Maleficencia.** Dentro de un quirófano la máxima regla *primum non nocere* (lo primero es no hacer daño), se dota de una dimensión física y tecnológica descomunal, pues este principio obliga al profesional a prevenir cualquier daño innecesario, entre lo que se incluye por supuesto, el manejo experto de cualquier tecnología en la sala (3). Rozzano Locsin afirmó que la competencia tecnológica es la máxima expresión del cuidado en enfermería, por consecuencia, la impericia en el manejo de cualquier equipo como la bomba de infusión o de un monitor hemodinámico es un fallo ético contra este principio (3).

3. **Beneficencia.** Este principio es aquel que impulsa activamente a buscar el bien del paciente, sin embargo, en un entorno con un nivel tecnológico avanzado, se puede caer en el error de sufrir de “beneficencia paternalista”, un mal que básicamente se trata de dejar en manos del equipo la decisión de que es lo mejor para el paciente, sin detenerse a considerar la perspectiva vital de la personal.

Desde el punto de vista de la humanización en el cuidado quirúrgico, el bien no es solamente eliminar la patología de la que padece una persona, sino que también se trata de preservar la integridad del ser (2), por lo que esto implica que el beneficio técnico de una cirugía debe poder encontrar un equilibrio con el bienestar emocional del proceso postoperatorio.

Aunque desde un punto de vista técnico, un procedimiento quirúrgico pueda considerarse exitoso al momento en el que el paciente sale sin ninguna patología, puede ser un fracaso humanitario si este sale del área de cuidados con traumas debido a malos tratos, o incluso frío durante la inducción anestésica.

4. Justicia y Equidad. Este principio se refiere principalmente a que los recursos deben ser repartidos de manera equitativa y los tratos deben ser igualitarios para todas las personas, en el quirófano muchas veces este principio se ve amenazado por el sistema de salud y la jerarquización de los procedimientos (1). La justicia bioética en la enfermería exige que el cuidado humanizado no es un privilegio otorgado a unos pocos, sino un estándar universal que debe ser aplicado en cada caso.

En el contexto de un entorno quirúrgico, la equidad se refiere a que se le debe ofrecer la misma calidad de presencia auténtica y vigilancia técnica al paciente que se somete a una cirugía estética y al paciente que ingresa por la sala de urgencias en un hospital público (2). En tanto sean seres humanos, al someterse a una intervención quirúrgica pasan por un estado de inconsciencia e incertidumbre que afecta su humanidad, por lo que no puede existir un juicio de valor previo en cuanto a qué derechos son aplicables a uno o a otro.

En este punto el enfermero quirúrgico no es solamente un cuidador, sino también un agente de la justicia cuando lucha contra la discriminación sutil, la cual es aquella que ocurre cuando un paciente es catalogado como uno “difícil” o cuando la atención de una persona ha sido descuida por otra mucho más apoyo social.

Otro punto de suma importancia por el que vela el principio de la justicia es en la gestión eficiente del tiempo y de los insumos quirúrgicos, pues se entiende que el desperdicio de recursos es una ofensa en contra de los pacientes que esperan su turno en listas de espera (1).

5.3 Un Dilema entre Dos Dimensiones: La Mirada Clínica frente a la Dignidad Humana.

El entorno quirúrgico actual es sin lugar a duda una muestra del avance tecnológico y la evolución técnica sin precedentes de la que ha sido capaz el ser humano, sin embargo, este progreso ha generado un riesgo ético que ha pasado desapercibido durante mucho tiempo, y es que se ha establecido la mirada clínica como el principal visor a través el cual los profesionales de la salud perciben a sus pacientes.

Este concepto, desarrollado por Michel Foucault, del cual se ha hablado largo y tendido en estas páginas, transforma a la persona en un objeto de estudio y manipulación técnica (2), algo que se intensifica en un quirófano donde hay muchas barreras físicas, desde la indumentaria

de los profesionales, los equipos y la misma inconsciencia del paciente, generando así una tensión que busca reconciliar la necesidad de precisión técnica, con la obligación moral de reconocer la dignidad de los seres humanos.

Y es que la mirada Clínica no es solamente un acto de observar al paciente, es un ejercicio en donde el poder reside en quien tiene el conocimiento y el paciente termina siendo reducido a su mera anatomía. Los resultados de esto son expresiones en el quirófano tales como, “la colecistitis de la cama 4”, en lugar de referirse a la persona, al individuo con una historia detrás.

La misma construcción del procedimiento en el quirófano acrecienta este sentimiento, el paciente, al ser despojado de sus ropas y cubierto mantos estériles que solo dejan ver la zona que se va a intervenir, deja de ser un sujeto visible y pasa a ser simplemente un sitio quirúrgico (1).

Si se observa esta situación desde una perspectiva bioética, este no es más que el primer paso hacia la deshumanización de los pacientes, pues cuando el personal de enfermería se guía únicamente por la mirada clínica, el cuidado se vuelve algo mecánico, alejado de la esencia de la profesión.

La bioética y sus principios sostienen que la dignidad humana no es negociable y que no depende de la consciencia o de la visibilidad total del cuerpo (2), por eso la mirada de enfermería debe ser una mirada integral, la cual vea más allá de los mantos estériles y pueda reconocer que debajo de las sabanas quirúrgicas, reside una persona que se merece respeto y protección (14).

El fenómeno de la cosificación u objetivación de un paciente durante un procedimiento quirúrgico es un dilema moral que tiene raíces muy profundas, una vez que está bajo el efecto de la anestesia, el paciente pierde todo lo que lo hace ser el, no queda nada más que un cuerpo biológico que debe ser mantenido en un rango de parámetros hemodinámicos (3).

Es en este momento, donde el equipo quirúrgico puede caer en la tentación ética de tratar el cuerpo como si se tratara de un objeto inanimado, lo que sería una falla al olvidar la dimensión espiritual y psíquica que Jean Watson ha definido como el “alma” o el “ser transpersonal” (2).

La ética del cuidado en la enfermería quirúrgica debe entonces ser la fuerza opositora a esta fragmentación del paciente, sin tratar de negar la importancia de la mirada clínica, que es necesaria para el éxito de cualquier procedimiento quirúrgico, sino de integrarla en un marco axiológico superior, uno donde el enfermero debe ser capaz de monitorear la saturación de

oxígeno con precisión técnica (3), mientras se encarga de sostener mentalmente la intención de cuidar del paciente como una persona (2).

Este equilibrio entre dos corrientes opuestas, pero con el mismo propósito de sanar a los pacientes es lo que define la praxis humanizada: la capacidad de desenvolverse en el mundo material, con la tecnología, los fármacos y los nuevos procedimientos, sin la necesidad de eliminar del campo de visión el mundo de las personas, llenos de dignidad, historia y valor.

Con el objetivo de contrarrestar la frialdad que se instauró con la mirada clínica, Jean Watson propuso el concepto de Cuidado Transpersonal, el cual en el quirófano se manifiesta como una auténtica presencia la cual trasciende el contacto físico (2). Es importante remarcar que la dignidad no es algo que el enfermero le otorga al paciente, sino que es una cualidad que el enfermero reconoce y protege. Sin embargo, este modelo no contradice a la clínica, pues exige el saber técnico y la aplicación de protocolos estandarizados para la protección de esta dignidad (2,3,11).

El reconocimiento de la dignidad debe ser mostrado de forma explícita con acciones concretas como el manejo delicado del cuerpo durante los cambios de posición y el mantenimiento del pudor evitando exposiciones innecesarias.

Además, Watson argumenta que, si el enfermero entra en el espacio vital del paciente con una intención puramente sanadora, a su alrededor se formará un campo de cuidado que protegerá la dignidad del paciente, aún sin la necesidad de que se de una comunicación verbal (2).

Si el profesional de enfermería quirúrgica solamente está viendo tejidos y fluidos, entonces está fallando no solamente como enfermero, sino también en su misión ontológica, pues la dignidad exige que cada movimiento y colocación de cada instrumento hasta la limpieza final de la herida, sea realizada con el pensamiento por parte del equipo de salud de que se está interactuando con un ser sagrado (2).

Alguien que ha ofrecido una de las perspectivas más importantes para resolver el dilema ha sido Rozzano Locsin, pues según él, la tecnología no tiene que ser necesariamente el agente de la mirada clínica encargada de deshumanizar al paciente, sino que, todo lo contrario, ya que la competencia tecnológica es el medio a través el cual el enfermero conoce al paciente en su complejidad (3).

Dentro del quirófano, los datos que son arrojados por los monitores y equipos conectados al paciente no son más que mensajes de un sujeto que en ese momento no puede hablar, pero el interpretar esos datos es en sí mismo, un acto de excelencia y amor, así como también uno de respeto a la vida (3).

El dilema se resuelve siempre que el enfermero utilice la tecnología para acercarse a la realidad física del paciente para protegerla y no para distanciarse de ella, la mirada técnica y fría se convierte entonces en una mirada humanizada si el objetivo final de la tecnología es la preservación de cada una de las partes de una persona (11). Así, la dignidad se mantiene no a pesar de la tecnología, sino a través de su uso ético y experto (3).

5.4 El Quirófano de la Modernidad, la Tecnología y la Humanización como un Todo a favor del Paciente.

En el entorno quirúrgico moderno la tecnología ha dejado de ser una simple herramienta y se ha convertido en una forma de poder desarrollar la vida misma, ya que desde la robótica avanzada que se utiliza en procedimientos quirúrgicos de precisión, hasta los sistemas de monitorización invasiva, todos son logros tecnológicos que han redefinido las reglas del cuidado de enfermería.

Y es aquí donde el personal de enfermería se enfrenta a una pregunta ética que define a la propia profesión, ¿Es posible mantener la compasión en un escenario dominado por la frialdad del metal y la precisión de los algoritmos? (3). Sin embargo, no debe interpretarse la integración de la tecnología como un desplazamiento del factor humano, sino como una nueva dimensión que deben dominar los profesionales de enfermería para poder brindar el cuidado adecuado, algo a lo que podría llamarse una “tecnología de presencia”.

En un ecosistema que está siendo cada vez más dominado por la tecnología, la robótica e incluso la inteligencia artificial, es el personal de enfermería quirúrgica el que asume la responsabilidad crítica de mantener un nivel ético para garantizar que el paciente no sea deshumanizado y reducido a un manojito de datos hemodinámicos o a una simple patología.

Hallar el balance entre la precisión algorítmica y las respuestas centradas en la empatía hacia el paciente, es el parámetro que define la excelencia clínica actual, usando la competencia técnica más avanzada como un conducto para poder proteger la vulnerabilidad de los paci-

entes en un entorno quirúrgico, al comprender que la monitorización invasiva es tan solo una forma más de escuchar el silencio del paciente bajo anestesia.

Es por esto por lo que la humanización del entorno quirúrgico en el siglo XXI no solamente pasa por resistirse a la innovación debido al miedo a volver demasiado frío el entorno, sino en utilizar ese ambiente tecnológico con una consciencia moral que no le permite al progreso técnico dejar de lado la dignidad de la persona. De ahí que la ética de la tecnología exija un equilibrio al momento de la praxis de enfermería que no deja de ser precario, pero es necesario para proteger la vulnerabilidad del paciente.

Una distinción fundamental que se puede apreciar en la obra de Locsin es la diferencia entre conocer sobre el paciente y conocer al paciente (3). Aquí se explica que el “conocer sobre” no es más que la recopilación de hechos aislados, valores de laboratorios cuantitativos, las constantes vitales en el monitor o antecedentes clínicos, los cuales sí que son necesarios para que el procedimiento quirúrgico tenga éxito, pero por si solos deshumanizan al sujeto, dejándolo en una suma de sistemas orgánicos (1).

Por otro lado, el “Conocer” es un proceso que se realiza paso a paso, ya que hay que ir poco a poco conectando con el paciente, y es aquí donde el enfermero utiliza la competencia tecnológica para apreciar la totalidad del ser (3). Dentro de un quirófano eso tiene un significado profundo, y es que el sensor de capnografía o la línea arterial no son solo indicadores de valores cuantitativos, sino que son los mensajes del paciente quien, sin estar consciente, participa activamente en el proceso a través de su fisiología (3).

La competencia tecnológica es, por lo tanto, una herramienta que le permite al enfermero ver todas aquellas cosas que de otra forma serían imperceptibles en un paciente anestesiado, de esta forma cerrando la brecha comunicativa que es impuesta por la farmacología (14).

Locsin también ha definido al encuentro tecnológico como el lugar en el que el enfermero, el paciente, y la máquina convergen, con la tecnología actuando como una lente que permite ver más allá de la vulnerabilidad y la fuerza del individuo, pero para que el encuentro pueda ser verdaderamente humanizado, el enfermero debe tener una intención auténtica de usar la máquina para conectar con la persona y no para distanciarse de ella (2).

Llevada a la praxis quirúrgica, se traduce en que la destreza del enfermero para manejar un robot o un monitor multiparamétrico no es el fin último del conocimiento, sino que es solo

un medio que garantiza que el paciente pueda ser reconocido como un humano íntegro y no solamente como un caso de estudio (11).

La armonía entre la máquina y el cuidado humano ocurre en el momento que el profesional de enfermería entiende que la tecnología es un agente que le permite amplificar su capacidad de vigilancia y protección sobre el paciente, dejándole más camino para poder centrarse en la esencia de la persona (3).

Un concepto revolucionario que introdujo Locsin fue la participación del paciente como un agente activo incluso cuando se encuentra bajo anestesia general (3). Su cuerpo sigue respondiendo, se adapta y se comunica a través de la interfaz tecnológica, el enfermero por su parte, interpreta estos datos y cierra un diseño mutuo del cuidado.

De esta manera, el paciente deja de ser un receptor pasivo de intervenciones en el quirófano, y la enfermería quirúrgica crea el momento de cuidado cada vez que ajusta un parámetro del paciente gracias al conocimiento tecnológico (1).

Sin embargo, las bondades de la tecnología pueden traer riesgos bioéticos, y es que el personal de enfermería puede llegar a depositar una fe ciega en los dispositivos, priorizando el monitor por sobre la observación del paciente, lo que convierte al enfermero en un simple gestor de alarmas y no un cuidador de personas (2).

Si se analiza desde la perspectiva de Jean Watson, esta situación representa una ruptura en el proceso Caritas (2), con un enfoque exclusivo en los números y gráficas dadas por los equipos de monitoreo, el enfermero deja de ver al paciente como un “tu”, y empieza a verlo como “ello”. Aquí es donde se produce el dilema ético, en el momento en el que el profesional de enfermería ignora señales sutiles como un cambio en la coloración de la piel, una lágrima silenciosa del paciente durante la sedación o tensión muscular, todo debido a que en el monitor los parámetros se encuentran en valores normales (14).

La ética de la humanización demanda que el personal de enfermería no sea un simple visor de pantallas, sino que tenga una percepción sensorial, con la tecnología como un apoyo y no como un sustituto, de la auténtica presencia de un profesional, de ahí que el “saber ver” es una síntesis entre el dato digital y la intuición clínica humanizada (3).

Una de las tecnologías más disruptivas de los últimos años ha sido la Inteligencia Artificial (IA), afectando la vida humana en todos los niveles, en la enfermería, su uso en conjunto con los sistemas automatizados en el quirófano plantea desafíos bioéticos inéditos que deben ser analizados, pues la evolución técnica que se ha descrito, indica que llegaremos a una realidad donde los algoritmos puedan predecir complicaciones intraoperatorias o incluso sugerir ajustes en las dosis de los pacientes (1). En este caso, el dilema viene de la responsabilidad moral, si un sistema automatizado comete un error que daña al paciente, ¿quién asume la carga ética y legal?

La enfermería quirúrgica debe rechazar la posibilidad de delegar el juicio crítico a las máquinas, pues la autonomía del profesional es uno de los principios de la bioética, por tanto, el enfermero debe ser el último filtro ético antes de que se piense en aplicar cualquier decisión automatizada (11).

En caso de que el personal de enfermería deje de cuestionar la tecnología para convertirse en un operario de algoritmos, la deshumanización del paciente no hará más que acrecentarse, y es que la defensa del paciente implica garantizar que la tecnología es transparente y que el factor humano prevalece siempre al momento de tomar decisiones críticas.

Es fundamental que, en el quirófano, el momento en el que ocurre el cuidado, el enfermero utilice su competencia para asegurar la vida del paciente, y al mismo tiempo su compasión para honrar su espíritu. No es que deba elegir entre alguna de estas dos, sino unirlas para una praxis integral de la enfermería, calibrando correctamente un sensor de presión invasiva con precisión mientras mantiene un contacto humano con el paciente, con el propósito de transmitirle seguridad y presencia (14).

De esta manera se puede apreciar cómo se le despoja la frialdad a la tecnología, convirtiéndose en una manera más de expresar la dignidad humana, cumpliendo con el deber ético de la profesión de enfermería de cuidar al paciente en todo su ser, no solo la parte física, aún en los entornos más artificiales (11).

5.5 La Bioética: Humanización del Entorno a través de todos los Actores.

Un entorno quirúrgico es, en esencia, un espacio marcado por las fronteras, entre la enfermedad y la salud, entre la consciencia y la inconsciencia, y por supuesto en los momentos de mayor tensión, entre la vida y la muerte. Hay momentos en donde sin importar que tan avanzada

sea, la técnica quirúrgica alcanza sus límites, o en otras ocasiones, cuando las complicaciones imprevistas de carácter irreversible aparecen, que el quirófano ya no es más un taller para reparar piezas (11), y se convierte en un espacio de crisis y ética.

Debido a este tipo de situaciones, la bioética de la humanización en el quirófano demanda que la enfermería quirúrgica se encargue de gestionar apropiadamente la tecnología de soporte vital, o de asumir que el tránsito de la persona hacia el final de su vida debe realizarse de manera tal que su dignidad y la de su familia sea respetada.

Actualmente la cultura quirúrgica está cegada por el éxito técnico, y a menudo la muerte es percibida como un fracaso de la máquina o una derrota para el equipo de salud, sin embargo, esta visión que sigue lo impuesto por el modelo biomédico tradicional (12), puede llegar a menospreciar el proceso de la muerte, al centrar todos los esfuerzos en maniobras de reanimación que en ocasiones pueden terminar en encarnizamiento terapéutico.

El dilema bioético se presenta en el momento que la insistencia técnica ignora la posibilidad que tiene el paciente de llevar una calidad de vida decente e íntegra, y lo trata como un organismo que debe ser mantenido funcionando sin importar las condiciones.

La enfermería quirúrgica debe ser capaz de reconocer el punto en el que el cuidado de curación debe pasar a ser un cuidado de acompañamiento, un cambio de paradigma que requiere una madurez ética significativa, pues hay que entender que aunque la tecnología pueda mantener latidos cardíacos artificiales, se debe respeto a la persona para dictar la suspensión de medidas desproporcionadas. Por eso, la bioética no solo nos dice que se puede hacer con la tecnología, sino que es correcto hacer por el ser humano (1).

Cuando ocurre el fallecimiento en una mesa de operaciones, el personal de enfermería tiene que atravesar el momento al que Watson denominó “momento de cuidado transpersonal” (2). Y es que a diferencia de la mirada clínica que solamente ve un cadáver como el resto biológico de un procedimiento fallido (11), la ética del cuidado establece que se debe mantener el respeto y la dignidad, pues estos no terminan cuando termina la vida del individuo, pues el cuerpo sigue siendo el recipiente de la identidad de una persona querida por otros (2).

El procedimiento de amortajamiento y el retiro de los dispositivos invasivos en el quirófano no deben ser vistos como tareas protocolares o de limpieza, pues cada gesto como limpiar la sangre, cerrar los ojos o cubrir el cuerpo con pulcritud, es un acto ético que la humanización

exige, al igual que exige que se realice con el mismo nivel de cuidado y reverencia que se tuvo durante la intervención (14).

En el momento de la comunicación a la familia sobre un procedimiento fallido, se da uno de los dilemas morales más complejos para un enfermero quirúrgico, pues hay una tensión constante entre la obligación de veracidad y la empatía del silencio terapéutico, en este momento, la familia que aguarda en un estado de vulnerabilidad extendida (11), depende completamente de la comunicación del equipo para procesar la realidad.

El enfermero aquí tiene un papel crucial, pues, aunque el diagnóstico y la causa de muerte suelen ser comunicadas por el cirujano, la enfermería es la que se encarga de traducir los datos médicos a un lenguaje humano y compasivo (12). Aquí la comunicación no verbal se vuelve sumamente importante para el cuidado (14). El silencio terapéutico, le permite a los familiares asimilar la pérdida tras el primer momento de shock (1).

En casos de cirugías paliativas o de pacientes con patologías crónicas de carácter terminal, entonces se presentan complicaciones morales que generan el debate sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), pues el dilema consiste en decidir que intervenciones son beneficiosas y cuáles son innecesarias, lo cual desde el punto de vista de Locsin, debe primero validarse desde la competencia tecnológica pues los monitores muestran la claudicación orgánica irremediable (3).

Ante estas circunstancias, la bioética sostiene que es necesario dejar morir con dignidad, como parte del respeto a la autonomía del paciente, pues se trata de la observación de su voluntad y el mantenimiento del confort mediante el manejo del dolor, durante el proceso de agonía. En ese sentido, dista de ser un abandono al paciente, quien finalmente es quien toma la decisión (2), mientras que el personal de enfermería solo dispone que la tecnología de soporte no sea un obstáculo para el cumplimiento de la voluntad del sujeto.

La construcción de una bioética basada en la humanización forma parte de la tendencia a reconocer que el personal de enfermería y el equipo médico en general es guiado por sus principios morales durante el proceso perioperatorio (22). Reconocer, los avances de la enfermería desde el cuidado doméstico hasta la acelerada innovación tecnológica, exige del profesional una mentalidad humana, que le permita centrarse en el paciente, su familia y el equipo médico, quienes en conjunto funcionan interconectados durante el proceso quirúrgico (2), validando la

ciencia y la técnica como elementos de apoyo y comprendiendo que la división del trabajo y el establecimiento de funciones no otorga prevalencia por encima de la cuestión fundamental: la resolución efectiva de la enfermedad en un paciente que es un sistema orgánico integral que deberá reintegrarse a la vida en su entorno social.

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA HUMANIZADA DE LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA



VI

CAPÍTULO VI.

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA PRÁCTICA HUMANIZADA DE LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Celia Alexandra Fernández Romero, Adriana Elizabeth Ramón Merchán, Katherine Lisseth Lascano Pérez, Laddy Carolina Pillco Vargas, Mery Jessenia Jima Urgiles, Ana Lucia Suconota Pintado, Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca, Kary Patricia Cabrera Sosoranga, Linda Yovana Salvatierra Ávila y Joselin Samira Tapia Aguilar.

La enfermera quirúrgica, es la encargada de la toma de decisiones en condiciones críticas, por lo tanto, forma parte de la gestión de salud en los centros asistenciales. Tomando en consideración que la gestión es el conjunto de decisiones y de acciones conducentes a la consecución de los objetivos planteados en un ambiente particular (26), la enfermera quirúrgica se encuentra en la base institucional, al ser el personal que mantiene el contacto más cercano y permanente con los pacientes es la fuente primaria de información necesaria para la resolución de situaciones relativas a la atención tanto del paciente como de sus familiares.

Plantear la enfermería quirúrgica como parte de la gestión significa que el personal se encargaría no solo del cuidado directo del paciente, sino que tendría una participación más activa en todo el proceso perioperatorio y el ámbito administrativo propio de la atención en salud en cualquiera de sus niveles. De allí que la enfermera quirúrgica está dentro de los roles definidos por la OMS (27) y a su vez debe mantener la humanización en el cuidado al tiempo que emite información pertinente para la gerencia de los centros asistenciales.

6.1. Funciones de la enfermera quirúrgica en el marco de la gestión de salud

La gestión como parte fundamental de la administración contiene funciones de planeación, organización, dirección y control de las acciones que se han establecido para el cumplimiento de los objetivos, para ello se consideran tres niveles que se orientan a la ejecución de las acciones:

1. Gestión Estratégica
2. Gestión Táctica
3. Gestión Operativa

Dentro de estos niveles, el personal de enfermería desempeña funciones que permiten estructurar los procesos técnicos y de atención durante el proceso perioperatorio, visto además como

una parte de todo el entorno intrahospitalario, asociado además a la resolución de urgencias, que desde el nivel institucional debe cumplir con los objetivos articulados para todas las divisiones que forman parte de este entorno de salud, de forma que, desde la planeación hasta el control, todos deben estar alineados a la misma base organizacional.

En ese aspecto, la enfermera quirúrgica debe encargarse de diversos roles que desempeña dentro del cuidado, en los que debe incorporar la visión humanizada para cumplir con los parámetros específicos de la profesión, servir, asistir, asumir responsabilidad sobre el paciente. Este rol de cuidador implica que todas las acciones de la enfermera quirúrgica inciden directamente en el individuo que asiste al centro de salud para ser cuidado en un momento vulnerable, propio de una ruptura de la normalidad en la naturaleza humana.

En ese contexto el cuidado de enfermería pareciera ser intrínseco a la labor doméstica planteada al inicio de la profesión (28), en el que la mujer asume la asistencia durante el proceso de curación, procurando la planificación de todos sus procesos propios de la labor doméstica, a la par de la atención excepcional de los heridos, siendo particular en la enfermería quirúrgica pues está orientada en primer lugar a la atención de la urgencia y luego a los cuidados asociados a la recuperación definitiva del individuo.

Entonces, la gestión en la enfermería quirúrgica es la utilización del juicio clínico basado en el conocimiento técnico y las herramientas tecnológicas a su alcance para brindar un servicio integral, oportuno y seguro en aras de cumplir con los objetivos de gestión del centro hospitalario y el objetivo fundamental del ejercicio de la profesión de enfermería: el restablecimiento de la salud y la curación del paciente para su reincorporación a su vida cotidiana (29).

La visión gerencial se incorpora en la gestión de enfermería y especialmente dentro del paradigma humanizado, con el fin de garantizar la calidad de los servicios que se prestan en especial durante el proceso perioperatorio, que representa un entorno particular dentro de los cuidados de enfermería. Esto, implica que la enfermera quirúrgica se empodere de habilidades y competencias extraordinarias respecto a la formación académica, para poder cumplir con los objetivos del centro asistencial, sorteando las adversidades propias del sistema de salud y de los niveles jerárquicos en la organización (30).

Dentro de las competencias que debe adquirir, se encuentran las habilidades de comunicación y la capacidad para tomar decisiones en momentos críticos, lo que implica además asumir

actitudes de liderazgo positivo y efectivo para el logro de resultados (30). Así, las características propias del individuo son cruciales para la ejecución de las labores de cuidado, pues se deben además demostrar mediante el trabajo en equipo con el resto de los profesionales de salud, con la familia del paciente y con el propio paciente, cuya voz es entregada durante el acto quirúrgico.

Las funciones de la enfermera quirúrgica en torno a la gestión representan en definitiva el esquema integrador hasta la resolución de la situación de salud, ahora desde la perspectiva administrativa ejerce su actividad en todas las fases de la gestión, desde la planeación, la ejecución y el control de los procesos que si bien no son directos del acto quirúrgico, inciden en el tratamiento del paciente durante todo el proceso perioperatorio, independientemente si este ha ocurrido a partir de una condición crónica, programada o urgente.

6.2. Objetivos del Cuidado Humanizado en la Enfermería Quirúrgica

El cuidado que debe proporcionar la enfermera quirúrgica, independientemente de paradigma por el cual se rige, debe cumplir con los parámetros específicos que conllevan a la medición de su gestión con relación a las medidas de calidad en la gestión de la salud. En ese sentido, no significa solamente proporcionar las atenciones al paciente y al equipo médico, sino que engloba una serie de aspectos conducentes a la eficiencia de los servicios de salud, especialmente durante el proceso perioperatorio.

Al respecto, la gestión del cuidado humanizado debe ocuparse de:

- 1.** Garantizar los resultados más efectivos durante el proceso perioperatorio
- 2.** Aplicar un plan de atención establecido científicamente, basado en evidencia clínica para establecer la curación del paciente que ingresa al acto perioperatorio, cumpliendo de esta forma con el principio de eficacia
- 3.** Reducir los costes del proceso en términos económicos, sociales y psicoemocionales del paciente, del equipo médico y del centro hospitalario, de modo que la práctica de la enfermería quirúrgica debe ser ejercida mediante los criterios de eficiencia.

El ejercicio de la enfermería en el entorno quirúrgico es pues un acto que trasciende el acto médico y se incorpora al hecho gerencial y de gestión, considerando la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre y con información proveniente de la evidencia científica y de la circunstancia particular del paciente que es tratado. Mientras más pueda la enfermera

quirúrgica acercar la información a la evidencia científica, el proceso perioperatorio podrá ejecutarse en términos de calidad, entendida como las condiciones de efectividad, eficacia y eficiencia mínimas, requeridas para el logro del objetivo: la curación del paciente.

Todo esto implica que deben ser considerados elementos del sistema de salud, tales como los cambios en los modelos de administración de los centros hospitalarios, la elevada variabilidad clínica, en cuanto a la cantidad de tratamientos disponibles, los recursos disponibles, la capacidad de toma de decisiones en momentos críticos, el desarrollo tecnológico que impacta en la velocidad y la calidad de los procedimientos quirúrgicos, los perfiles demográficos y de morbilidad que varían de acuerdo a las regiones del mundo y la orientación del paradigma de cuidados así como la percepción del paciente en torno a la atención recibida.

En ese orden de ideas la gestión del cuidado debe contener parámetros de evaluación y auto-evaluación, mediante los cuales pueda medirse la efectividad, la eficacia y la eficiencia de la misma, de cara a la optimización de los procesos clínicos y especialmente el perioperatorio.

La gestión del cuidado en enfermería inicia con la valoración del paciente que acude al centro hospitalario por su propia cuenta o en medio de una urgencia. Esta actividad incorpora el diagnóstico de la comunidad y de la familia, y sienta las bases de la relación enfermera – paciente. A partir de ese momento, la enfermera quirúrgica toma decisiones complejas con el paciente o en su nombre, cuando este ha perdido la voz durante el proceso anestésico, de forma que tiene una influencia directa en los resultados del proceso perioperatorio y la calidad de vida del paciente posterior a su proceso de recuperación.

Entonces, la gestión del cuidado se orienta a cumplir las expectativas del paciente, de la familia de este, sus cuidadores y su entorno, por lo que se transforma en un eje central del proceso perioperatorio, no como objetivo de este sino como motor para la realización de las actividades de forma óptima dentro y fuera del quirófano. Por lo tanto, el liderazgo, la participación y la comunicación en las que se fundamenta la relación interpersonal entre el paciente y el equipo médico, debe ser un proceso humano en el que los individuos sean más que una colección de partes y piezas a reparar (25).

La enfermera quirúrgica actúa desde la visión de cuidado humanizado propia de la profesión y no desde el punto de vista clínico que ejerce presión desde los paradigmas médicos, por lo que debe asumir un liderazgo humano y de calidad, que motive a los miembros del equipo a

desempeñar una función más allá la atención clínica de resolución de la enfermedad. El equipo médico, debe valorar al paciente en medio de la complejidad humana del paciente y de todos los integrantes del acto perioperatorio, lo cual redundará en la mejora continua del proceso.

6.3 Principios de la Gestión de Calidad en el Cuidado Humanizado

La gestión de cuidado y la medición de la calidad tiene diferentes perspectivas, la primera, una óptica social, que refleja las necesidades del paciente y de su entorno social. Así, la calidad en la gestión de enfermería conlleva a actuar más allá del paradigma clínico, como una manera de establecer estándares de evaluación continua que permitan la mejora permanente en cuanto a la calidad de la atención.

Igualmente, el cuidado es inherente a la función del personal de enfermería, sin que esto implique que no se pueda incorporar el resto de los participantes en el acto perioperatorio, con el fin último de diagnosticar y tratar enfermedades o condiciones, sean estas crónicas o persistentes, o se produzcan a partir de un hecho accidental de emergencia. De allí, que la enfermería pueda ser considerada como una ciencia social, debido a la orientación hacia el respeto por la humanidad de cada uno de los que participan en los actos perioperatorios o quirúrgicos.

Entonces la enfermería es la ciencia del cuidado, ya que se sustenta en:

- 1.** El cuidado de los pacientes como una actividad de valor profesional y personal, como fundamento de la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, como fuente del restablecimiento de la salud de este último.
- 2.** El cuidado humanizado, en el complejo entorno quirúrgico, permite la coordinación de las acciones de cada uno de los participantes en el proceso perioperatorio, con la finalidad de generar intencionalmente la mejora de la salud del paciente y la disminución del estrés laboral que provocado en virtud de la propia cualidad del evento quirúrgico.
- 3.** Las habilidades blandas de la enfermera quirúrgica son la base de la atención en salud en el marco del cuidado humanizado: la capacidad de generar empatía y la comunicación no verbal con la que se logra la aproximación entre el cuidador y el paciente asientan la relación terapéutica.

4. Al ser una relación transpersonal se hace presente la fundamentación pedagógica dentro de la enfermería quirúrgica, ya que en esta construcción de la investigación médica y social se adelantan las contribuciones y aplicaciones científicas, pero también las creencias y actitudes de las personas, el paciente, la enfermera y el equipo médico.
5. La colaboración entre todos los profesionales de la enfermería presentes en el proceso perioperatorio genera la intradisciplinariedad necesaria para dar continuidad y calidad a los cuidados, durante el proceso intrahospitalario del paciente. Además, a través de la colaboración entre todo el cuerpo de enfermería, se establece la gestión administrativa en enfermería, correspondiente a la correcta administración y organización de los recursos con la finalidad de optimizar el cuidado, desde una perspectiva humana.

Todo esto, conlleva a resaltar los principios bioéticos del ejercicio de la profesión de la enfermería: la beneficencia, la no maleficencia, el respeto a la autonomía del individuo y la equidad o justicia en el acceso a la salud (27), considerando los aportes tecnológicos y científicos que son construidos mediante la práctica clínica, pues al aplicar un esquema humanizado de cuidado se puede determinar avances y mejoras continuas a partir de las características únicas presentes en cada caso.

Entonces, la gestión de los procesos en la enfermería durante el proceso perioperatorio implica minimizar los riesgos para el paciente, el equipo médico, la familia, el centro hospitalario y el entorno, al tiempo que se maximice el beneficio general producido por la actividad. Entonces, la enfermera quirúrgica no solo cumple funciones en torno a la salud, sino que está involucrada en la gestión y administración de enfermería.

En ese sentido, la gestión de la calidad en enfermería se ejecuta desde 3 dimensiones: el dominio individual, propio de la enfermera; el dominio compartido, entre todas las enfermeras y el equipo médico; y el liderazgo, proactividad y gerencia como habilidades profesionales intrínsecas al ejercicio de la gestión en salud. Adicionalmente, se deben efectuar tareas relevantes para la acción del equipo de enfermería como la planeación, capacitación, selección y gestión del personal, coordinación de turnos, trabajo en equipo, administración de insumos, negociación entre profesionales y supervisión del personal.

En cuanto a las habilidades de la enfermera quirúrgica, se reconocen aquellas que provienen de sus conocimientos formales, en cuanto a la clínica y la función de ayudantía propia de la profesión, además de aquellos referidos al sistema de salud en cuanto a las normas que lo rigen,

las metas sanitarias y de financiamiento, entre otros, y las habilidades blandas o adquiridas a través de la experiencia y la personalidad de la enfermera, las cuales servirán de puente entre el paciente y la aplicación de los conocimientos clínicos: la asertividad, la empatía, la responsabilidad, el compromiso, el manejo de conflictos, la resiliencia, el liderazgo y la proactividad.

En ese sentido, se identifican las competencias clave propias de la enfermera quirúrgica para que esta ejerza ese liderazgo a través de la interacción entre el equipo médico, el personal administrativo y el paciente, que debe sentirse representado en el personal de enfermería como factor fundamental para la reducción de la incertidumbre y el crecimiento de la confianza durante el proceso perioperatorio.

Estas competencias abarcan la comunicación verbal y no verbal, el marketing, la gestión de proyectos, la capacidad de enseñanza y aprendizaje, la gestión de sistemas de información, las habilidades de liderazgo, la rendición de cuentas, el conocimiento jurídico, la capacidad ética, la capacidad de trabajo en equipo de manera armoniosa, la resolución de conflictos y la experiencia clínica.

En este contexto, establecer los principios de la gestión del cuidado en el entorno quirúrgico desde el paradigma de la humanización sería redundante en función a la propia teorización de colocar al ser humano, sea paciente, familia, cuidador o parte del equipo médico. La variabilidad de cada individuo, de cada caso clínico y de cada entorno incluso intrahospitalario, conlleva al establecimiento de principios generales y no particulares de la actividad de la enfermera quirúrgica.

Así, es importante comprender la planificación orientada a las necesidades de los individuos que conforman el proceso perioperatorio y de los elementos del entorno quirúrgico como parte de las condiciones de salud que se pretenden generar con la intervención, y los valores de la gestión de cuidado como una determinación de la percepción individual a partir de la cultura y concepción de autocuidado que posee el individuo, su familia, sus cuidadores y el equipo médico.

En cuanto a la gestión de calidad, las funciones formales de la enfermera quirúrgica, permite generar parámetros específicos en torno a la gestión de salud, pues se encarga de levantar datos de variables precisas que se observan desde el punto de vista cuantitativo y transfor-

man a través del método científico, toda esta gama de percepciones y requerimientos en un registro fiable para la construcción de un método de atención en el entorno perioperatorio.

El cuidado se reconoce como un acto de comunicación verbal y no verbal, en el que se exige combinar el entorno y sus características con el conocimiento científico y los avances tecnológicos, para generar una técnica que logre generar la curación del paciente de acuerdo con sus particularidades derivadas de la manera como se ha enfermado y el contexto cultural en el que se desempeña. Así, la construcción de un método en la enfermería quirúrgica precisa de la gestión, seguimiento y control de los cuidados aplicados a cada paciente, con el fin de universalizar en un esquema transdisciplinario con el que se logre atender a la mayor cantidad de individuos.

Uno de los factores que puede incidir positivamente en esta construcción, es el uso de sistemas de información en enfermería, con los que cada enfermer pueda evaluar los procesos de cuidado y a su vez generar indicadores de la gestión a partir de la atención a cada paciente. Estos indicadores significan la valoración cuantitativa de aportes o acciones generalmente intangibles, que son realizadas por las enfermeras en el marco de un servicio humanizado durante un proceso en el que el paciente se encuentra completamente vulnerable.

6.4 Mejora Continua y Manufactura Esbelta en los Procesos Perioperatorios

La mejora continua como proceso en la enfermería quirúrgica no se distancia de la aplicación de este concepto en las áreas industriales, administrativas o médicas, ya que esta, aun siendo aplicada en procesos cualitativos, se basa en el incremento progresivo de la calidad de los procesos llevados a cabo en un entorno determinado, desde el inicio de la actividad productiva hasta su finalización.

Al respecto el proceso perioperatorio tiene inicio cuando el paciente hace el requerimiento de atención en el centro hospitalario, sea su ingreso derivado de una condición crónica, una enfermedad accidental o una urgencia. Incluye la seguridad y la atención del paciente en el marco de las operaciones y procesos que deben contribuir a la recuperación o mejora del estado de salud del cliente – paciente de manera definitiva. Durante este proceso, cada fase es monitoreada no solo para saber el estado fisiológico del paciente, sino la percepción que este y su familia tienen sobre la prestación de los servicios de salud que le están siendo suministrados en el centro hospitalario.

Entonces la mejora continua permite a todos los participantes del equipo médico conocer cómo es percibida su gestión ante el trato hacia los pacientes, además que le permite generar estrategias para “hacerlo mejor” de acuerdo con los estándares éticos, clínicos y administrativos que se conjugan para hacer del proceso perioperatorio un evento de gestión susceptible de ser cambiado en el tiempo.

En ese sentido, la mejora continua y la gestión de la calidad durante el proceso perioperatorio debe incluir al menos tres pilares para su ejecución, la garantía de calidad, la mejora de la calidad y la resolución de problemas, todo esto basándose en los principios ya establecidos de comunicación, trabajo en equipo, sinergia y optimización permanente de la organización.

6.4.1 Herramientas para la Mejora Continua en el Proceso Perioperatorio

La mejora continua es un mecanismo de gerencia que permite la optimización de los procesos a partir de su problematización, de tal forma que es necesaria la definición del problema de estudio y el establecimiento de metas claras para que se puedan formular los mecanismos de evaluación comparativa que generar a su vez la iteración de proyectos de mejora hasta alcanzar los resultados deseados o la meta establecida.

Entonces, la mejora continua es un método en sí misma, por el cual se resuelve una situación específica ligada a un problema teórico de la producción, quiere decir que el aspecto que se corrige del proceso para lograr una mejora, no necesariamente está mal, pero sí puede ser mejorado mediante herramientas, estrategias o metodologías específicas. Las metodologías más empleadas para alcanzar la mejora continua son el Lean Manufacturing o manufactura esbelta, y el Six Sigma.

En ambos casos, el objetivo de las metodologías para la mejora continua es la eliminación de los retrasos o desperdicios para transformar los procesos en términos de su eficiencia, mediante procesos repetitivos de mejora en puntos específicos del proceso “productivo”. Su aplicabilidad en el campo de la enfermería y en particular dentro del entorno quirúrgico se debe a la filosofía de que el producto o servicio tiene que enfocarse en el cliente, lo cual en el campo de la enfermería quirúrgica le da preponderancia al paciente, y lo coloca como centro de la gestión y de la acción de la enfermera quirúrgica.

No obstante, la diferencia entre las metodologías para alcanzar la mejora continua es precisamente la forma de ejecución de cada una. En el caso de la manufactura esbelta, se trata de

la eliminación de los desperdicios mediante un flujo a lo largo del proceso en el que se pueda identificar el valor de cada etapa de la producción, entendiendo que el producto en el caso del proceso perioperatorio es la recuperación del paciente en condiciones óptimas. De esta forma es necesaria la participación de todos los miembros de la organización y no solo de los involucrados en el proceso, por lo que mediante esta metodología se asienta la visión de que la enfermera quirúrgica desempeña un rol dentro de la gestión de salud.

El proceso organizado mediante la manufactura esbelta requiere que la organización esté abierta a un cambio de filosofía, a la reorganización de la mentalidad organizacional, de tal forma que se produzca un cambio cultural sostenible que transforme de manera permanente no solo al proceso perioperatorio sino a todo el centro asistencial en donde se lleva a cabo.

Mientras tanto, el Six Sigma, se basa en el empleo de indicadores con el objetivo de reducir la variabilidad de los procesos, con el fin de mejorar la calidad de los productos o servicios, a través de la minimización del desperdicio y las inconformidades del cliente. En este caso, el personal debe estar formado y adiestrado para ejecutar las mejoras, asimilándose así al uso de las hojas de chequeo de la OMS (27) dentro del entorno quirúrgico. Estas listas de chequeo generan datos que ofrecen información clave para la implementación de mejoras, siempre que, en el caso específico del proceso perioperatorio estén separadas y orientadas según el nivel de información y formación requerido para cada personal, los ejemplos de los indicadores para la mejora continua en Six Sigma dentro del proceso perioperatorio son:

1. La comunicación entre el personal de enfermería durante los cambios de turno
2. La capacidad de trabajo en equipo entre todo el personal de enfermería
3. El resguardo de la seguridad del paciente desde áreas distintas a la enfermería
4. La cantidad de infecciones producidas en el entorno quirúrgico, debido a las causas propias de las condiciones del proceso: cateterismo, aparición de úlceras de presión, infecciones de las vías respiratorias, entre otros.
5. La cantidad de lesiones y caídas durante el proceso de atención
6. La aparición de síndrome de Burnout en el personal de enfermería y el equipo médico
7. La incidencia de errores de medicamentos o tratamientos

Mientras que la manufactura esbelta observa el proceso y lo mejora de forma intuitiva, asumiendo que todos en la organización pueden aportar beneficios y esquemas o pasos para la optimización de los procesos, el Six Sigma basa sus soluciones en la observación metódica

de los procesos, mediante la generación de indicadores cuantitativos. No obstante, estas metodologías no son mutuamente excluyentes, por lo que el cuidado humanizado en el entorno quirúrgico puede significar el cambio cultural que permita la mejora y a su vez asentarse en indicadores duros de la gestión de salud.

En este contexto, se pueden observar detalles de la gestión de enfermería que impactan en el cuidado de los pacientes, especialmente en el entorno quirúrgico, tareas sencillas que son dadas por hecho dentro del ambiente intrahospitalario y que son realizadas en ocasiones de forma mecánica por el personal de enfermería, son en realidad actividades orientadas a la mejora continua, en virtud de que reducen los errores médicos e inciden de manera positiva en la comunicación interpersonal.

Una de estas tareas es la organización de los armarios y la ubicación de las áreas de suministro, tener un sistema adecuado de inventario de insumos, instrumental y equipos médicos facilita la labor de todo el equipo y reduce significativamente las pérdidas de tiempo en la localización de estos ante una emergencia o una cirugía programada. La organización del espacio de forma que los suministros se encuentren cerca del quirófano y de las áreas de hospitalización, reduce los tiempos de traslado del personal que busca los insumos y medicamentos, al mismo tiempo, la organización de los estantes de manera adecuada, permite cumplir con los protocolos de chequeo de una manera más expedita.

Así, ambas metodologías, diferenciadas únicamente por la forma en que alcanzan la calidad de la gestión, requieren de instrumentos de medición consolidados, con los cuales se pueda verificar la iteración de mejoras, tanto por la vía práctica y tangible de los resultados como a través de los cambios en la percepción del cliente, que en este caso son los pacientes y sus familiares.

Para ello, la manufactura esbelta y el Six Sigma se sirven de una serie de herramientas científicas y de muestreo estadístico para valorar sus resultados. La primera de ellas, es el uso de cuestionarios, basados en la realización de una serie de preguntas, generalmente establecidas con escalas de valoración, en las que el paciente y los usuarios de los servicios sanitarios señalan su percepción, desde un punto de vista cuantitativo, con relación a la calidad de la atención, la comunicación, el estado de las instalaciones, los cuidados recibidos, entre otros. Asimismo,

contienen preguntas abiertas, que se utilizan para obtener información cualitativa y generar datos específicos sobre dónde o como puede ser aplicada la siguiente mejora.

Los cuestionarios, pueden realizarse a su vez a través de medios electrónicos y con preguntas cerradas de valoración, estos son conocidos comúnmente como encuestas de valoración de servicio y son realizadas generalmente por llamada telefónica, redes sociales o correo electrónico. Así, el paciente percibe que su identidad está protegida y que puede ser más o menos sincero con las valoraciones emitidas.

En segundo lugar, se encuentran las entrevistas, en este caso el paciente brinda su opinión ante un interlocutor que realiza las preguntas y plasma la información de acuerdo con las instrucciones de este instrumento. En este caso, es indispensable que el entrevistado sea consciente del objetivo de las preguntas y esté de acuerdo de manera absoluta con su participación en el proceso de valoración y mejora.

6.5 Gestión de la Calidad en los Cuidados Paliativos y Condiciones Crónicas

El objetivo de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la seguridad del paciente (27) ha sido ratificada como la reducción al mínimo de los riesgos latentes durante todo el proceso perioperatorio, cuya ocurrencia puede ocasionar daños innecesarios al paciente y de forma extendida a su familia y su entorno. Entonces, la seguridad y la calidad en la atención sanitaria tienen como objetivo, guiar las acciones del equipo médico en aras de mitigar la probabilidad de ocurrencia de cualquier evento adverso y sus potenciales consecuencias durante todo el proceso de atención.

La calidad del servicio de atención en salud y la seguridad del paciente, es entonces el eje central de la función de la enfermera quirúrgica y de todo el equipo médico que interviene en el proceso perioperatorio. Más aún, cuando el paciente se encuentra en tal condición que requiere cuidados paliativos para procurar calidad en los cuidados al final de la vida.

Durante la última etapa de la vida del individuo, la enfermera quirúrgica es más que una barrera de seguridad, es la garante de que este momento sea vivido con dignidad y en condiciones aceptables para el propio paciente y para su familia y sus cuidadores. El proceso perioperatorio para un paciente que se encuentra en una condición grave o irreversible, requiere que la atención por parte del equipo médico y del personal de enfermería sea orientada hacia la

generación de la mayor cantidad de bienestar posible, tanto para el propio paciente como para sus cuidadores, familiares y entorno social.

Los cuidados paliativos, son entonces una forma en la que el paciente mejora su calidad de vida mediante el alivio del sufrimiento extremo y la agonía dolorosa. En ese aspecto la enfermera quirúrgica comprende que, este tipo de eventos quirúrgicos ameritan de una mayor conexión con el paciente, pues no se trata de la erradicación de la enfermedad y la regeneración del estado de salud, sino que significa una medida alternativa para el alivio temporal ante una problemática que no tiene una solución definitiva.

De esta forma, la enfermera quirúrgica en cuidados paliativos se concentra aún más en la humanización del cuidado, pues requiere la consideración de las condiciones y necesidades individuales de cada paciente, sus familiares y cuidadores, quienes poseen diferentes mecanismos de resiliencia y adaptación ante la situación de salud. El alivio se dirige hacia el bienestar y la disminución del dolor físico y emocional, abarcando las perspectivas sociales y espirituales propias de las condiciones del sujeto, procurando una visión integral del profesional de enfermería, quien trasciende en ese momento de una ayudantía para el cumplimiento de las necesidades básicas del paciente.

La enfermera quirúrgica en cuidados paliativos lleva a cabo funciones que van desde la evaluación de la condición del paciente, hasta la coordinación y la estrecha colaboración con sus familiares, quienes generalmente se encuentran inmersos en la condición del paciente que se encuentra o ingresa a un proceso perioperatorio para obtener bienestar durante los últimos momentos de su vida. En ese proceso, la enfermera quirúrgica verifica y controla los aspectos relacionados directamente con la salud del paciente, en términos físicos y emocionales, para a partir de allí generar las estrategias de apoyo y atención que le permita al propio individuo y a sus cuidadores gestionar las situaciones propias de la condición de salud.

Igualmente, desde la mirada compasiva de la enfermera quirúrgica, el paciente recibe un estricto proceso de suministro y monitoreo permanente, mediante el cual se le entregan los tratamientos farmacológicos en la secuencia indica por el médico y se monitoriza las respuestas del paciente ante la intervención. A la par de esto, esa función de apoyo se extiende a los familiares, a quienes se les entrega la información de manera consistente y apropiada para

que puedan cumplimentar los tratamientos farmacológicos con cuidados relacionados con los patrones de alimentación, descanso, visitas, emocionalidad, entre otros.

Para llevar a cabo toda esta labor, la enfermera quirúrgica debe integrar las competencias propias del cuidado humanizado, pues cada etapa de los cuidados paliativos es en sí misma una situación que aborda la emoción del individuo o paciente, que aun teniendo una resolución quirúrgica efectiva, reconoce que esta no se orienta a la restauración de su estado salud, sino que marca una mejoría para proporcionar mejor calidad de vida durante un proceso terminal o preagónico.

Es allí cuando las habilidades blandas, basadas en la empatía, la comunicación asertiva y el respeto por la autonomía del paciente cobran una importancia fundamental, pues en medio de la situación no deseada, los familiares o cuidadores pueden tender a romper los principios de la bioética y solicitar la incorporación de tratamientos o esquemas farmacológicos, aún en contra de la voluntad del paciente, vulnerando sus decisiones y su autonomía, incluso cuando se encuentra consciente o las fases pre o post quirúrgica.

En este punto, la estrecha colaboración entre la enfermera quirúrgica y los familiares, a través de mecanismos de comunicación efectiva y asertiva, permite tener la información sobre el tratamiento de manera clara, comprensible y cargada de la sensibilidad emocional necesaria ante un proceso irreversible. De allí que la capacidad de gestionar de la enfermera quirúrgica vaya más allá de la compasión, y logre una combinación efectiva entre la empatía y la humanidad con la ciencia y la técnica para el abordaje de la multiplicidad de situaciones que pueden concurrir durante un evento perioperatorio de tipo paliativo.

6.6 Indicadores de Calidad en la Gestión de los Cuidados Humanizados durante el Proceso Perioperatorio

La generación de indicadores claros de la gestión de los cuidados humanizados no solo permite la mejora continua de los procesos perioperatorios, también permite incorporar elementos cualitativos a la evaluación estadística y la generación de datos que conlleven a la sistematización de las conductas en todo el sistema de salud, tal como ya ocurrió con Nightingale, en su momento, cuando inició con la observación de situaciones como el lavado de manos o el acercamiento al paciente en condiciones de desesperanza.

La información obtenida por la enfermera quirúrgica (27) es la base de los sistemas de calidad dentro de los centros hospitalarios, a través del chequeo permanente y la medición continua de los parámetros de atención esperados, se consigue la consolidación de una visión en torno a cómo debe funcionar la atención en salud, sea inmerso en un proceso perioperatorio o en la evaluación de enfermedades en cualquiera de los momentos de ingreso intrahospitalario.

Tomando en consideración que la atención en salud se considera como un sistema integral con centro en el paciente, los indicadores de gestión deben estar diseñados para el análisis de los factores tanto internos como externos del sistema, de tal forma que se pueda verificar el cumplimiento de los objetivos a través de sus resultados, pero también por medio del desempeño de cada uno de los actores presentes.

De esta forma, se pueden identificar cuatro tipos de indicadores de medición de procesos, de gestión y de resultados:

1. Centinela: Provenientes de la vigilancia permanente del paciente y que permiten la toma de decisiones rápidas en el entorno quirúrgico.
2. Trazadores: Empleados para el registro dentro de un área específica, estos van directamente relacionados con los riesgos propios del acto perioperatorio.
3. Positivos: Basados en la ocurrencia de eventos deseables y la posibilidad de éxito en el tratamiento de cada paciente
4. Negativos: Empleados para registrar la ocurrencia de eventos adversos y verificar las fallas en los controles de los procesos dentro del sistema de atención sanitaria.

6.6.1 Evaluación de la calidad del proceso

El proceso perioperatorio, visto como una actividad sistémica y sistemática, puede ser visto desde la óptica de los procesos industriales, por ello puede establecerse sistemas de evaluación de la calidad, desde las técnicas establecidas para el control de la producción.

Esto implica la identificación, análisis y mejora continua de los dentro de la estructura de proceso perioperatorio y del centro hospitalario. Estas acciones tienen ventajas como el logro de la eficiencia operativa, la reducción de costos y la mejora en la satisfacción o percepción positiva del paciente, por lo que impactan de manera directa sobre todo el sistema.

Para llevar a cabo una efectiva medición de la calidad en el proceso perioperatorio es necesario:

1. Identificar los procesos
2. Analizar los procesos.
3. Implementar mejoras.
4. Monitorear y revisar.

Una vez obtenido los resultados de una evolución organizacional generalmente la estrategia y en este caso si se ha realizado en el área del mejoramiento en el cuidado lo ideal sería implementar un plan de acción o proyecto basado en el estudio realizado para desarrollar las acciones a implementar y posteriormente evaluar los resultados a fin de tomar las correcciones en caso de que sean pertinentes sino se han cumplido las metas previstas.

En sí, se estaría frente a la siguiente etapa: Implementar los cambios en las áreas correspondientes.

Implementar las mejoras que se seleccionaron, al aplicar todo el conocimiento aprendido durante este estudio. Se puede hacer de la siguiente manera:

1. Seleccionar los proyectos de mejora.
2. Establecer las metas de mejora.
3. Desarrollar, aprobar y ejecutar los planes de acción.

Es importante que se tengan metas y objetivos concretos para ir tras los resultados esperados, pues basados en ellos es que se pueden derribar las barreras propias de la implementación de mejoras, que pueden obstaculizar el logro de la calidad en el proceso perioperatorio:

1. La falta de colaboración intradisciplinaria. La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que poco realiza el personal de enfermería. La identificación de personal de enfermería experto y las consultas entre colegas, los conocimientos compartidos, refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional, en tanto que los conocimientos celosamente guardados en un escritorio o en la mente de algún profesional del área experto no contribuyen a una práctica colaborativa del cuidado de calidad.
2. Carencia o falta de motivación del personal de enfermería. Lo ideal sería crear acciones que motiven al personal, la motivación se puede medir por el grado de autonomía que las enfermeras adquieren y su nivel de responsabilidad en el cuidado. Entre las acciones se propondrían generar un clima de trabajo favorable y participativo,

incentivar la participación del personal en las decisiones, pedir la opinión del grupo, ser receptivo ante las demandas del personal, reconocer el trabajo, compartir la información, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del grupo de cuidados. La motivación del personal responsable del cuidado es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado.

En líneas generales, un plan de acción es una herramienta de gestión o administrativa que establece el camino para conseguir las metas de una organización. Fija la ruta con una planificación exhaustiva por medio de un listado de actividades con los tiempos y responsables de la ejecución; además, marca el progreso en cada componente.

Para elaborar un plan básico de acción que sea efectivo, es importante considerar varios aspectos claves que garantizarán su éxito y relevancia para la organización y sus objetivos específicos. Aquí hay algunas pautas importantes a tener en cuenta:

- 1. Objetivos claros y medibles:** Es fundamental definir objetivos concretos que sean alcanzables y estén alineados con la visión y misión de la organización. Estos objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y en tiempo para poder evaluar su progreso de manera efectiva.
- 2. Análisis exhaustivo de la situación actual:** Antes de diseñar el plan de acción, es crucial realizar un análisis detallado de la situación actual de la organización. Esto implica identificar los desafíos, evaluar las fortalezas y debilidades internas, así como identificar las oportunidades y amenazas externas. Este análisis proporcionará la base necesaria para desarrollar estrategias efectivas.
- 3. Identificación de recursos necesarios:** Para implementar el plan de acción con éxito, es importante identificar y asegurar los recursos necesarios, ya sean financieros, humanos, tecnológicos o materiales con los que cuenta la empresa. La falta de recursos adecuados puede obstaculizar el progreso del plan, por lo que es esencial garantizar su disponibilidad.
- 4. Asignación de responsabilidades claras:** Cada acción y tarea dentro del plan debe tener un responsable designado. Esto garantizará una claridad absoluta sobre quién es responsable de qué tarea y quién debe rendir cuentas por los resultados. Asignar responsabilidades claras promueve la eficiencia y el compromiso con el plan.

5. **Establecimiento de líneas de tiempo y mecanismos de seguimiento:** Es esencial establecer líneas de tiempo realistas para cada acción y tarea dentro del plan. Además, se deben implementar mecanismos de seguimiento y evaluación periódicos para monitorear el progreso y realizar ajustes si es necesario. Esto garantizará que el plan avance de manera efectiva hacia sus objetivos.
6. **Implementación de una estrategia de comunicación efectiva:** Se debe desarrollar una estrategia de comunicación clara y efectiva para informar a todas las partes interesadas sobre el plan, sus objetivos, acciones y progreso. La comunicación transparente fomentará la alineación, el compromiso y la colaboración entre todos los involucrados en la ejecución del plan.
7. **Flexibilidad y adaptabilidad:** A medida que se implementa el plan de acción, es importante ser flexible y estar dispuesto a realizar ajustes según sea necesario. Las circunstancias pueden cambiar, pueden surgir nuevos desafíos o puede ser necesario modificar las estrategias. La capacidad de adaptación es fundamental para garantizar la relevancia y efectividad continua del plan en un entorno empresarial dinámico.

**GESTIÓN E INVESTIGACIÓN
PARA LA HUMANIZACIÓN DEL
CUIDADO EN LA ENFERMERÍA
QUIRÚRGICA**



VII

CAPITULO VII.

GESTIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Joselin Samira Tapia Aguilar, Celia Alexandra Fernández Romero, Adriana Elizabeth Ramón Merchán, Katherine Lisseth Lascano Pérez, Laddy Carolina Pillco Vargas, Mery Jessenia Jima Urgiles, Ana Lucia Suconota Pintado, Deicy Dolores Quizhpi Pallchizaca, Kary Patricia Cabrera Sosoranga y Linda Yovana Salvatierra Ávila.

Con el paso del tiempo hasta la actualidad, la enfermería quirúrgica contemporánea ha ido evolucionando hasta desarrollar una madurez a nivel de conceptos donde la destreza técnica, a pesar de que sigue siendo sumamente importante y esencial en el cumplimiento del deber, resulta insuficiente si solo se cuenta con ella. Hoy en día la enfermería quirúrgica es considerada una profesión en la que se demanda una integración bastante bien balanceada entre la habilidad con la que se brinda la asistencia, sobre la visión sobre el paciente y con cómo se consigue el conocimiento científico. En este capítulo se busca profundizar sobre el rol polifacético que debe asumir el personal de enfermería perioperatoria, siendo el objetivo proyectar su labor más allá de sus responsabilidades instrumentales convencionales y enfocándose en el liderazgo transformador en entornos sanitarios de alta complejidad que deben desempeñar. Este liderazgo proporcionado por el personal de enfermería es uno de los pilares fundamentales para poder vincular la efectividad de los procesos con la protección de la dignidad humana, una tarea muy complicada tomando en cuenta el desafío que supone gestionar los recursos limitados de lo que puede llegar a disponer el centro de salud para protegerse ante demandas éticas y a su vez, proteger al paciente.

El propósito práctico de este capítulo es ayudar a orientar las capacidades en gestión y fortalecerlas para facilitar la administración eficiente del capital humano y también los recursos físicos que se pueden hallar en el quirófano, pues se busca que el especialista tenga la capacidad de aplicar las estrategias de optimización que permitan la armonía de la precisión técnica con la experiencia que tiene el paciente. Además, también se busca que tanto la investigación clínica como las prácticas que estén basadas en las evidencias sean los ejes sobre los que se cimiente la evolución de la disciplina. De esta manera se desea entregar al enfermero todas las facultades que puedan ser requeridas si se desea encabezar tanto las transformaciones en

ámbitos de la tecnología y también la ecológica, como lo son la incorporación de inteligencia artificial en el día a día de la operación clínica y el desarrollo de quirófanos sostenibles. Por último, se establecen cada una de las directrices que deben ser aplicadas por el personal de enfermería desde una perspectiva técnica, para poder cuidar con precisión y generar avances científicos éticos que dignifiquen al paciente en el proceso quirúrgico.

7.1 Liderazgo transformacional en la gestión quirúrgica

Planificación estratégica y optimización del ecosistema quirúrgico

En la estructura organizacional de las organizaciones de salud actualmente, al área quirúrgica se le asigna el lugar de núcleo en donde se suceden la mayor cantidad de operaciones, tanto a nivel clínico como financiero, pues este se termina convirtiendo en la principal fuente de ingresos, que consecuentemente lo posiciona como el punto de mayor demanda de recurso. Este fenómeno se representa en la literatura científica, en donde se señala que la viabilidad de los hospitales depende de cómo se las pueden arreglar para gestionar de forma eficiente el espacio quirúrgico, en donde las habilidades de administración son fundamentales, especialmente al momento de equilibrar los gastos operacionales con la calidad de la atención médica que se puede ofrecer (31). De esta manera, al ser el liderazgo transformacional el que se posiciona como el modelo más eficaz a la hora de manejar un ambiente quirúrgico, es imperativo que el personal de enfermería pueda adoptarlo y superar los esquemas transaccionales que se basan en los principios estrictos de la autoridad. Un paradigma así busca que se potencie el equipo de trabajo a través de la motivación, los estímulos intelectuales, y también la creación de un ambiente seguro para el paciente, dentro de un clima que pueda reflejar confianza y optimismo ante los resultados (32).

Para el profesional de enfermería encargado de establecer la dirección estratégica en el ambiente quirúrgico, es un requisito fundamental que este posea una perspectiva integral para poder coordinar de forma efectiva las cadenas de suministros médicos necesarios para el funcionamiento del hospital, la movilidad y condición de los pacientes, y también el crecimiento personal, todo esto mientras también se cumple con las normativas de seguridad estandarizadas en todo el mundo. Actualmente, esta administración de recursos está apoyada también en herramientas que permiten agilizar este tipo de gestiones como el Lean Healthcare. Un dato contundente sobre el tema es que, según las investigaciones en marcha, metodologías como estas son esenciales para que se resuelvan los problemas operativos en los que pueda incurrir

la entidad, además de que facilita la eliminación de ineficiencias como pueden llegar a ser los tiempos muerto entre intervenciones o en un exceso de stock, para que todos los esfuerzos en conseguir el bienestar del paciente (33).

No se puede refutar desde un punto de vista científico este modelo de gestión especializada, utilizado por los profesionales de enfermería más reconocidos alrededor del mundo, y es que en el momento en el que se estableció un ambiente de coordinación para mejorar los procesos y el análisis de indicadores de desempeño, entonces se pudo obtener una reducción histórica en lo referente a la cancelación de cirugías (31). A pesar de esto, los beneficios de este modelo no pasan solamente por el aspecto financiero de la institución, sino que también la disminución de las cancelaciones también merma el peso emocional que debe cargar el paciente junto el estrés de este. Es así como el personal de enfermería en jefe no tiene solo la responsabilidad por el cumplimiento de los flujos de trabajo en el centro de salud, convirtiéndose en el principal responsable de preservar la dignidad y también la seguridad del paciente mientras continúa el proceso quirúrgico (34).

Para seguir profundizando en el cambio que ha habido en la visión administrativa de las instituciones de salud, se presentará una tabla donde se pueden apreciar los contrastes entre el liderazgo tradicional y el nuevo enfoque dinámico en el ambiente quirúrgico.

Tabla 4. Modelos de gestión preoperatoria que van desde el enfoque transaccional al liderazgo humanizado.

Dimensión	Modelo tradicional (transaccional)	Liderazgo transformacional (humanizado)	Impacto en la humanización
Enfoque	Enfoque en el cumplimiento de tareas y cronogramas	Promueve el desarrollo profesional y el cuidado del paciente	Mayor compromiso con el paciente
Tipo de Comunicación	Estructura basada en los castigos	Dinámica basada en la retroalimentación constructiva	Mejor seguridad psicológica y menos miedo al error
Gestión de Recursos	El fin último es el control de costos	Orientado a la seguridad y el confort del paciente	Garantía de un tratamiento adecuado para el paciente

La Calidad	Enfoque en la auditoría de registros administrativos y burocráticos	Mejora de resultados clínicos y foco en el trato al paciente	Del cuidado del proceso al cuidado de la persona
------------	---	--	--

Nota. Adaptado de Edmondson (35); AORN (36); Bass & Riggio (32)

Bioética y juicio clínico

Al momento de ejercer el liderazgo, el personal de enfermería se enfrenta a un entorno de una gran complejidad, pues el bloque quirúrgico sitúa al profesional dentro de una posición donde está sometido a una tensión constante y que a su vez debe encargarse de mediar entre las exigencias que presenta la institución y el compromiso ético innegociable que se debe tener hacia el paciente (37). Cuando se está en un nivel jurídico como este, la toma de decisiones va más allá de ser una simple cuestión de logística o incluso de distribución de materiales, ya que se configuran de tal manera de que, a través de un proceso intelectual sumamente avanzado, se puedan equilibrar las corrientes filosóficas que predominan en el quirófano: una siendo el utilitarismo ético, que tiene el objetivo de que el consumo de suministros se haga de la forma más eficiente posible tomando en cuenta un punto de vista colectivo, y por otro lado se halla la deontología del cuidado, la cual establece que la individualidad y los derechos de cada paciente deben ser siempre respetados (38,39).

Tomando en cuenta esta realidad, las decisiones operativas como la reprogramación de una cirugía electiva para poder atender una emergencia vital o la asignación de expertos en procedimientos de alto riesgo en caso puntuales, no se pueden considerar actos meramente administrativos, sino juicios clínicos profundos que son capaces de repercutir o determinar la supervivencia o la calidad de vida de los pacientes que pasan por las salas de operación.

Al momento de manejar el capital humano y también como se van distribuyendo las cargas laborales en la institución de salud, se puede ver la solidez del liderazgo con una base ética. Las investigaciones científicas de la actualidad han logrado determinar, a través de la utilización de evidencia empírica, que puede existir un vínculo inherente entre la relación enfermero-paciente y los posteriores resultados clínicos, por lo que una cantidad insuficiente de personal de enfermería se traducirá, según las bases matemáticas ya probadas, en un incremento en la mortalidad de los pacientes al momento posterior la intervención quirúrgica, además de que propiciará la aparición de otras complicaciones médicas que desde un principio pudieron haberse evitado (40).

Si el líder presente puede aplicar un enfoque humanista, logrará comprender que tanto el agotamiento físico y mental del equipo son las principales razones por las que se presentan los fallos humanos en el campo, por lo que, la gestión moderna ha ido incluyendo sistemas de monitorización sumamente complejos y también se emplean métricas avanzadas para poder llevar a cabo intervenciones preventivas en la organización del trabajo, para que de esta manera el síndrome Burnout no afecte tan frecuentemente al personal de salud y la seguridad del entorno quirúrgico sea blindado por completo.

Una gestión humanizada se puede presenciar en su máxima expresión al momento en el que el líder del entorno asume la responsabilidad ética de no llevar a cabo un procedimiento o en dado caso de interrumpirlo, si llega a detectar que alguna de las condiciones técnicas, estructurales o por supuesto, humanas, no se encuentran en un punto donde se garantice la excelencia en el procedimiento. Este tipo de decisiones representan una autoridad moral que ve en primer lugar por la integridad de las personas, más allá de las metas que se tengan a nivel financiero o las demandas de una mayor rapidez por parte de la rama administrativa de la institución.

Es por esto por lo que, el juicio clínico de la persona responsable del área quirúrgica actúa como una barrera de seguridad para el paciente, haciendo que no deba ser expuesto a una dinámica sistemática en la que muchas veces, se deja de lado la seguridad personal de las personas en busca de la eficiencia económica (41).

La siguiente tabla tiene como objetivo poder sintetizar en pocas palabras como ha sido el liderazgo transformacional el que ha generado beneficios de gestión entre los que se encuentran el aumento en la fluidez operativa de los quirófanos, elevando los estándares de seguridad y fortaleciendo los lazos entre profesionales y pacientes.

Tabla 5. *El impacto de la gestión moderna en el ambiente quirúrgico.*

Indicador de gestión	Enfoque de eficiencia económica	Enfoque de liderazgo ético (humanizado)	Resultado clínico/humano
Ratio de Personal	Menor costo por hora quirúrgica	Estructurado según el paciente	Reducir fatalidades y complicaciones postoperatorias
Gestión de Turnos	Cobertura indiscriminada de vacantes	Rotación por competencias y según la fatiga	Mayor vigilancia clínica y menos errores humanos

Priorización Quirúrgica	Aumento del uso de quirófano	Basado según la urgencia de cada caso	Mejores tiempos de respuesta en urgencias
-------------------------	------------------------------	---------------------------------------	---

Nota. Adaptado de:Aiken et al. (42); Singh (43)

La enfermería y su influencia en la humanización del cuidado de los pacientes en el entorno quirúrgico.

El hecho de que, en la actualidad la humanización del paciente esté tan arraigada en el ecosistema quirúrgico no ha pasado de forma fortuita, ha sido un proceso de ingeniería asistencial el cual ha demandado una ingente cantidad de planificación estratégica, la ejecución consciente de cada una de sus etapas y por supuesto un liderazgo que se ha fundamentado en la evidencia científica que respalda su postura. En un marco donde el personal de enfermería es el principal resguardo de la dignidad del paciente en la dirección clínica, el profesional opera con la premisa de que la excelencia al momento del cuidado está ligada irremediabilmente al equilibrio y a la integridad de quienes ejecutan los procedimientos quirúrgicos.

Por ende, la gestión que se requiere en la enfermería supera la gestión logística que se realiza de forma convencional y termina por erigirse como un puente capaz de poder transformar los principios éticos y los valores institucionales en las acciones que resguardan a los pacientes cada día y que pueden ser apreciados en la práctica de su profesión.

Bajo las directrices de la teoría del empoderamiento estructural se sostiene que los líderes que sean capaces de democratizar el acceso a la información, los que brinden soporte organizacional sólido y aquellos que puedan promocionar el crecimiento profesional, son los que terminan siendo capaces de estructurar equipos con un alto nivel de compromiso emocional, capaces también de proporcionar un cuidado y una atención especial que se distingue por la transmisión de empatía y calidez humana a los pacientes (44).

Aquel profesional del personal de enfermería que esté a cargo del bloque quirúrgico asumirá una misión sumamente crítica, la de garantizar que el ambiente terapéutico y cualquiera de los componentes pertenecientes a la infraestructura quirúrgica, los cuales muchas veces son infravalorados como elementos meramente técnicos, estén correctamente dispuestos para propiciar el confort y la recuperación del paciente.

Este tipo de arquitectura de la humanización requiere de una vigilancia constante y extrema de una gran cantidad de variables que dependen del ambiente, como, por ejemplo, la regulación térmica que se necesita para evitar la hipotermia inadvertida o la gestión acústica y lumínica adecuada para garantizar la comodidad del paciente tanto durante la inducción anestésica como en la etapa postoperatoria, con el propósito de mitigar el estrés y la ansiedad preoperatoria.

De esta manera, la administración del microclima quirúrgico se establece como un aspecto fundamental del cuidado en la enfermería, en donde se utiliza el control del entorno como un mecanismo de protección hacia el paciente cuando este se encuentra en su momento de mayor vulnerabilidad (45).

Con el propósito de que este tipo de liderazgo vaya más allá de la teoría, es necesario que las instituciones apliquen revisiones y auditorías sobre la calidad del cuidado humano a través de encuentros presenciales. En estos encuentros de supervisión ya no solamente se revisa lo que ya está, sino que se obliga a que esto mejore, no solamente estas rondas de supervisión verificarán los protocolos de asepsia o trazabilidad del instrumental, sino que se procederán a auditar la calidad de los vínculos que se forman entre el personal de enfermería y los pacientes, el resguardo de la intimidad de estos, su pudor y la efectividad de la comunicación asertiva durante el proceso.

Cuando la identificación de las conductas humanizadas se logran integrar en los sistemas formales de evaluación de desempeño, es cuando la dirección de enfermería logra que tanto la compasión como el respeto mutuo se posicionen como los indicadores claves del éxito tanto clínico como profesional (46).

Un enfoque administrativo como este a su vez fomenta un ecosistema laboral en donde el personal de enfermería deja de ser tratado como una simple pieza mecánica en una máquina sanitaria y empieza a ser reconocido como un agente terapéutico con un propósito propio y con autonomía. Es entonces cuando se puede apreciar el resultado, la creación de una cultura organizacional firme y estable, en donde el cuidado de los pacientes se da de forma natural. La sinergia aquí descrita no solamente optimiza el proceso de rehabilitación fisiológica del paciente, sino que también es capaz de hacer más sólida la percepción de seguridad y bienestar de todos los involucrados en el bloque quirúrgico (47).

Los pilares fundamentales en los cuales esta forma de cuidado se sostiene, se detallarán en la siguiente tabla.

Tabla 6. *Fundamentos de la arquitectura de humanización en la gestión quirúrgica*

Estrategia de gestión	Fundamentación teórica	Intervención liderada por enfermería	Indicador de éxito
Empoderamiento Estructural	Kanter	Mejor formación y mayor autonomía quirúrgica	Mayor compromiso y cantidad de talento
Diseño Ambiental Terapéutico	Teoría del Entorn	Control de ruido y gestión del confort.	Reducción de niveles de cortisol y ansiedad prequirúrgica
Gobernanza Clínica Humana	Teoría del Cuidado Humano	Protocolos de acompañamiento y respeto a la intimidad	Mejores experiencias de los pacientes
Seguridad Psicológica	Modelo de Edmondson	Ambiente abierto a críticas constructivas	Mayor cantidad de reportes adversos y mejoras de seguridad

Nota. Adaptado de: Kanter (44); Watson (46); Edmondson (47)

7.2 Calidad perioperatoria y mejora continua

Para poder proteger de forma efectiva la integridad del paciente y de esa manera potenciar la sostenibilidad de las instituciones de salud en pleno siglo XIX, la gestión de la calidad en el ámbito perioperatorio constituye un pilar crítico. Esta métrica no es solo un requisito burocrático de rutina, la calidad debe ser un imperativo ético y también una responsabilidad profesional la cual exige el perfeccionamiento sin interrupciones de los protocolos de intervención quirúrgica (48). En este escenario, el alcanzar un nivel de excelencia operativa requiere llevar a cabo un cambio completo de paradigma, dejar atrás las estructuras de gestión convencionales y enfocarse en una filosofía de cuidado holístico, en donde la competencia técnica de vanguardia en tecnología que avanza a pasos agigantados se fusione con la calidez al momento del cuidado y así mitigar mentalmente los efectos y peligros de la actividad quirúrgica en el paciente.

De esta manera la mejora continua se establece como una directriz que promueve la evolución de los centros hospitalarios al mismo tiempo que surgen los nuevos hallazgos científicos para poder satisfacer las crecientes expectativas de humanización y seguridad biológica (49).

El ciclo PHVA: El rigor científico aplicado a la operatividad de los entornos quirúrgicos

En el entorno quirúrgico hay un ecosistema que está definido por la gran volatilidad y la sofisticación técnica, entonces la calidad se concreta mediante un aprendizaje organizacional dinámico y la capacidad de tener una respuesta proactiva antes distintos problemas. El método científico, si se aplica a la ingeniería de procesos asistenciales, encuentra una de las herramientas más robustas en el ciclo de mejora continua, él es universalmente conocido como el círculo de Deming o ciclo PHVA, cuyas siglas se refieren a planificar, hacer, verificar y actuar.

Un esquema metodológico como este les ofrece a los profesionales de enfermería una estructura analítica sumamente poderosa para resolver fallos sistémicos a gran escala, como el retraso en las rotaciones del personal de una sala a otra o incluso la incidencia de las complicaciones postoperatorias, por supuesto, manteniendo siempre un enfoque que rechaza totalmente el castigo ante los errores humanos (50).

Según la evidencia bibliográfica de la que se dispone hoy en día, se puede confirmar de forma irrefutable que la estandarización metodológica a través de estos ciclos de mejora sistemática llega a repercutir de forma positiva en los indicadores de salud. Como, por ejemplo, se ha podido recolectar información sobre la aplicación de ciclos PHVA focalizados de forma rigurosa en la antisepsia y la preparación de la piel del paciente quirúrgico, demostrado que fue capaz de reducir las tasas de infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) en un 28% aproximadamente (51). Resultados como estos remarcan que la disciplina procedimental y el seguimiento de todos los estándares de seguridad no pueden verse solamente como unos trámites, sino una manifestación muy profunda referente al acto de cuidar que brinda otra capa de protección al individuo (52).

EL líder de enfermería desempeña una función transformadora que impulsa cada etapa de este ciclo:

- 1. Planificar:** En esta fase primero se necesita que se identifiquen de forma precisa las posibles brechas de calidad o incluso los cuellos de botella a través del análisis de datos reales y la evidencia local, se deben definir unos objetivos claros que luego serán cumplidos a través de la aplicación de los estándares internacionales.

2. **Hacer:** Los cambios a ejecutar deberán realizarse de forma controlada, comenzando primero a pequeña escala, lo cual permitirá ver el comportamiento general con las nuevas medidas sin comprometer la estabilidad total del sistema.
3. **Verificar:** Analizar los resultados de forma crítica y efectiva es de suma importancia, en esta etapa los indicadores obtenidos en la práctica deben contrastarse con los de las métricas previas para verificar la eficacia de la mejora implementada
4. **Actuar:** Cuando se verificó la eficacia de la intervención, entonces lo siguiente es la estandarización del proceso sea o no exitoso, ya que en este último caso se realizarán los ajustes necesarios para reiniciar el ciclo de refrigerante.

El marco de trabajo presentado es capaz de transformar cualquier deficiencia, cualquier descuido o incluso una ineficacia logística en una motivación que permita el desarrollo de la institución, promoviendo así una cultura de seguridad donde tanto el éxito del procedimiento como la protección del paciente no dependen únicamente de un profesional, sino de la arquitectura de un sistema que ha sido diseñado con criterios científicos que le permiten ser muy eficiente, y en primera instancia, humanizado (49).

Auditoría de cuidado y sistemas de indicadores en enfermería quirúrgica

En la alta complejidad de la práctica de la enfermería quirúrgica aparece el axioma fundamental de que cualquier proceso que no sea sometido a una medición bajo ciertos parámetros estrictos será susceptible de ser optimizado con precisión. Hoy en día la administración clínica moderna ha dado un salto hacia el diseño y aplicación de todos los indicadores de gestión que superan la visión burocrática, centrándose sobre todo en los resultados clínicos y también en la experiencia humana del usuario (53).

Históricamente la calidad que se aprecia en los bloques quirúrgicos se evaluaba de forma reactiva, es decir, se analizaban únicamente los desenlaces negativos como la mortalidad, las tasas de reintervención o también aquellos casos donde hubiera presencia de eventos adversos, no obstante, hoy en día, la vanguardia a nivel de asistencia se dirige principalmente hacia el uso de las medidas de resultados reportadas por el paciente (PROM), las cuales son herramientas psicométricas que permiten capturar y también permiten integrar la percepción subjetiva del individuo en aspectos como su recuperación, manejo del dolor, la percepción del confort térmico y también la calidez humana percibida durante su estancia en el entorno quirúrgico (53,54).

Estando guiada por un nuevo enfoque, la auditoría sobre los cuidados ya no es un mero ejercicio de fiscalización externa para pasar a ser un motor de visibilidad de lo que la literatura denomina el cuidado invisible, un concepto que abarca un conjunto de intervenciones de enfermería que a pesar de que no suelen estar en los balances de los costos hospitalarios, son el eje central de la seguridad y también el bienestar del paciente. La aplicación a nivel técnico de los indicadores le da el poder a la enfermera líder para poder monitorizar, de manera dinámica y también en tiempo real, sus procesos vitales, y uno de los máximos exponentes de esta gestión es la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS (55).

Esta lista de verificación no es solamente una norma de seguridad, sino que también es un importante indicador de que tanta madurez y que tanta cohesión hay en el equipo quirúrgico, lo que forma un acto de vigilancia activa y consciente (56). Esta práctica ha dejado progresivamente de ser un requisito administrativo para pasar a ser una estrategia efectiva de comunicación crítica, pues valida la responsabilidad que comparten todos los miembros del equipo quirúrgico, algo que ha sido posible debido a que ha sido integrada de forma auténtica por los profesionales de la salud alrededor del mundo.

Es importante destacar que la auténtica humanización de la auditoría se puede ver en el momento que el análisis estadístico de los datos se utiliza para ver cuáles son las brechas entre la empatía y la aplicación de los cuidados fisiológicos. Un ejemplo claro de esto es cuando un indicador específico muestra que en el sistema de protección térmica hay fallos, pues un líder de enfermería no debe solo limitarse a corregir el fallo técnico, también debe intervenir en la estructura total del proceso para asegurar que tanto la dignidad como la integridad física de cada futuro estén garantizadas, siendo de este modo, como el indicador se desprende de su pragmatismo numérico y también se redefine como la evidencia de una promesa de cuidado profesional (2).

Con el propósito de integrar los datos y valores en la actividad asistencial del día a día, se diseñó la siguiente tabla para exponer una matriz que junta la presión de las métricas técnicas con la empatía del cuidado humano.

Tabla 7. *Indicadores de calidad en la unidad quirúrgica en función del enfoque humano.*

Indicador	Dimensión técnica (seguridad)	Dimensión humana (percepción)	Meta de excelencia
Seguridad	Tasa de cumplimiento de la Lista de Verificación	Percepción de seguridad y confianza del paciente	100% de adherencia técnica y afectiva
Confort Físico	Mantenimiento de la normotermia (>36°C) en el transoperatorio	Confort térmico y ausencia de escalofríos en URPA	>95% de pacientes en rango térmico
Gestión del Dolor	Tiempo de respuesta ante el reporte de dolor	Satisfacción con el manejo del dolor	Dolor EVA < 3 y satisfacción > 90%
Eficiencia Ética	Índice de suspensiones por causas prevenibles	Nivel de ansiedad por reprogramación	<2% de suspensiones prevenibles

Nota. Adaptado de: Watson (34); Haynes et al. (56); Nelson (54); Allegranzi et al (51)

Conclusiones sobre la gobernanza y excelencia en el bloque quirúrgico

La gestión actual de las unidades quirúrgicas de alta especialidad ha desatado la necesidad de hacer una transición definitiva hacia modelos de gobernanza los cuales consideren tanto el avance tecnológico como en el trato a los pacientes. De ahí que el rol de liderazgo en la enfermería incluya también la responsabilidad de actuar como arquitecto de procesos, con el fin de asegurarse que la eficiencia operativa no sea el fin de toda la operación, sino solamente un medio que garantice tanto la seguridad como el respeto hacia el paciente (57).

Según toda la evidencia que ha sido recolectada, solamente a través de una integración sistémica de la bioética, la evolución constante del cuidado tomando como base el ciclo PHVA y también la auditoría de los cuidados centrada en la experiencia del paciente, será posible la construcción de un sistema de salud efectivo y también humano. Es importante que de esta manera no se perciban la optimización de los flujos de trabajos y la reducción de la variabilidad clínica a través de la estandarización como una mecanización de la práctica, sino que se considere un ejercicio de responsabilidad profesional el cual permitirá la protección del paciente ante un error sistémico (58).

La capacidad de liderazgo de equipos multidisciplinarios bajo un modelo transformacional será el futuro de la enfermería perioperatoria, y el empoderamiento del personal al igual que la vigilancia del entorno terapéutico serán los pilares sobre los que se fundamentará la calidad.

El indicador más auténtico de una institución de vanguardia será el del cuidado invisible, el cual representa tanto el silencio que se puede dar en un quirófano hasta la comunicación empática con el paciente o familiares (59). En última instancia, un bloque quirúrgico se podrá considerar exitoso si logra alcanzar tanto la precisión de la técnica como la compasión hacia los pacientes, fusionando ambos aspectos y de esta manera asegurando que la intervención sea previsible, segura y digna para el ser humano que ha entregado su confianza al equipo y al sistema de salud (60).

Gestión del cambio en las organizaciones de la salud y las transformaciones culturales

Hoy en día, los retos más complejos que se presentan en la nueva dirección de la enfermería y que deben ser vencidos si se quiere lograr el ideal anteriormente planteado es la inercia operativa, la cual a menudo aparece como la repetición paso a paso de las rutinas que se llevan a cabo todos los días. Bajo este panorama, la gestión del cambio se puede enmarcar como concepto tomándolo como un proceso psicosocial el cual debe ser realizado por un mando de liderazgo que sea capaz de integrar tanto el conocimiento técnico avanzado como un nivel de inteligencia emocional elevado, porque solo a través de esta perspectiva se puede llevar a cabo un cambio cultural y un compromiso genuino con los niveles más alto de seguridad y excelencia (57,58).

Una de las maneras para estructurar esa transición, es el modelo de transformación organizacional de Kurt Lewin, este modelo presenta un marco teórico de suma importancia, el cual empieza con el descongelamiento de todas las prácticas que ya son obsoletas, un punto para el cual se utilizan evidencias científicas y datos de desempeño local que muestren la necesidad que hay de mejorar. Una vez finalizada esta parte donde el equipo reconoce que hay una necesidad de mejora, se procede a la fase de movimiento, en la cual se irán adoptando nuevos protocolos para finalmente congelar la nueva cultura emergente, y de esta manera se consolidan los avances a través del refuerzo positivo, la capacitación constante con nuevas tecnologías y la estandarización y normalización de procesos con éxito clínico probado (57).

En este cambio la humanización implica comprender que el personal sanitario también se encuentra atravesando estados de profunda vulnerabilidad antes las nuevas tecnologías o los cambios en las normas, por eso el líder del área quirúrgica, utilizando un enfoque pedagógico debe evitar la coacción e imponer a quienes están bajo su mando las nuevas prácticas, en vez de esto, debe optar por involucrar activamente al personal en el diseño de las nuevas estrategias, fomentando el sentimiento de participación.

Por ejemplo, cuando se introducen tecnologías que inducen cambios muy grandes en el paradigma de la salud como la cirugía robótica o los sistemas de navegación digital, se debe tener una gestión con una visión muy humana la cual garantice la capacitación técnica esté acompañada con una reflexión profunda.

La dirección de enfermería debe asegurarse que la introducción de los nuevos dispositivos no rompa con la propia esencia del cuidado, por lo que es necesario reorientar la cultura de la organización hacia la humanización, algo que significa convencer al equipo de que sin importar que esté presente la tecnología más avanzada, solamente será una herramienta cuyo uso está ligado al juicio ético, presencia y la mirada del profesional frente a un paciente (2,58).

Por ende, la evolución continua del entorno quirúrgico debe ser entendida como un ciclo virtuoso en el que la precisión técnica y la calidez emocional se presentan como dimensiones que no pueden ser separables. Es importante destacar que la excelencia no proviene de actos perfectos aislados uno de otro, sino de los sistemas tan robustos que son capaces de valorar los datos clínicos y el trasfondo del paciente, tratando de establecer un ecosistema sanitario en donde la ciencia médica y la compasión avancen a un propósito común (59).

7.3 Investigación y práctica basada en la evidencia (PBE) en el ámbito quirúrgico

El hecho de que la evolución de la enfermería quirúrgica hacia una disciplina de vanguardia ha significado que, de forma imperativa, esta abandonó los modelos fundamentados solamente en la tradición o la intuición con el propósito de adoptar de pleno el paradigma de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE). Una metodología como esta se cimienta como el eje transversal que protege la seguridad del paciente, la excelencia técnica y también la humanización del entorno perioperatorio (60).

Hay que destacar que la investigación en el área quirúrgica no debe ser vista como un mero ejercicio académico, sino como un proceso sistemático en el que se indaga de forma ética y

científica cuyo propósito es validar, refinar y también ampliar el conocimiento ya existente, lo que permite el desarrollo de nuevas teorías que a su vez se complementan con los avances técnicos como al soporte emocional del paciente que está a punto de enfrentarse a un procedimiento quirúrgico (36).

Entre los beneficios que otorga el uso de la PBE en el bloque operatorio se encuentran la mitigación de la variabilidad clínica la cual carece de justificación científica, además de optimizar de forma inteligente todos los recursos institucionales y eleva también la autonomía profesional del personal de enfermería, tanto si es del área de instrumentación como del área de circulante.

Si el profesional es capaz de convertir la incertidumbre clínica en una pregunta de investigación estructurada entonces habrá trascendido su función de solamente ejecutar tareas y habrá pasado a transformarse en un líder intelectual, además de un facilitador del progreso científico en su unidad quirúrgica (61).

Metodología de la investigación aplicada a la enfermería quirúrgica

Al momento de llevar a cabo la investigación científica en un entorno quirúrgico se tiene como un imperativo tanto ético como técnico que supera los límites del aula. Como consecuencia de la naturaleza crítica de las intervenciones y también del avance tecnológico en el bloque operatorio, por lo que se requiere un manejo cuidadoso que sea capaz tanto de manejar la precisión tecnológica con el apoyo humanista hacia el paciente.

En un ambiente de alta complejidad, la metodología de la investigación tiene la función de ser la hoja de ruta a seguir, faculta al profesional de enfermería para identificar de forma temprana fallas en la atención a los pacientes y así poder desarrollar soluciones validadas mediante el método científico, de manera que asegura que cada intervención sea un baluarte de seguridad para el paciente (62).

Un compromiso como este con el método científico provee la certeza de que el entorno quirúrgico no sea simplemente un espacio de operación, sino también que funciona como un laboratorio de mejora continua en el que la teoría y la práctica llegan a converger con el propósito de que los estándares de cuidado lleguen a niveles de excelencia.

Bajo esta premisa se deduce que el bloque quirúrgico no se alcanza simplemente a través de acciones aisladas de los individuos, sino que se tiene que llegar a ella a través de un proceso meticuloso y sumamente riguroso, siendo que el camino hacia la generación de conocimiento comienza de forma fija por el diagnóstico, la delimitación y de precisión conceptual.

- 1. Identificación del problema y formulación de la pregunta clínica:** esta primera etapa es de suma importancia para el éxito de cualquier investigación, todo estudio cuyo propósito sea el de generar impacto en el área perioperatoria nace de la necesidad real en el campo de asistencia directa. Con el propósito de transformar una observación cotidiana en un objeto de estudio con el propósito de validez científica, es necesario que se estructure la inquietud inicial siguiendo los estándares metodológicos internacionales. Con el fin de cumplir con esto se utiliza el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Outcome o Resultado), este modelo sirve como una brújula que orienta la investigación hacia la mejora de indicadores vitales (63). Los tres pilares fundamentales en los que se cimienta esta fase son:
 - i.** Fundamentación tórica, en la que se postula que el conocimiento especializado no es estático, sino que emerge de la interacción entre la teoría científica y la realidad del quirófano.
 - ii.** Evidencia científica, esta es la literatura especializada la cual ratifica que las unidades quirúrgicas puedan estructurar sus preguntas basándose en dilemas que logren una disminución significativa de los eventos adversos (64,65).
 - iii.** Aplicación técnica, en este proceso se materializa el uso de algoritmos, los cuales permiten organizar los problemas detectados según su severidad, frecuencia de aparición y viabilidad logística.
- 2. Diseños de investigación en el entorno quirúrgico:** una vez que la pregunta clínica se ha definido, el diseño metodológico pasa a ser el plan de batalla con el objetivo de conducir la investigación, el investigador en este punto debe elegir el método que le otorgue la mayor precisión posible al momento de recolectar los datos, para que se garantice que la técnica seleccionada pueda capturar la esencia del fenómeno estudiado. La vanguardia en la enfermería quirúrgica promueve una visión que integre tanto el rigor de las métricas cuantitativas con la rigurosidad analítica de un

En el área quirúrgica profesional se debe rechazar cualquier visión que intente dividir o separar la precisión técnica de la empatía hacia el paciente, por otro lado, la generación de conocimiento científico exige que se adopte un enfoque de triangulación metodológica, un modelo en donde la evidencia cuantitativa sobre seguridad biológica y efectividad técnica se junta de forma coherente con la comprensión de la vivencia humana del paciente (71). Esta es la síntesis que permite al personal de enfermería, tanto el instrumentista como el circulante, y entonces trascender la ejecución mecánica de las tareas, además al cimentar sus decisiones en una estructura que junta la eficiencia clínica con el imperativo ético, el profesional define un modelo de excelencia centrado en el paciente (72,73). En la siguiente tabla se puede apreciar los objetivos, metodologías y también el impacto que definen la investigación moderna.

Tabla 8. *Matriz de triangulación en la investigación quirúrgica*

Dimensión	Enfoque técnico	Enfoque humanístico
Objetivo	Mejora de la seguridad biológica	Preservación de la integridad del paciente
Metodología	Diseños experimentales y cuasiexperimentales	Fenomenología, Etnografía y Teoría Fundamentada
Indicador	Menor tasa de infección, tiempos quirúrgicos, estabilidad hemodinámica	Nivel de ansiedad y satisfacción del paciente
Impacto	Menos complicaciones físicas y estancias hospitalarias	Mejora de la resiliencia y vínculo terapéutico

Nota. Adaptado de AORN (36); Grove & Gray (71); Goodman (73)

- 4. Búsqueda avanzada y lectura crítica de literatura científica:** al momento en el que la pregunta de investigación está estructurada y está definido el diseño de investigación, se orienta el proceso hacia la localización de evidencia científica confiable y actualizada, algo que en la era de la información, requiere de habilidades avanzadas en alfabetización internacional por parte de la enfermería quirúrgica. Este tipo de habilidades le permiten al profesional navegar con suma eficacia en los ecosistemas digitales complejos, asegurando de esta manera la recuperación de datos, su validez, fiabilidad y pertinencia al tema (74).

Estrategias de búsqueda de alto impacto

El empleo de lenguajes estandarizados es la base en la que coloca la optimización de la recuperación documental con el objetivo de garantizar la exactitud de los resultados. Para esto es necesario el uso de vocabulario controlado, sobre todo los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (descriptores en Ciencias de la Salud), necesarios para que el ruido informático sea filtrado. Cuando estos términos se utilizan con operadores booleanos (AND, OR, NOT), por lo que se logra una delimitación quirúrgica de las intervenciones de enfermería para que de esta manera no se cargue demasiada información irrelevante y los resultados puedan ser clínicamente aplicables (75).

Con el propósito de llevar a cabo esa recuperación sistemática y exhaustiva donde se destacan varios repositorios especializados de alto nivel.

Por un lado, se encuentra el PubMed/MEDLINE, un motor de búsqueda de evidencia clínica a nivel global, cuya efectividad aumenta cuando se usan filtros de alta precisión y se seleccionan revisiones sistemáticas que representan la cúspide de la pirámide de la evidencia.

También se puede encontrar CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), para la disciplina es el recurso por excelencia, con un valor distintivo que reside en la indexación de literatura especializada sobre cuidados perioperatorios, gestión de la salud y también dimensiones psicosociales, lo que ofrece una perspectiva holística que a menudo escapa al enfoque puramente biomédico.

Otro repositorio de alto nivel es Scopus y Web of Science (Wos), una base de datos que resulta crítica para realizar análisis bibliométrico de calidad que permiten identificar tendencias globales en la enfermería, además de que se puede monitorizar el impacto de las publicaciones mediante indicadores.

Lectura crítica de la literatura y niveles de evidencia

Una vez que se llevó a cabo la recuperación de la información, el liderazgo en la enfermería quirúrgica tiene la responsabilidad de ejercer un filtro intelectual a través de la lectura crítica, en un proceso que no solo se limita a la comprensión total de cada uno de los textos, sino también la evaluación incansable de la validez de los mismos, la fiabilidad de los resultados y la aplicabilidad que estos puedan llegar a tener en el quirófano, con este propósito se pueden

llegar a emplear herramientas de evaluación como las de la plataforma CASPe o también las guías PRISMA, las cuales se encargan de ayudar a discernir cuando la evidencia encontrada de verdad posee el rigor necesario para cambiar una práctica ya establecida (76).

Hoy en día, el profesional debe ser capaz de organizar la información según la jerarquía de la evidencia, además de priorizar los metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados al momento de tomar a cabo las decisiones técnicas, además de estudios cualitativos de alta calidad con el propósito de mejorar la experiencia del paciente, un rigor que diferencia a una enfermería que solo ejecuta órdenes, de una líder especializada en su práctica de la ciencia (77).

La lista de verificación como evidencia de acción

Al momento de implementar la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS (55), se puede decir que ya se ha implementado la máxima expresión de la práctica basada en la evidencia, y que la seguridad del paciente en el entorno perioperatorio es la máxima prioridad. Más que un requisito burocrático, esta lista de verificación es el resultado de una cantidad inmensa de evidencia sobre la prevención de errores humanos en los entornos más críticos posibles.

Si se ejecuta de manera correcta, bajo la supervisión calificada de la enfermera circulante líder o del líder del bloque, es entonces que se garantiza una comunicación estratégica entre el cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería. Según toda la evidencia científica de la que se tiene constancia, el cumplimiento riguroso de cada una de las fases de verificación ayuda a reducir de forma drástica las complicaciones al momento de realizar una intervención quirúrgica y también evita una gran cantidad de problemas postoperatorios, disminuye la mortalidad y ayuda a transformar la cultura a una de seguridad enfocada en el paciente.

El impacto de como los resultados afectan al cuidado

Una vez que todos estos conceptos son aplicados en la práctica, se traducen de forma inmediata la cual puede ser apreciada en los indicadores de calidad, pues cuando el equipo quirúrgico adopta un enfoque que está basado en la evidencia, se puede ver como hay disminuciones sistemáticas en las tasas de infecciones en el sitio quirúrgico, una mejor gestión del dolor y también menos tiempos muertos operativos.

Sin embargo, el momento de beneficio más profundo se manifiesta en el paciente, pues tras la aplicación de todos los procedimientos validados de forma científica, en conjunto con el

liderazgo ético, el paciente tiene asegurado que su paso por la unidad quirúrgica sea seguro, fluido y sumamente respetuoso (78). En última instancia, tanto la investigación como la práctica que se basa en las evidencias son solo herramientas de las que disponen el personal de enfermería al momento de ofrecer un cuidado que es de alta tecnología y muy humano (34).

El rol del líder en la transferencia del conocimiento

La transferencia del conocimiento es la fase final de la metodología de investigación pues es donde llega directamente al lecho del paciente, sin dudas el paso más complejo, pues para esto se deben superar una gran cantidad de barreras, una de ellas siendo la resistencia al cambio institucional, y es aquí cuando la enfermera líder actúa como una traductora de evidencia, para convertir los hallazgos científicos complejos en guías de aplicación sencillas, aplicables hasta para equipos multidisciplinarios.

La implementación de las soluciones basadas en la ciencia, como son los protocolos de recuperación intensificada tras la cirugía, son las pruebas de que el rigor metodológico es de impacto directo. Una vez bajo esta visión, ya la investigación ha dejado de ser una simple actividad aislada en un laboratorio a ser una declaración de la humanidad, convirtiéndose en una prueba de que el quirófano estará respaldado de la mejor forma posible.

7.4 En el camino hacia una cultura de excelencia, la implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC).

La consolidación de la enfermería quirúrgica ha dependido de su capacidad para institucionalizar la PBE, un enfoque que ha elevado el estatus profesional del personal, y que construye un entorno seguro donde los errores pueden ser prevenidos con el desarrollo de sistemas humanizados. La etapa culminante de la PBE se aborda en las Guías de Práctica Clínica, y en esta fase el conocimiento científico previamente validado se convierte en protocolos de actuación al igual que en recomendaciones claras las cuales buscan estandarizar el proceso de atención clínica, con la mejor calidad posible.

Un procedimiento como esta necesita adoptar y mejorar sus protocolos de forma casi constante, algo que para llevar a cabo hace falta que cuente con un liderazgo transformacional, en donde se puedan llevar las barreras organizacionales de forma activa, es importante que esto no se vea como una imposición para mecanizar el ambiente, sino que debe tratarse a través de una adopción activa, crítica y reflexiva.

Se puede determinar que una implementación ha sido exitosa si se exige y se cumple una estrategia de gestión que logre alinear la cultura de la unidad quirúrgica con toda la documentación respaldada, con el fin de garantizar que el saber científico se traduzca en una mejora real de los resultados en las intervenciones quirúrgicas.

El modelo de Iowa, un marco de referencia para la transferencia de evidencia

Para que los constantes cambios que ocurren en el bloque quirúrgico puedan ser soportados y asimilados por la unidad, se debe tener la capacidad de reaccionar a esos cambios, para los cuales hay muchos marcos metodológicos muy robustos que dan estructura a la transformación de las organizaciones. Según el modelo de implementación de Iowa, el cual ha sido catalogado como el estándar de oro dentro de la enfermería quirúrgica en la actualidad, si se desea guiar el flujo de la evidencia científica hasta la cama del propio paciente (79).

Este modelo establece disparadores o detonantes los cuales inician el proceso de mejora continua a través de dos formas principales:

1. **Disparadores de conocimiento:** estos saltan cuando surge hallazgos científicos, innovaciones tecnológicas disruptivas o la publicación de GPC actualizadas que mejoran los protocolos actuales.
2. **Disparadores de problemas:** este tipo de alarmas tienen su origen en la práctica diaria y se basan principalmente en la monitorización de indicadores vitales críticos.

Cuando se adopta este modelo, el equipo quirúrgico se asegura que cualquier modificación que se vaya a hacer en la técnica o en caso de que se vaya a hacer un procedimiento, este posea un respaldo metodológico sin fisuras, alineando sus decisiones con los estándares de seguridad (79).

Fases de operación del modelo de Iowa en la Unidad Quirúrgica

En un entorno perioperatorio, la aplicación de este modelo se debe llevar desde cuatro etapas estratégicas diseñadas con el propósito de garantizar la sostenibilidad de todos los cambios o innovaciones del área (79):

1. **Prioridad estratégica:** en la realización de esta fase, se analiza primeramente la relevancia del problema en función con los objetivos de la institución u organización,

se evalúa el impacto de la evidencia y se aseguran de que los recursos se enfoquen en donde sea más crítico.

2. **Configuración de un equipo:** debido a la gran complejidad actual de un quirófano, es de suma importancia que se arme un equipo que incluya personal de enfermería, cirugía y anestesiología, una colaboración transdisciplinaria que asegure obtener distintos puntos de vista sobre el problema.
3. **Evaluación de los resultados:** en este punto se lleva a cabo un análisis exhaustivo sobre la literatura recuperada (80), además de que se sintetizan todos los datos que se obtuvieron para poder elaborar los protocolos que sean técnicamente más sólidos, y sobre todo, que sean aplicables en el ámbito que se quería en un principio.
4. **Pilotaje y validación de la práctica:** antes de que se estandarice a nivel institucional un procedimiento, se debe realizar la implementación en un entorno controlado y real. Esta fase representa una prueba de gran importancia pues permite realizar los ajustes necesarios antes de la adopción definitiva.

7.5 Los horizontes futuros, la innovación tecnológica y el compromiso del ecosistema

Debido a la Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), la enfermería quirúrgica se encuentra atravesando una metamorfosis hacia un perfil profesional distinguido por la autonomía clínica robusta, fundamentada en la toma de decisiones complejas, siendo la EPA la que se coloca en lo más alto de la especialización asistencial.

En este ecosistema, hay una convergencia entre la inteligencia artificial (IA) y la analítica del Big Data, los cuales no pretenden sustituir la habilidad humana, sino más bien lo que se desea es maximizarla, pues estas operan como herramientas de alta precisión que puedes utilizar según sus capacidades.

Los algoritmos de aprendizaje profundo en la actualidad son capaces de monitorizar y procesar señales en apenas milisegundos, de esta manera llegando a detectar patrones mucho más sutiles de inestabilidad hemodinámica antes de que se manifiesten los síntomas perceptibles. La capacidad predictiva también facilita el cambio de paradigma, pues se puede pasar de estar en una enfermería donde la tecnología actúa como un gran aliado de la excelencia química.

La humanización tecnológica es un tema de vital importancia pues tiene que ver también con la reingeniería estructural de los procesos hospitalarios, cuando fueron negados en sistemas automatizados, el profesional recupera un espacio esencia al lado del paciente, lo que permite una presencia terapéutica de mayor calidad en sus momentos de vulnerabilidad. De modo que el desafío para la enfermería es poder implementar las nuevas herramientas, asegurándose de que no se pierda el contacto humano del paciente.

REFERENCIAS

1. Milosky et al. Representações sociais da autonomia profissional do enfermeiro no centro cirúrgico. *Revista Cuidarte*. 2020; 11(1).
2. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring. *Open Journal of Nursing*. 2008; 7(5).
3. Locsin R. Technological Competency as Caring in Nursing (TCCN). *Nursology.net Intern*. 2005.
4. Martínez M, Chamorro E. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero: Elsevier España; 2023.
5. Mendez R, Masache J. Cuidado humanizado de Enfermería en pacientes ingresados en el área de Medicina Interna del hospital Manuel Ignacio Monteros IESS de la ciudad de Loja durante Diciembre 2019 a Febrero 2020. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos*. 2020; 3(2).
6. Oklahoma City University Online. The history of nursing: ancient times to today. [Online].; 2023. Available from: <https://online.okcu.edu/nursing/blog/the-history-of-nursing-ancient-times-to-today>.
7. Pozueco N. La evolución de la Enfermería Quirúrgica y la figura del perfusionista: Editorial Ocronos; 2021.
8. Cedeño et al. Introducción a la Práctica de la Enfermería Quirúrgica: Mawil Publicaciones de Ecuador; 2018.
9. Comelles J. Curar y Cuidar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria. *Rev. Rol de Enfermería*. 1992.
10. Turkowski Y, Turkowski V. Florence Nightingale (1820-1910): The Founder of Modern Nursing. *Cureus*. 2024; 16(8).
11. Foucault M. El Nacimiento de la Clínica: Editores Argentina; 2004.

12. Baeta M. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*. 2015; 13(2).
13. Beltrán O. La práctica de enfermería en la alta tecnología. *Index Enferm*. 2015; 24(1-2).
14. Sanz A. La importancia de la comunicación no verbal en el entorno quirúrgico. *Rev Enferm Quir*. 2019; 12(41).
15. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía Ginebra: OMS; 2009.
16. Reason J. *Managing the risks of organizational accidents* Aldershot: Ashgate; 1997.
17. Hollnagel E. *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*: Ashgate Publishing; 2014.
18. Sánchez J. *La humanización en el área quirúrgica: una perspectiva desde la fenomenología* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2021.
19. Sánchez et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de áreas críticas. *Rev Enferm IMSS*. 2021; 29(1).
20. Watson J. *Caring Science as Sacred Science* Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
21. Gomes et al. Seguridad del paciente en el centro quirúrgico: planeamiento de la asistencia de enfermería perioperatoria. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016; 10(2).
22. Aranaz et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(6).
23. Baruquer et al. Humanización de los cuidados de enfermería en el quirófano. Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021; 2(1).
24. Porras M, Herrera P. Desafíos en la Formación y Capacitación de Enfermeras en el Sistema de Salud Ecuatoriano. *Revista Científica*. 2022; 1(3): p. 60-75.
25. Watson J. *Human Caring Science: A Theory of Nursing*: Jones & Bartlett Publishers; 2012.
26. Hosseini M, Soltanian M. Application of Roy's Adaptation Model in Clinical Nursing: A Systematic Review. *Journal of Iranian Medical Council*. 2022; 5(4): p. 540-556.

27. Zambrano et al. Cuidado humanizado: La esencia de la enfermería: Mawil Publicaciones; 2025.
28. da Rocha et al. Teoría del cuidado humano de Jean Watson y su aplicabilidad en los cuidados y educación de enfermería: revisión integrativa. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*. 2025;(48): p. 1-22.
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Seguridad del Paciente. Dirección Nacional de Normatización: Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud; 2015.
30. Cañas T. Paradigma de los profesionales de enfermería en el área quirúrgica sobre el cuidado profesional: Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; 2019.
31. Gómez et al. Claves para optimizar la eficiencia de un bloque quirúrgico. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2019; 66(2): p. 104-112.
32. Bass B, Riggio R. *Transformational Leadership*. Second Edition ed. New York: Psychology Press; 2006.
33. Talero et al. Una revisión de la literatura sobre atención médica Lean: estrategias de implementación, desafíos y futuras direcciones de investigación. *Cogent Engineering*. 2024; 11(1): p. 1-9.
34. Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. First edition ed.: University Press of Colorado; 2008.
35. Edmondson A. *La organización sin miedo: creando seguridad psicológica en el lugar de trabajo para el aprendizaje, la innovación y el crecimiento*. First edition ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2018.
36. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). *Directrices de la AORN para la práctica perioperatoria: Estándares quirúrgicos, de quirófano y otros estándares perioperatorios*. [Online].; 2026 [cited 2026 febrero 9. Available from: <https://www.aorn.org/guidelines-resources/guidelines-for-perioperative-practice>.

37. International Council of Nurses (ICN). The ICN Code of Ethics for Nurses. [Online].; 2021 [cited 2026 febrero 12. Available from: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses>.
38. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford New York: Editura Oxford University Press.; 2019.
39. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. Am J Bioeth. 2019; 19(11): p. 9-12..
40. Aiken et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014; 383(9931): p. 1824-30.
41. Armstrong A. Nursing ethics: A virtue-based approach. Nueva York: Palgrave Macmillan.; 2007.
42. Aiken L, Sloane D, Bruyneel VdHK, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014; 383(9931): p. 1824-30.
43. Singh S. The nexus between nurse burnout, missed care and patient outcomes. Doctoral dissertation. Pennsylvania]: University of Pennsylvania ; 2019.
44. Kanter R. Hombres y mujeres de la corporación. 2nd ed. Nueva York.: Basic Book, Nueva York.; 1993.
45. Bramhall E. Habilidades de comunicación efectiva en la práctica de enfermería. Nurs Stand.. 2014; 29(14): p. 53-9.
46. Watson J. Ciencia del cuidado unitario: filosofía y praxis de la enfermería Louisville, Colorado : University Press of Colorado.; 2018.
47. Edmondson A, Lei Z. Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 2014; 1(1): p. 23-43.
48. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices mundiales para la prevención de la infección del sitio quirúrgico. [Online].; 2018 [cited 2026 febrero 4. Available from:

https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK536404/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc.

49. Joint Commission International. Standards for Hospital Accreditation. Seventh edition ed. Illinois, U.S.A: Joint Commission Resources; 2020.
50. Deming W. Out of the crisis : MIT Press.; 2000.
51. Allegranzi et al. Nuevas recomendaciones de la OMS sobre medidas intraoperatorias y postoperatorias para la prevención de infecciones del sitio quirúrgico: una perspectiva global basada en la evidencia. *Lancet Infect Dis*. 2016; 16(12): p. e288-e303..
52. Spruce L. Back to basics: implementing evidence-based practice. *AORN J.* 2015; 101(1): p. 106-12; quiz 113-114.e4.
53. Black N. Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*. 2013; 346: p. f167.
54. Nelson E, Eftimovska E, Lind C, Hager A, Wasson J, Lindblad S. Medidas de resultados informadas por los pacientes en la práctica. *BMJ*. 2015; 350: p. Article g7818.
55. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Directrices de la OMS para una cirugía segura: la cirugía segura salva vidas. [Online].; 2009 [cited 2026 febrero 13. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>.
56. Haynes et al. Lista de verificación de seguridad quirúrgica para reducir la morbilidad y la mortalidad en una población mundial. *New England Journal of Medicine*. 2009; 360(5): p. 491-499..
57. Burnes B. Kurt Lewin y el enfoque planificado del cambio: Una reevaluación *Journal of Management Studies*. *Journal of Management Studies*. 2004 ; 41(6): p. 977-1002..
58. Kotter J. *Leading change* Boston, MA.: Harvard Business Review Press.; 2012.
59. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. [Online].: AHRQ No. 08-0043. ; 2008 [cited 2026 febrero 14. Available from: <https://member.aanlcp.org/wp-content/uploads/2022/03/Patient-Safety-and-Quality-An-Evidence-Based-2008.pdf>.

60. Stevens K. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs.* 2013; 18(2): p. Artículo 4.
61. Melnyk B, Fineout-Overholt E. *Práctica basada en la evidencia en enfermería y atención médica: una guía de buenas prácticas.* 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
62. Gómez R. La investigación en enfermería quirúrgica: de la técnica a la humanización de la asistencia. *Nure Inv.* 2019; 16(99): p. 1-4.
63. Polit D, Beck C. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice.* 11th ed. Filadelfia: Wolters Kluwer/Lippincott/Williams & Wilkins Health; 2021.
64. Smith S. Evidence-based practice in perioperative nursing: a literature review and suggestions for change. *Can Oper Room Nurs J.* 1997; 15(3): p. 12-5.
65. A'aqoulah A, Al-Hussami M, Al-Kloub M. The impact of patients' engagement in the prevention of surgical site infections: A systematic review. *Infection and Drug Resistance.* 2025; 18: p. 5762-5775.
66. Creswell J. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches.* 6th ed. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.; 2023.
67. Patton M. *Qualitative Research & Evaluation Methods.* 5th ed. Saint Paul: SAGE Publications, Inc; 2020.
68. Johnson R, Onwuegbuzie A. Investigación de métodos mixtos: Un paradigma de investigación cuyo momento ha llegado. *Educational Researcher.* 2019 ; 33: p. 14-26.
69. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para la investigación médica con participantes humanos. [Online].; 2026 [cited 2026 febrero 15. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>.
70. Das N, Sil A. Evolución de la ética en la investigación clínica y Comité de Ética. *Indio J Dermatol.* 2017; 62(4): p. 373-379..
71. Grove S, Gray J. *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice.* 8th ed. St. Louis. Missouri: Elsevier; 2021.
72. Kerridge et al. Ethics and evidence based medicine. *BMJ.* 1998; 316(7138): p. 1151-3..

73. Goodman K. *Ética y Medicina Basada en la Evidencia: Falibilidad y Responsabilidad en la Ciencia Clínica*: Cambridge University Press ; 2002.
74. Santana et al. Integración de competencias digitales en la formación de profesionales de enfermería. *Innova Science Journal*. 2025; 3(3): p. 356-373.
75. National Library of Medicine (NLM). Encabezamientos de materias médicas 2026. [Online].; 2026 [cited 2026 febrero 16. Available from: <https://meshb.nlm.nih.gov/>].
76. Guyatt et al. *Guías del usuario para la literatura médica: Manual para la práctica clínica basada en la evidencia*. 3rd ed.: McGraw-Hill Education.; 2015.
77. Manterola et al. Sesgos en investigación quirúrgica. *Revista Chilena de Cirugía*. 2022; 74(4): p. 1-10.
78. Shea et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare intervention. *BMJ*. 2017; 358: p. j4008..
79. Buckwalter et al. Elaborado en nombre del Colaborativo del Modelo Iowa. *Modelo Iowa de Práctica Basada en la Evidencia: Revisiones y Validación*. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017; 14(5): p. 425.
80. Fineout et al. Evidence-based practice step by step: Critical appraisal of the evidence: part I. *Am J Nurs*. 2010; 10(7): p. 47-52.
81. Reason J. *Gestión de los riesgos de accidentes organizacionales*. Primera Edición ed.: Routledge; 1997.
82. López G, Venegas B, Abril R, Santos N. *Gestión de enfermería: estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente*. Primera Edición ed. São Paulo: Sapienza Grupo Editorial; 2023.
83. AORN. *Práctica basada en la evidencia en enfermería y atención médica*. [Online].; 2026 [cited 2026 febrero 17. Available from: <https://www.aorn.org/guidelines-resources/clinical-resources/evidence-based-practice>].
84. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z. El enfoque del JBI para la implementación de evidencia: un modelo de proceso de siete fases para apoyar y guiar la puesta en práctica de la evidencia. *JBI Evid Implement*. 2023; 21(1): p. 3-13..

85. Hasan F, Thakkar A, Sahoo A, Goyal W, Seth K, Jayakumar S. Liderazgo y toma de decisiones éticas en la gestión sanitaria. *Health Leadership and Quality of Life*. 2024; 3: p. 379.
86. Ljungqvist O, Scott M, Fearon K. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg.* 2017; 152(3): p. 292-298..
87. Spruce L. Back to Basics: Surgical Skin Antisepsis. *AORN J.* 2016; 103(1): p. 96-100; quiz 101-2..
88. Moreno T, Fuentelsaz C, de Miguel A, González E, Clarke S. Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investiga. *J Clin Nurs.* 2011; 20 (13-14): p. 1936-47..
89. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals. [Online].; 2026 [cited 2026 febrero 18. Available from: <https://www.icmje.org/recommendations/>].
90. Asociación Americana de Psicología. Manual de publicación de la Asociación Americana de Psicología (7.^a ed.). 2020..
91. Gastel B, Day R. How to write and publish a scientific paper. Ninth edition. ed. Santa Barbara, California.: Greenwood; 2022].
92. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc.* 2019; 17(1): p. 58-71.
93. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Second Edition ed.: Wiley-Blackwell.; 2019.
94. International Council of Nurses (ICN). Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. [Online].; 2020 [cited 2026 febrero 19. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf].
95. Bellini V, Guzzon M, Bigliardi B, Mordonini M, Filippelli S, Bignami E. Inteligencia Artificial: Una Nueva Herramienta en la Gestión Quirúrgica. El Rol de los Modelos de Aprendizaje Automático en la Optimización Quirúrgica. *J Med Syst.* 2019; 44(1): p. 20..
96. European Federation of Nurses Associations (EFN). EFN Position Statement on Nurses Co-Designing Artificial Intelligence Tools. [Online].; 2021 [cited 2026 febrero 19. Available

from: <https://efn.eu/wp-content/uploads/EFN-PS-on-Nurses-CoDesigning-Artificial-Intelligence-Tools.pdf>.

- 97.** Booth R, Strudwick G, McBride S, O'Connor S, Solano A. How the nursing profession should adapt for a digital future. *BMJ*. 2021; 373: p. n1190..
- 98.** Health Care Without Harm (HCWH). Global Road Map for Health Care Decarbonization. [Online].; 2021 [cited 2026 febrero 19. Available from: https://healthcareclimateaction.org/sites/default/files/2021-06/Health%20Care%20Without%20Harm_Health%20Care%20Decarbonization_Road%20Map.pdf.
- 99.** McGain F, Muret J, Lawson C, Sherman J. Environmental sustainability in anaesthesia and critical care. *Br J Anaesth*. 2020; 125(5): p. 680-692..
- 100.** Gonzalez P, Koch S, Muret J, Trinks A, Brazzi L, Reinoso F, et al. Environmental sustainability in the operating room: A worldwide survey among anaesthesiologists. *Eur J Anaesthesiol Intensive Care*. 2023; 2(4): p. e0025..
- 101.** World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020-2025. [Online].; 2021 [cited 2026 febrero 19. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gS4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>
- 102.** Vayena E, Blasimme A, Cohen I. Aprendizaje automático en medicina: Abordando los desafíos éticos. *PLoS Med*. 2018; 15(11): p. e1002689.
- 103.** Price W, Gerke S, Cohen I. Responsabilidad por el uso de inteligencia artificial en medicina. In Solaiman B, Cohen I, editors. *Research handbook on health, AI and the law*. Edward Elgar Publishing. Cheltenham, Reino Unido: Edward Elgar Publishing.; 2024.
- 104.** European Commission. Pautas éticas para una IA confiable. [Online].; 2024 [cited 2026 febrero 20. Available from: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ethics-guidelines-trustworthy-ai>.
- 105.** Organización Mundial de la Salud (OMS). Ethics and governance of artificial intelligence for health: Guidance on large multi-modal models. [Online].; 2025. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759>.

- 106.** World Health Organization. Ética y gobernanza de la inteligencia artificial para la salud. [Online].; 2021 [cited 2026 febrero 20. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>].
- 107.** Asociación Estadounidense de Enfermeras. Informática en Enfermería: Alcance y Estándares de Práctica. 3rd ed.: Asociación Estadounidense de Enfermeras; 2022.
- 108.** Gong et al. The surgical safety checklist: a quantitative study on attitudes and barriers among gynecological surgery teams. BMC Health Serv Res. 2021; 21(1): p. 1106.



ISBN: 978-9942-609-70-0



9 789942 609700