

Cirugía: un contexto diferente de cuidado*

Surgery: a different care concept

Cirurgia: um contexto diferente de cuidados

ÁNGELA MARÍA SALAZAR MAYA**

Resumen

La enfermería en su práctica profesional se desenvuelve en múltiples contextos; uno de ellos es el centro quirúrgico definido como el conjunto de ambientes físicos que proporcionan al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad.

Objetivo: describir, analizar el contexto del cuidado en el centro quirúrgico desde el punto de vista de los pacientes y del equipo de enfermería.

Metodología: cualitativa con enfoque en la teoría fundamentada. Se recogieron los datos a través de la observación, las entrevistas informales y formales a 20 pacientes, 19 auxiliares de enfermería y 8 enfermeras que laboran en diferentes centros quirúrgicos de segundo nivel, del valle de Aburrá.

Resultados: de los datos emerge un esquema teórico compuesto por doce categorías. En el presente artículo se pre-

senta la categoría que hace parte del contexto *trabajando y estando en un área diferente*, conformada por las siguientes subcategorías: *llamándome la atención el ambiente, entrando, operándome y saliendo, trabajando bajo estrés y trabajando en equipo*.

Consideraciones finales: el contexto quirúrgico, como cualquier ámbito, influye en el cuidado de enfermería; en él se ponen de manifiesto retos para el equipo de enfermería en cuanto a las interacciones, pues estas han de ser eficaces y efectivas.

El estado del paciente, su vulnerabilidad, el riesgo que implica el procedimiento anestésico y quirúrgico, sumados a la simultaneidad de tareas que enfrenta el equipo de enfermería, hacen que su trabajo sea estresante; por tanto, el servicio de cirugía requiere de un equipo de enfermería que pueda trabajar bajo estrés.

Palabras clave: atención de enfermería, quirófanos, investigación cualitativa (fuente: DeCS, Bireme)

Abstract

Nursing, in its professional practice, operates in multiple contexts; one of them, the surgical center, defined as the set of physical environments giving the surgical team the necessary facilities to perform surgical procedures in an efficient manner and under maximum safety conditions.

* El presente artículo es producto de la investigación Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado para obtener el título de doctora en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia, la cual se desarrolló de febrero de 2007 a julio de 2008.

** Enfermera, doctora en Enfermería, docente asociada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. amsalazar@tone.udea.edu.co. Medellín, Colombia.

Recibido: 13-05-10

Aprobado: 15-10-10

This article has the following Purpose: Describing and analyzing the care context in the surgical center from the patients and nursing team's point of view.

Qualitative methodology focused on the fundamental theory. Data were collected through observation, informal and formal interviews to 20 patients, 19 nursing assistants and 8 nurses working in different second level surgical settings in the Valle de Aburrá.

Results: a theoretical scheme comprising twelve categories arises from data collected. This study shall present the category comprised in the following context: *Working and being in a different area*. It comprises the following subcategories: *attention attracted by the environment, entering, being operated and going out, working under stress and team working*.

Final considerations: the surgical context, as any sphere, has an influence on nursing care; it supposes challenges for the nursing team regarding interactions, as they should be efficient and effective.

The patient's status, his/her vulnerability, the risk implied by the anesthetic and surgical procedure, plus the simultaneousness of tasks faced by the nursing team makes their work stressful; therefore, the surgery service requires a nursing team capable of working under stress.

Keywords: nursing care, operating rooms, qualitative research

Resumo

Na sua prática profissional, a Enfermagem se desenvolve em muitos contextos. Um deles é o centro cirúrgico, que é definido como o conjunto de ambientes físicos que providenciam ao cirurgião os equipamentos necessários para realizar os procedimentos cirúrgicos eficazmente, eficientemente e sob as condições de maior segurança. Este artigo tem por *Objetivo*: descrever, analisar o contexto do cuidado recebido pelo doente no centro cirúrgico, desde o ponto de vista dos doentes e da equipe de enfermagem.

Metodologia qualitativa com uma aproximação para a teoria fundamentada. Os dados foram compilados através de técnicas de observação, de entrevistas formais e informais feitas a 20 pacientes, 19 auxiliares de enfermagem e oito enfermeiras que trabalham em diferentes centros cirúrgicos de segunda categoria em Valle de Aburrá.

Resultados Um esquema de doze categorias emerge dos dados coletados. Para este artigo será apresentada a categoria que faz parte do contexto: *Trabalhando e estando numa área diferente*; e formada pelas seguintes subcategorias: *o ambiente chama minha atenção, entrando, sendo operado e saindo, trabalhando sob estresse e trabalhando em equipe*.

Considerações finais: O contexto cirúrgico, assim como todos os âmbitos no cuidado de enfermagem, traz desafios para a equipe de enfermagem quanto às interações, já que elas têm de serem eficazes e efetivas.

O estado do paciente, sua vulnerabilidade, o risco associado à anestesia e à cirurgia, unidas às múltiplas tarefas enfrentadas pela equipe de enfermagem, fazem com que o seu trabalho seja de um elevado estresse. Essa é a razão pela qual os cirurgiões precisam uma equipe de enfermagem que seja capaz de trabalhar sob estresse.

Palabras chave: cuidados de enfermagem, salas cirúrgicas, pesquisa qualitativa

INTRODUCCIÓN

El centro quirúrgico es el conjunto de ambientes físicos cuya función gira alrededor de las salas de cirugía y proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad.

La enfermería perioperatoria es un área especializada de la práctica. Como miembros fundamentales del equipo quirúrgico, la enfermera y su equipo trabajan en colaboración con otros profesionales. Su función principal es proporcionar cuidados de enfermería al paciente quirúrgico o a quien le realicen otros procedimientos invasivos durante las fases del preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio. Con un pensamiento crítico reflexivo, observa la cirugía y al equipo quirúrgico en una amplia perspectiva y asiste al equipo para crear y mantener un ambiente seguro y cómodo para el paciente.

Para ello se requieren altos conocimientos, habilidades y actitudes. La enfermera planea, dirige y evalúa el cuidado de enfermería que se fundamenta en las interacciones que establecen el paciente y el equipo de enfermería; y el contexto en que se dan tiene influencia potencial en los procesos comportamentales, cognitivos, emocionales (1). Los creadores del *interaccionismo simbólico* relatan que el conocimiento se procesa a través de la interacción entre los sujetos y el ambiente; así, el papel social es fundamental para el proceso de construcción de conocimiento (2).

La investigación en el área operatoria, como la mayoría de las investigaciones en enfermería, se ha dado desde la posición filosófica del positivismo y el pospositivismo. El énfasis ha sido en las partes o las piezas de la experiencia en el preoperatorio, el transoperatorio y el posoperatorio (3). Algunos temas abordados para investigación por las enfermeras en este contexto han sido los roles, la toma de decisiones, el significado de ser

enfermera perioperatoria, por Sigurdsson (4); las prácticas de cuidados, por Idvall, Rooke (5), Chard (6), Rudlfsson, Ringsberg y Von Post (7), McNamara (8), Boyle (9); las percepciones de satisfacción y calidad del cuidado, por Wolf, Miller y Devine (10), Leinonen, Leino-Kilpi y Katajisto (11), Suhonen, Valimaki y Leino Kilpi (12), Leinonen, Leino-Kilpi y Lertola (13), Yellen (14); la preparación del paciente para el procedimiento quirúrgico, por Lindwall, Von Post y Bergbom (15) en relación con los diálogos perioperatorios, y las actitudes de la enfermera frente a aquella, por Hansson y Soderhamn (16), Coleman y White (17). En su mayoría, son estudios descriptivos, exploratorios y sus contenidos abordan las fases perioperatorias, así como las facilidades y dificultades encontradas en la prestación del cuidado de enfermería al paciente quirúrgico. Otros relatan la experiencia vivida en la práctica y otros evalúan cómo se desarrolla la asistencia al paciente en las instituciones en las que trabajan (18). Por lo anterior surge como *objetivo* describir, analizar e interpretar el contexto del cuidado en el centro quirúrgico, desde el punto de vista de los pacientes y del equipo de enfermería.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de carácter cualitativo desde la perspectiva de la teoría fundamentada. Metodología desarrollada desde el interaccionismo simbólico, que permite comprender el fenómeno a partir de la interioridad de los sujetos sociales y la interacción con los actores sociales, por medio del cual asignamos los significados al mundo que nos rodea.

Los participantes fueron 10 mujeres y 10 hombres intervenidos quirúrgicamente (7 con anestesia general, 11 con anestesia raquídea y 2 con anestesia local); el equipo de enfermería estuvo conformado por 12 auxiliares, 7 técnicas, 6 enfermeras, 1 enfermera especialista y 1 enfermera magíster.

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante entrevista y observación. Las preguntas que guiaron las entrevistas para los pacientes apuntaron a indagar sobre la experiencia frente al cuidado de enfermería durante el periodo perioperatorio en el servicio de cirugía, y para el equipo de enfermería se hizo hincapié en las interacciones de cuidado que tiene con el paciente durante el proceso quirúrgico. El objetivo de las entrevistas fue

adquirir información sobre los participantes en sus propias palabras, y así lograr descripciones y detalles de las situaciones basadas en la propia experiencia, que permitieron comprender su punto de vista del fenómeno (19, 20). Cada entrevista se grabó y tuvo una duración de entre 20 y 120 minutos. El número se definió por el criterio de saturación teórica (21). La observación se efectuó en tres centros quirúrgicos de dos hospitales de segundo nivel, en el valle de Aburrá. Fue un proceso complejo que se dio en un periodo de 7 meses y permitió profundizar e incrementar la familiaridad y el conocimiento de la situación (22). En esta se asumieron diferentes posiciones, desde la observación no participante a la participante; la observación se utilizó para la inmersión en el campo y para conocer los participantes que podían colaborar en el estudio, para aclarar algún aspecto específico de la entrevista y para observar las interacciones de cuidado en el periodo perioperatorio. En su ejecución se tuvieron en cuenta observaciones descriptivas de los espacios, los actores, los objetos, los eventos, los sentimientos: emociones expresadas y emociones observadas en los actores; se escucharon hechos y datos y se realizaron observaciones enfocadas y selectivas hacia la interacción equipo de enfermería-paciente; el tipo de interacción, los comportamientos en la interacción, la comunicación verbal (tono de voz, tipo de conversación, si comparten experiencias), la comunicación no verbal (conducta visual, proximidad y distancia, movimientos corporales, tacto), el interés en la interacción, y el tiempo.

El análisis de los datos se realizó manualmente con la ayuda de un computador siguiendo los referentes teóricos de la teoría fundamentada. Se hizo lectura cuidadosa de las entrevistas y del diario de campo. Estuvo constituido por la codificación abierta, axial y selectiva, de tres momentos indisolubles:

Codificación abierta: se realizó la transcripción exacta de las entrevistas y la codificación línea por línea de la información descrita; se examinaron minuciosamente, se compararon en busca de diferencias y similitudes (23, pp. 45-60), se utilizaron códigos en vivo y sustantivos que dieron origen a categorías.

Codificación axial: proceso en el que se relacionaron las categorías con sus subcategorías para formar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos. La codificación ocurrió alrededor del eje de una categoría,

se enlazaron las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones, y cómo se entrecruzaban y vinculaban. Cada categoría representó un fenómeno, un problema, un asunto, un acontecimiento o un suceso que los participantes consideraron significativo (23, pp. 61-63).

Codificación selectiva: una vez categorizada y codificada la información, se dio paso a la recomposición parcial de los datos, etapa en la que se seleccionaron las diferentes categorías que emergieron y fueron consideradas como más relevantes porque dieron respuesta a la pregunta del estudio. Las categorías emergentes se validaron con los datos. Esta codificación fue más selectiva hasta que se construyó el fenómeno de estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio respetó la dignidad, la protección de sus derechos, la confidencialidad y el anonimato de los participantes (24). A cada uno se le asignó un seudónimo. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los participantes, previa explicación de los objetivos del estudio, la metodología y su autorización para ser grabado y para la divulgación de la información. Además, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética y de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, y los comités científicos de las instituciones hospitalarias.

CRITERIOS DE RIGOR

Se emplearon diversas estrategias para asegurar el rigor a través del proceso de la investigación: el seguimiento de los principios de la investigación cualitativa, puesto que este es un proceso iterativo, donde la investigadora se movió entre el diseño y la implementación, para asegurar la congruencia entre la pregunta, las estrategias de recolección de los datos, el análisis y la literatura, chequeando los datos sistemáticamente, manteniendo el enfoque y ajustando los datos a la estructura conceptual del análisis, monitoreando la interpretación y confirmando la constantemente (25). Se mantuvo una profunda familiarización con los datos (26). Se contrastaron las categorías del esquema teórico con los significados dados por los participantes, utilizando sus palabras, articulando los puntos de vista *emic* y *etic* por medio de memos sobre los comentarios posteriores a la entrevista,

llevando un diario personal, y confrontando los hallazgos con la literatura, especificando los criterios construidos dentro del pensamiento de la investigadora, cómo y por qué se seleccionaron los participantes en el estudio, delineando el enfoque de la investigación en términos de la muestra, el ambiente y describiendo cómo la literatura se relaciona con cada categoría (27).

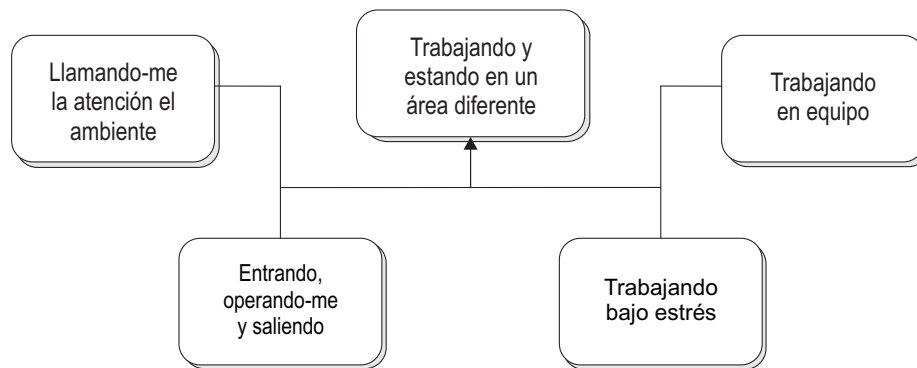
Se vigiló la coherencia metodológica, el muestreo teórico, la saturación y la postura analítica activa (25). Todas ayudaron a mantener la dirección del análisis y a asegurar el rigor del estudio.

HALLAZGOS

Emerge un esquema teórico conformado por un fenómeno central: conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado, y doce categorías: *Deseando la normalidad*; *Sintiendo ambivalencia: entre el temor y la tranquilidad*; *Estando dispuesta a cuidar*; *Trabajando y estando en un área diferente*; *Haciéndome sentir como en casa*; *Informando e informando-me*; *Cumpliendo los rituales de enfermería*; *Dando cuenta de todo y de todos*; *Desde dando-me cuenta de todo a estando a merced del otro*; *Despertando diferente*; *Desde sintiendo-me ignorado hasta único*; y *Sintiendo-me satisfecho*. En este artículo se describirán las condiciones contextuales, definidas por la teoría fundamentada como el conjunto de condiciones específicas que se entrecruzan en las dimensiones en un tiempo y lugar para crear el conjunto de circunstancias o problemas a los cuales responden las personas por medio de la acción-interacción (21). El contexto es uno de los elementos del esquema teórico; representa un conjunto específico de condiciones, en las cuales las estrategias de acción e interacción se llevan a cabo:

Trabajando y estando en un área diferente

Para el equipo de enfermería, el centro quirúrgico es un área diferente al resto del hospital, labora confinado en una circulación restringida con bajo flujo de personal y vestimenta especial. Es un servicio completamente desconocido para el personal de la institución y para el público en general (28).



Esta categoría la conformaron las subcategorías: *llamándome la atención el ambiente, entrando, operándome y saliendo, trabajando bajo estrés y trabajando en equipo*; como lo muestra el siguiente diagrama.

Llamando-me la atención el ambiente

Esta subcategoría la componen el ambiente físico y la vestimenta. Desde el punto de vista de la infraestructura física, el centro quirúrgico es uno de los lugares más inaccesibles del hospital, se prohíbe la entrada al público en general, al personal no autorizado. Su espacio se halla cuidadosamente controlado pues está dividido en áreas claramente diferenciadas por las actividades que allí se establecen. Si bien el área verde es de intercambio, en el área roja es donde se realizan los procedimientos quirúrgicos y se guarda el equipo estéril. El conocimiento de la delimitación de los espacios define en parte los comportamientos profesionales en cada una de las áreas.

El aire acondicionado disminuye la temperatura, refresca el ambiente y evita la acumulación de gases, como requisito para el aislamiento microbiano y la prevención de la infección nosocomial. Al mismo tiempo, la temperatura baja es causa de insatisfacción para los pacientes por el frío y de satisfacción para algunos miembros del equipo de enfermería:

[...] los quirófanos me encantan, la frescura del quirófano, nunca me siento acalorada [...] uno como que puede actuar mejor. En recuperación sí hace más calorcito [...].

Bibiana, auxiliar de enfermería

El ambiente del centro quirúrgico, en términos de su construcción física, llama la atención y contribuye a su estado emocional:

Me encantó, me encantó el ambiente... todo tan bonito, tan limpiecito, todo tan organizadito; ¿sabe qué?, me llamó la atención, cuando estaba en la camilla, que encima del techo hay unas aberturitas y entra el sol, es que es muy lindo uno saliendo de un quirófano viendo los rayitos de sol [...].

Débora, paciente

Las mismas características físicas del servicio y la necesidad hacen de cirugía un área muy limpia, característica que llama la atención de los pacientes, por un lado, pero por el otro es una necesidad; por tanto, requiere que el personal que ingresa esté adecuadamente vestido:

[...] la cirugía es un área muy limpia, empezando por la ropa de uno, mire que uno aquí no puede estar de cualquier forma [...].

Bibiana, auxiliar de enfermería

Por otro lado, la misma vestimenta hace que en el centro quirúrgico sea difícil distinguir el personal; todos visten igual y permanecen gran parte del tiempo cubiertos con la mascarilla, lo que lo dificulta más; asunto difícil para pacientes y personal de ingreso reciente.

[...] uno no reconoce la gente, está vestida igual, usted la empieza a distinguir por detrás, porque aquella es más nalgoncita, o porque aquella es más gordita. Esa es una de las dificultades que se le presentan a uno en el servicio [...].

Paulina, enfermera

Pero los colores de su vestimenta les generan tranquilidad:

[...] me llamó mucho la atención eso, los gorritos, su misma vestimenta con colores alegres, son colores que no te dan a vos como la angustia que todo eso implica

psicológicamente [...].

Débora, paciente

Para algunos participantes la parte estética, las condiciones ambientales, el paisaje natural, la higiene, la limpieza de la planta física son aspectos que consideran positivos; y han sido reportados en los estudios de Cedres de Bello (29), Orjuela de Deeb (30), Akiko (31), Moix Queraltó (32) como parte del proceso de humanización de la asistencia de la salud. Por otro lado, la habilidad de las enfermeras para dar un cuidado de calidad está determinada en parte por el contexto en el que interactúan con los pacientes (33).

Entrando, operando-me y saliendo

Cirugía se caracteriza porque el paciente permanece en dicho servicio solamente mientras se le prepara, se le realiza la cirugía y se recupera de los efectos de la anestesia, para ser trasladado a otra área del hospital, o para ser dado de alta y terminar la recuperación en su casa. Podría decirse entonces que cirugía es un servicio de paso rápido o de transición; las interacciones de cuidado se dan con múltiples pacientes:

[...] son pacientes ambulatorios, se operó y se fue rapidito, se fue y el otro llegó y así [...].

Catalina, auxiliar de enfermería

Así mismo, lo relatan los pacientes, dicen que ven mucha gente porque tienen múltiples interacciones con diferente personal: con una o dos auxiliares en la preparación, con una durante la intervención y con una o dos durante la recuperación y, si tienen suerte, también hablan con la enfermera. El paciente interactúa allí al menos con tres auxiliares y con el resto del personal del equipo quirúrgico.

Otras de las características del servicio que hacen la diferencia en el cuidado, es que en el servicio de hospitalización el cuidado se dirige a satisfacer necesidades, como el baño, el aseo y, al cuidar a los mismos pacientes, les permite profundizar en la relación que se establece con ellos. En cambio aquí es necesario establecer relaciones rápidas y efectivas.

[...] el estilo de trabajo es diferente y vos estás en un servicio todo el día con un paciente, entonces lo bañas, le hacés el aseo a la cama, nosotros aquí no, o sea, aquí el paciente llega limpio del piso, de la casa, de donde sea, a no ser un herido [...].

Bibiana, auxiliar de enfermería

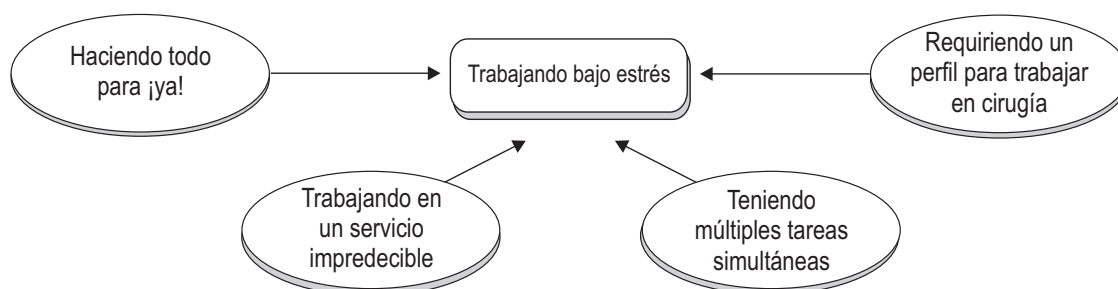
[...] no hay mucha cercanía con el paciente como en hospitalización; cirugía es más de paso [...].

Silvina, auxiliar de enfermería

El personal de cirugía debe ser hábil para establecer relaciones eficaces y rápidas. La estadía transitoria de los pacientes puede ser vista por algunos como una limitante, por tener poco tiempo para conocer a los pacientes, pero para otros es todo lo contrario, debido a que su trabajo requiere que los pacientes sean dados de alta o trasladados al servicio de hospitalización tan pronto como se hallen en condiciones estables. Por otro lado, debemos ajustarnos a los cambios del sistema de salud y por tanto se requiere un paradigma con bases teóricas donde la interacción es corta, pero crucial (34).

Trabajando bajo estrés

Esta subcategoría tiene características como *haciendo todo para ¡ya!*, *trabajando en un servicio impredecible*, *teniendo múltiples tareas simultáneas* y *requiriendo un perfil para trabajar en cirugía*, como se muestra en el diagrama siguiente.



Otro componente o característica del servicio es que en cirugía todo se hace “ya”; se requiere que el equipo de enfermería sea ágil.

[...] acá todo es ya, que se puso hipotenso, le pone la droguita, o lo que le mandó el doctor, como que los resultados se vean ahí mismo [...]

Imelda, auxiliar de enfermería

El personal lo compara con el trabajo en una sala de hospitalización, pues allá pueden manejar el tiempo de acuerdo con las necesidades del paciente y de ellas; en cambio, acá

[...] es un servicio muy ágil, siempre, siempre, se mueve muy rápido, cuando muchas veces dicen: ¿canalizó la vena?, ya prácticamente se lo están llevando para el quirófano, y uno en el trayecto acabando de escribir, es muy difícil [...].

Violeta, auxiliar de enfermería

Para cirugía el tiempo es oro:

Afuera, el paciente puede esperar el tratamiento, puede esperar el baño, puede esperar que le tiendan la cama, pero aquí es que la yugular se la tiene que coger es ya, que las pruebas cruzadas, que la sangre tiene que llegar es ya, entonces uno se vuelve muy ágil [...].

Imelda, auxiliar de enfermería

Para el equipo de enfermería, trabajar en el centro quirúrgico es trabajar en un servicio impredecible; su trabajo es irregular; depende, por un lado, de los procedimientos que estén programados, pero también de las urgencias que se puedan presentar. Hay una incondicionalidad de las enfermeras con su trabajo en el servicio de cirugía:

[...] vos sabés que yo vivo acá muy cerquita, entonces se aprovechan mucho del recurso humano, lo mismo los médicos: ¡ay! Amalia, a las 8:30 p. m., ¡ay! vení que tengo un paciente así, o que está sangrando, vení, acompañame, yo te recojo [...].

Amalia, enfermera

Pero no solo las urgencias se presentan por los procedimientos quirúrgicos urgentes, sino que en cualquier momento un paciente se puede complicar y la enfermera se va desplazando a donde la vayan necesitando, para reforzar o para asistir según la necesidad:

[...] de todas maneras el trabajo acá es irregular porque hay emergencias, toca desplazarse, en recuperación necesitan alguna ayuda porque el paciente se complicó, porque no se le pudo canalizar vena, por muchas cosas necesitan ayuda, entonces uno se va desplazando a donde lo van necesitando [...].

Carolina, enfermera

La presencia de una enfermera es necesaria cuando ocurre alguna urgencia, cuando el paciente necesita un ventilador o se encuentra en estado crítico:

[...] por ejemplo, si en una paciente la frecuencia cardiaca llegó hasta 32, en esas urgencias estoy yo ahí; en otra urgencia donde estoy metida todo el tiempo es cuando queda un paciente conectado. El ventilador solamente lo armo yo, tengo una auxiliar que también lo sabe armar, que es como mi mano derecha cuando yo no estoy, y si es paciente crítico yo tomo los hemocultivos, yo tomo los gases arteriales, todo.

Paulina, enfermera

No cabe duda, como dicen Gillespie y Kermode, que trabajar como enfermera(o) o auxiliar de enfermería son labores estresantes (35), y que el área de cirugía es especialmente estresante (36-38). A pesar de que en los hospitales donde laboran la complejidad no es muy grande por ser de segundo nivel, para las enfermeras el servicio de cirugía es estresante por todas las responsabilidades que allí tienen:

[...] el hospital, vos sabés que no es un nivel 3, ni 4 mucho menos, es un nivel 2, pero igual es muy estresante [...].

Amalia, enfermera

Parte del estrés se debe a que tienen que dar cuenta de todo y de todos:

[...] esto es un estrés hasta raro; uno no se puede quedar quieta, usted tiene que saber qué está pasando, así esté sentada aquí, con cada quirófano, con cada especialista, para dónde va asignado, con todo [...].

Paulina, enfermera

Un foco de estrés para las enfermeras es el cumplimiento de la programación quirúrgica, esto es, el listado de los pacientes que serán intervenidos electivamente en el día. Ellas son las encargadas de disponer todos los elementos necesarios u organizar el contexto para que la cirugía se lleve a cabo. Lo que más las estresa es que se cumpla el tiempo quirúrgico programado.

[...] yo digo que uno maneja mucho estrés por cumplir con el itinerario de la programación, los tiempos de vuelo, como yo los llamo, que es la cirugía real [...].

Amalia, enfermera

Entonces, la tardanza o prórroga de un procedimiento quirúrgico, sea cual sea la causa, genera retraso en el siguiente procedimiento, y por tanto el reclamo a la enfermera, y no al médico que se está retrasando:

[...] a veces ellos no entienden, entonces yo le digo: doctor, de mí depende el instrumental, de mí depende la asignación de la niña circulante, la instrumentadora, que está ahí pendiente también de su llegada, de sus necesidades.

Amalia, enfermera

Es muy común que cuando uno de sus programas se está atrasando, la enfermera trate de agilizar con otra sala donde hayan terminado el procedimiento quirúrgico. Entra pues a ayudar a montar y agilizar el procedimiento.

[...] de pronto que un médico se quedó así, retrasado, entonces cojo y brego a jugar con la otra [sala o quirófano] [...].

Amalia, enfermera

Pero esto de agilizar los procedimientos no solo se da cuando hay alguno retardado, sino que se presenta en la cotidianidad de la vida de cirugía, e inclusive muchas veces se llama a los pacientes a sus casas para que lleguen al servicio.

Estos hallazgos son compatibles con los estudios de Fernandes (39), Bull y Fitzgerald (40), donde el atraso en el tiempo quirúrgico programado *versus* el realmente utilizado constituye una de las dificultades que las enfermeras deben enfrentar.

Ellas se afanan por mantener un balance entre el tiempo real que gastan los cirujanos y el tiempo previsto para cada procedimiento quirúrgico, ya que el tiempo en el servicio de cirugía es un recurso precioso y, a menudo, se encuentran atrapadas entre las exigencias del cirujano y las demandas de los demás aspectos de su trabajo; esto constituye el origen de discusiones, estrés y frustración.

También reciben presión del comité de infecciones, pues la protección de los pacientes y del personal de la infección nosocomial es un imperativo; cirugía es un servicio de alto riesgo puesto que el paciente se expone a la manipulación de su cuerpo y hay pérdida de la barrera de

protección (la piel). El personal de salud está expuesto a los fluidos corporales, en la asistencia durante la intubación, la manipulación de gasas, de especímenes anatómicos y de instrumentos utilizados (41). Lo anterior se convierte en causa de estrés para los enfermeros en su intento de evitar las infecciones nosocomiales, principalmente en el paciente, y al insistir al personal de salud que se adhiera a las prácticas de asepsia.

[...] el comité de infecciones le cae a uno cuando hay un infectado en el piso. Es mejor no delegar ese tipo de cosas porque si tú no lo has enseñado, ellas lo hacen mal [...].

Paulina, enfermera

Las enfermeras se sobrecargan de trabajo a fin de evitar la cancelación de turnos a pacientes programados 15 o 20 días antes.

[...] yo, personalmente, lo hago pensando en el paciente, toda la angustia que genera una programación de cirugía, la preparación psicológica, para que uno lo llame y le diga: no lo podemos operar hoy [...].

Nora, enfermera

Nora está desempeñando trabajo de otros, pues asume el rol de una de las circulantes en una de las salas de cirugía más su trabajo cotidiano. En muchas ocasiones las limitantes son la falta del recurso humano, y deben sacrificar la programación electiva por las cirugías urgentes:

[...] en estos días hemos tenido crisis de personal y de camas; ha habido mucho problema, a uno se le multiplica el trabajo, yo he estado haciendo las funciones de dos auxiliares más las mías, porque se nos juntaron dos auxiliares en vacaciones y una incapacitada, y fuera de eso nos sacaron dos; yo hice el cuadro con 5 personas menos y he trabajado con 5 personas menos; he trabajado muchísimo, estoy haciendo la asignación de las otras dos auxiliares [...].

Nora, enfermera

En cuanto a enfermería, me parece que nosotros aquí hacemos mucho porque el servicio de por sí tiene una deficiencia en el recurso de enfermera jefe y nos doblamos para cubrir puestos [...].

Julia, enfermera

Mucha de la carga laboral de la enfermera se debe a no delegar actividades; en parte porque la enfermera no siente que su personal está preparado, hasta que lo

capacite; asunto compatible con los resultados del estudio de Cohen y colaboradores, quienes relatan que las enfermeras no se sienten cómodas al delegar el cuidado de enfermería en otra (42).

Es en la jefa de enfermería en quien recae la responsabilidad por el funcionamiento del servicio de cirugía, por un lado, y por otro es responsable directamente por el cuidado del paciente. Cualquier procedimiento anestésico y quirúrgico implica riesgos para el paciente, para el personal quirúrgico y el equipo de enfermería, por alguna iatrogenia que se pueda presentar:

[...] es como el encierro que vos tenés en esas cuatro paredes, como con la rutina, como el estar pendiente de que las cosas sí vayan a salir bien, porque vos sos responsable directa de ese paciente, que vos no te vas a equivocar, por ejemplo, aplicándole otro medicamento, ¿me entendés? Entonces yo digo que uno maneja mucho estrés [...].

Amalia, enfermera

Son muchas las actividades para realizar simultáneamente, entonces es cuando se presentan la sobrecarga de trabajo y el estrés. Para la auxiliar también se trata de una labor bajo presión, porque todos los ojos están puestos en ella y por la inmediatez de las diferentes actividades.

El personal debe tener la capacidad de trabajar bajo estrés, porque los conocimientos deben ser aplicados en circunstancias como un paro cardíaco, una situación de urgencia, o simplemente durante el mismo acto quirúrgico, como expresa Paulina:

[...] aquí lo malo o lo bueno es que usted trabaja bajo estrés, y no todo el mundo tiene perfil para cirugía; he tenido auxiliares que me lloran en el quirófano, y son muy lindas y son buenas y saben cómo es el proceso de un cateterismo, de una dilución, pero no son capaces de trabajar bajo estrés, con el paciente que está en paro, que está chocado, incluso lloran.

Paulina, enfermera

Esto hace entonces que:

[...] en cinco minutos vos debés tener la visión global de ese paciente, tenés que actuar y a la vez gestionar todo, es ver al paciente desde el punto de vista global [...].

Paulina, enfermera

El trabajo en el servicio se caracteriza por la agilidad:

[...] los auxiliares son muy ágiles, vos no tenés que estar encima de nadie [...].

Paulina, enfermera

[...] aquí y en todas partes yo digo que el personal de enfermería es muy, muy bueno, es muy eficaz, muy oportuno, muy hábil [...].

Nora, enfermera

Trabajando en equipo

Para el logro del objetivo propuesto en el centro quirúrgico, se requiere el trabajo en equipo, donde cada uno de los integrantes tiene funciones y competencias específicas para el logro de las metas propuestas:

[...] yo le digo a las niñas: somos un equipo, somos una cadanita, la que se me parta, se me quiebre, se me pare, se me frene, me va frenando las otras, pero si cada una hace su cosita, y no trabajamos como en isla, nos va a ir superbién [...].

Amalia, enfermera

Cada uno en el servicio aporta un grano de arena para que las cosas se den:

[...] mejor dicho, como le corren todos a uno, uno ve que todos están en lo que es, y todos le aportan a uno su poquito para lo que está sucediendo... cada uno se hace responsable de lo que tiene que hacer y no está esperando que otro le sugiera [...] todo como tan organizadito, tan bonito; eso me llamó mucho la atención, eso es un equipo, por eso todo funciona, porque cada persona se hace responsable de lo que le toca, lo entrega bien y se encarga desde que lo recibe hasta que lo termina de cumplir como debe ser.

Débora, paciente

Son conscientes de que se trata de trabajo en equipo:

[...] lo más importante en esto es trabajar en equipo y muy sincronizados [...].

Flora, auxiliar de enfermería

Hay mucho compañerismo, cada uno se centra en lo suyo, estamos pendientes de apoyarnos en una cosa, en la otra [...].

Adelaida, auxiliar de enfermería

En el servicio de hospitalización ella o él pueden organizar su tiempo y trabajar con sus pacientes; en cambio, en cirugía está supeditada a otros y debe considerar el suyo como un verdadero trabajo en equipo.

Cirugía es un ambiente de trabajo complejo, estresante y demandante para el equipo de enfermería; la colaboración hace que el trabajo sea más ameno sin interferir en el cuidado del paciente.

El estudio de Silén-Lipponen, Turunen y Tossavainen (43) indica que la colaboración es una recomendación y es una buena manera de organizar el trabajo. La colaboración incrementa la fluidez del cuidado de enfermería para los pacientes y la buena atmósfera del trabajo para el equipo de enfermería. Además, la velocidad, la agudeza, la precisión y la vigilancia son normas en cada cirugía y requieren de un sinnúmero de tareas completamente secuenciales; por eso es un proceso que genera secuencias completas, lo que requiere mayor coordinación en el proceso que en otras tareas realizadas independientemente; por tanto, el trabajar en equipo en el servicio de cirugía se hace completamente indispensable.

Establecer y organizar los procedimientos cada día en el centro quirúrgico requiere de un equipo. Este está formado por gente y la colaboración es reconocida como la espina dorsal del cuidado del paciente en el perioperatorio. En suma, la colaboración significa focalizar los objetivos, recursos, beneficios y soporte mutuo para lograr resultados positivos en el cuidado del paciente. La colaboración ayuda a la eficacia, a la fluidez del trabajo en el centro quirúrgico y a disfrutar del ambiente de trabajo ameno, además de construir una relación profesional. Sin embargo, el estrés que experimenta el equipo de enfermería es el desafío más grande y se puede sobrellevar al mantener la colaboración y el buen cuidado del paciente en el centro quirúrgico (5, 43).

CONSIDERACIONES FINALES

El contexto quirúrgico, como cualquier ámbito, influye en el cuidado de enfermería; en él se ponen de manifiesto retos para el equipo de enfermería; el de mayor envergadura se debe a que el centro quirúrgico es un servicio de paso; por tanto, las interacciones equipo de enfermería-paciente han de ser *eficaces* y *efectivas*; enfocadas a la valoración y a la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente frente al cuidado de enfermería. Por otro lado, los pacientes tienen múltiples interacciones con diferentes miembros del equipo de enfermería y

del equipo quirúrgico, por tanto estas han de ser precisas, cálidas, humanas, y satisfacer los diferentes asuntos emocionales del paciente y del cuidado sin dejar de lado los aspectos técnico-científicos del mismo. Sin embargo, a pesar de que cirugía es considerada un lugar frío, y altamente tecnológico, para los participantes ciertas características físico-arquitectónicas, como la estética, las condiciones ambientales, el paisaje natural, la higiene, la limpieza, son aspectos que influyen positivamente en su estado de ánimo.

Simultáneamente, los participantes llaman la atención sobre la vestimenta, si bien la tendencia a usar telas llamativas nos convoca a establecer medidas que permitan la distinción del personal que circula en el centro quirúrgico.

El estado del paciente, su vulnerabilidad, el riesgo que implica el procedimiento anestésico y quirúrgico, sumado a la simultaneidad de tareas, la imprevisibilidad del servicio, entre otros asuntos, hacen que el equipo de enfermería manifieste que su trabajo es estresante; pues es necesario proporcionar un cuidado que responda rápidamente a una multitud de situaciones diferentes donde existe una presión para satisfacerlas, y la premura con que cada actividad ha de realizarse; como dicen las participantes, todo es para "ya". Por tanto, el servicio de cirugía requiere de estudios que indaguen sobre los perfiles necesarios en sus puestos de trabajo, tanto para el equipo de enfermería como para el resto del personal, debido a que se requiere de personas que puedan trabajar bajo estrés.

Estudios sobre el cuidado de enfermería en este contexto y en nuestro medio son poco frecuentes, por lo que se hace necesario indagar, profundizar y documentar cómo el equipo de enfermería y los pacientes viven esta experiencia, lo cual da bases a la enfermería para brindar un cuidado de acuerdo con sus perspectivas. Por tanto, los resultados serán propicios para la reflexión y permitirán mejorar la práctica y el cuidado de enfermería en este contexto bajo evidencia propia.

Por otro lado, se hace necesario que las enfermeras que laboran en los centros quirúrgicos inicien trabajos de investigación que documenten cómo es su cuidado de enfermería, de manera que se logren formar líneas y grupos de investigación que visibilicen su trabajo en este contexto.

AGRADECIMIENTOS

A la profesora Carmen Martínez de Acosta por su asesoría durante el desarrollo de la investigación. A las evaluadoras del artículo por sus recomendaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Reis H, Collins A. Relationships, human behavior and psychological science. *Curr Dir Psychol Sci.* 2004; 13(6):233.
- (2) Blumer H. *Symbolic interactionism: Perspective and method.* California: Universidad de California; 1969. p. 1.
- (3) Colombia, Ministerio de Salud. *Manual de inversiones: construcción. Tomo II. Ingeniería programa sistemas municipales de salud.* Bogotá: El Ministerio; 1985. p. 357.
- (4) Sigurdsson HO. The meaning of being a perioperative nurse. *AORN J.* 2001; 74(2):202-217.
- (5) Idvall E, Rooke L. Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses. *J Clin Nurs.* 1998; 7:512-520.
- (6) Chard R. Phenomenologic study of how perioperative nurses perceive their work world. *AORN J.* 2000; 72(5): 878-889.
- (7) Rudlfsson G, Ringsberg KC, Von Post I. A source of strength-nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *J Nurs Manag.* 2003; 11(4):250-257.
- (8) McNamara S. Perioperative nurses perception of caring practices. *AORN J.* 1995; 61(2):377-388.
- (9) Boyle HJ. Patient advocacy in the perioperative setting. *AORN J.* 2005; 82(2):250-262.
- (10) Wolf ZR, Miller PA, Devine M. The relationship between nurse caring and patient satisfaction in patient having invasive cardiac procedures. *Medsurg Nurs.* 2003; 12(6):391-396.
- (11) Leinonen T, Leino-Kilpi H, Katajisto J. The quality of intraoperative nursing care: The patient's perspective. *J Adv Nurs.* 1996; 24(4):843-852.
- (12) Suhonen R, Valimaki M, Leino Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs.* 2005; 50(3):283-292.
- (13) Leinonen T, Leino-Kilpi H, Ståhlberg MR, Lertola K. The quality of perioperative care: Development of tool for the perceptions of patients. *J Adv Nurs.* 2001; 35(2):294-306.
- (14) Yellen E, Davis GC. Patient satisfaction in ambulatory surgery. *AORN J.* 2001; 74(4):452-590.
- (15) Lindwall L, Von Post I, Bergbom I. Patients and nurses experiences of perioperative dialogues. *J Adv Nurs.* 2003; 43(3):246-253.
- (16) Hansson E, Soderhamn O. The attitudes of a group of operating room nurses and nurse anesthetists toward perioperative conversation. *Learning in Health & Social Care.* 2004; 3(1):37-45.
- (17) Coleman M, White J. Pre-operative visiting in Wales: A study of its prevalence and nature. *J Res Nurs.* 2001; 6(2):611-624.
- (18) Pelegrini Fonseca RM, de Cássia Giani Peniche A. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(4):428-433.
- (19) De La Cuesta C. Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002. p. 18.
- (20) Swanson JM. The formal qualitative interview for Grounded Theory. En: Chenitz WC, Swanson JM. *From practice to Grounded Theory. Qualitative research in nursing.* California: Addison-Wesley; 1986. p. 66-67.
- (21) Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada.* Medellín: Universidad de Antioquia; 2002. p. 157
- (22) Davis MZ. Observation in natural setting. In: Carole CW, Swanson JM. *From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing.* California: Addison-Wesley; 1986. pp. 45-63.
- (23) Charmaz K. *Constructing Grounded Theory.* London: Sage; 2006. pp. 45-63.
- (24) Galeano Marín ME. *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa.* Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit; 2004. p. 71.
- (25) Morse JM, Barrer M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity. *International Journal of Qualitative Methods.* Marzo 2002; 1(2):2-1 [consultado 22 de enero de 2006]. Disponible en: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/morseetal.pdf
- (26) Dean RAK, Major J. From critical care to comfort care: The sustaining value of humour. *J Clin Nurs.* 2008; 17(8): 1088-1095.
- (27) Chiovitti RF, Piran N. Rigour and grounded theory research. *J Adv Nurs.* 2003;44(4):430.
- (28) McGarvey H, Chambers M, Boore J. Development and definition of the role of the operating department nurse: A review. *J Adv Nurs.* 2000; 32(5):1092-1100.
- (29) Cedres de Bello S. Efectos terapéuticos del diseño en los establecimientos de salud. *RFM.* Enero 2000; 23(1):19-23 [consultado 8 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext

&pid= S0798-04692000000100004 &lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0469.

(30) Orjuela de Deeb N. Humanice la prestación de sus servicios de salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá: Alfaomega; 2002. p. 58.

(31) Akiko Komura Hoga L. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev. esc. enferm. USP. 2004; 38(1):13-20.

(32) Moix Queraltó J. Emoción y cirugía. An Psicol. 1994; 10(2):167-175.

(33) Williams AM, Ururita Vera F. Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: The patient perspective. J Clin Nurs. 2004; 13(7):806-815.

(34) Hagerty BM, Patusky KL. Reconceptualizing the nurse-patient relationship. J Nurs Scholarsh. 2003; 35(2):145-150.

(35) McVicar A. Workplace stress in nursing. J Adv Nurs. 2003; 44(6):633-642.

(36) Gillespie BM, Kermode S. How do operative nurses cope with stress? Contemp Nurse. 2003; 16(1-2):20-29.

(37) Willis K, Brown CR, Sahlin I, Svensson B, Arnetz BB, Arnetz JE. Working under pressure. A pilot study of nurse work in a postoperative setting. Clin Nurse Spec. 2005; 19(2):87-91.

(38) Peniche ACG. A influência da ansiedade na atividade profissional do circulante de sala de operações. Acta paul. enferm. Sep. 2005; 18(3):247-252 [consultado 10 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300004&lng=en.doi: 10.1590/S0103-21002005000300004.

(39) Fernandes Stumm EM. Dificultades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Texto contexto - enferm. 2006; 15(3):464-471.

(40) Bull RM, Fitzgerald M. The invisible nurse-behind the scenes in an Australian OR. AORN J. 2004; 79(4):810-823.

(41) Chan MF, Ho A, Day MC. Investigating the knowledge, attitudes and practice patterns of operating room staff toward standard and transmission-based precautions: Result of a cluster analysis. J Clin Nurs. 2008; 17(8):1052.

(42) Cohen MZ, Hausner J, Johnson M. Knowledge and presence: Accountability as described by nurses and surgical patients. J Prof Nurs. 1994; 10(3):177-185.

(43) Silén-Lipponen M, Turunen H, Tossavainen K. Collaboration in the operating room. J Nurs Admin. 2002; 32(1):16-19.