

El contexto quirúrgico transoperatorio. Apreciaciones de un grupo de pacientes y del equipo de enfermería

Ángela María Salazar Maya¹

The intraoperative surgical context. Appreciations from a group of patients and from the nursing team

Abstract

Objective. To interpret the experience of being unconscious or alert from a group of patients during the surgical act and appreciations from the members of the nursing team on the same context. **Methodology.** Qualitative study focusing on grounded theory. Information was collected through a) observation and b) interviews to 20 patients, 19 nursing aides, and 8 nursing professionals who work in level II surgical centers in Valle de Aburrá, Colombia. **Results.** From *being aware of everything to being at the mercy of another*, during the intraoperative, the patient goes through different states of conscience, which means being subjected to total care. Instead, for the nursing personnel the same context implies different behavior going between two environments: the “scenario” –when in front of the patient awake, which involves measured and diplomatic behavior; or, “behind the scenes” – with the person under the effects of anesthesia – the behavior is more free and uninhibited. **Conclusion.** The intraoperative surgical context is different for patients and for the nursing team. However, it is necessary to bear in mind that they are caring for a human being who requires respect, dignified treatment, and that care must be promoted under an ethical perspective.

Key words: operating room nursing; patients; surgical procedures, operative; unconsciousness.

El contexto quirúrgico transoperatorio. Apreciaciones de un grupo de pacientes y del equipo de enfermería

Resumen

Objetivo. Interpretar la experiencia de un grupo de pacientes con respecto al estar inconsciente o alerta durante el acto quirúrgico y las apreciaciones de los miembros del equipo de enfermería sobre el mismo contexto. **Metodología.** Estudio cualitativo con enfoque en la teoría fundamentada. La información se recolectó mediante a) observación y, b) entrevistas a 20 pacientes, 19

¹ Enfermera, Doctora. Jefa de Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Colombia. email: amsalazar@udea.edu.co.

Artículo asociado a investigación: “Conviviendo la ambivalencia en las interacciones de cuidado”.

Subvenciones: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno.

Fecha de recibido: 22 de noviembre de 2011

Fecha de aprobado: 15 de mayo de 2012.

Cómo citar este artículo: Salazar-Maya AM. The intraoperative surgical context. Appreciations from a group of patients and from the nursing team. Invest Educ Enferm. 2012;30(3): 304-311.

auxiliares de enfermería y 8 enfermeras, quienes laboran en centros quirúrgicos de segundo nivel del valle de Aburrá, Antioquia (Colombia). **Resultados.** Desde *dándome cuenta de todo hasta estando a merced del otro*, durante el transoperatorio, el paciente transita por diferentes estados de consciencia que le significa sujetarse al cuidado total. En cambio, para el personal de enfermería el mismo contexto le implica un comportamiento diferente que se mueve entre dos ambientes: por una parte, el “escenario” -cuando se está en frente del paciente despierto-, que involucra un comportamiento mesurado y diplomático; por otra, “tras bastidores”-con la persona bajo los efectos de la anestesia- por el contrario, el comportamiento es más libre y desinhibido. **Conclusión.** El contexto quirúrgico transoperatorio es diferente tanto para los pacientes como para el equipo de enfermería. Sin embargo, es necesario tener presente que están al cuidado de un ser humano que requiere respeto y un trato digno. Por consiguiente, se debe promover un cuidado bajo una perspectiva ética.

Palabras clave: enfermería de quirófano; pacientes; procedimientos quirúrgicos operativos; inconsciencia.

O contexto cirúrgico intra-operatório. Apreciações de um grupo de pacientes e da equipe de enfermagem

■ Resumen ■

Objetivo. Interpretar a experiência de estar inconsciente ou alerta de um grupo de pacientes durante o ato cirúrgico e as apreciações dos membros da equipe de enfermagem sobre o mesmo contexto. **Metodologia.** Estudo qualitativo com enfoque na teoria fundamentada. A informação se coletou mediante a) observação e, b) entrevistas a 20 pacientes, 19 auxiliares de enfermagem e 8 enfermeiras que laboram em centros cirúrgicos de segundo nível do Vale de Aburrá, Colômbia. **Resultados.** Desde dando-me conta de tudo até estando a graça do outro, durante o transoperatorio, o paciente transita por diferentes estados de consciência que lhe significa estar sujeito ao cuidado total. Em mudança, para o pessoal de enfermagem o mesmo contexto lhe implica um comportamento diferente que se move entre dois ambientes: o “palco” -quando se está em frente do paciente desperto-, que envolve um comportamento mesurado e diplomático; em mudança, “depois de bastidores”-com a pessoa sob os efeitos da anestesia- o comportamento é mais livre e desinibido. **Conclusão.** O contexto cirúrgico transoperatorio é diferente para os pacientes e para a equipe de enfermagem. No entanto, é necessário ter presente que estão cuidando a um ser humano que requer respeito, trato digno e se deve promover um cuidado sob uma perspectiva ética.

Palavras chave: enfermagem de centro cirúrgico; pacientes; procedimentos cirúrgicos operatórios; inconsciência.

Introducción

El servicio de cirugía es el lugar donde se realizan los procedimientos quirúrgicos. Por lo tanto, debe cumplir con una serie de requisitos para que éstos se lleven a cabo con la máxima seguridad, eficiencia y eficacia. Para el profesional de enfermería, este servicio es otro contexto de cuidado y un área especializada de su práctica, donde, además, es un miembro fundamental del equipo. Su función es proporcionar cuidados

de enfermería al paciente quirúrgico durante las fases del preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio, por lo que requiere suficientes conocimientos, habilidades y actitudes, toda vez que es quien planea, gestiona y evalúa el cuidado de enfermería fundamentado en interacciones que establece con el paciente y el contexto en el que éstas se dan. Es de resaltar que el cuidado de enfermería en este espacio tiene especial

importancia en los procesos comportamentales, cognitivos y emocionales del paciente.¹

Las investigaciones que se han hecho en el periodo perioperatorio abordan temas como los roles, la toma de decisiones, el significado de la enfermería perioperatoria,² las prácticas de cuidado,³⁻⁷ percepciones de satisfacción y calidad del cuidado⁸⁻¹² como también la preparación del paciente para el procedimiento quirúrgico.¹³⁻¹⁵ Algunos investigadores relatan la experiencia vivida en la práctica, y otros evalúan la forma cómo se desarrolla el cuidado del paciente en las instituciones donde trabajan.¹⁶

La mayoría de estos estudios, muestran un cuidado de enfermería basado en el modelo biomédico, administrativo y la jerarquización de la enfermería. La visión de los pacientes acerca de su experiencia en el quirófano es muy limitada, debido a que transitan por él bajo los efectos de la anestesia o la sedación. Así mismo, el servicio de cirugía es una zona aislada y poco conocida no solo por los pacientes, sino también por el mismo personal de la institución.

Por lo anterior, surge la necesidad de indagar sobre el significado que el equipo de enfermería y los pacientes les otorgan a las interacciones de cuidado en el periodo perioperatorio. El objetivo de la investigación fue describir, analizar e interpretar las interacciones de cuidado entre el equipo enfermería y el paciente en el periodo perioperatorio dentro del contexto del centro quirúrgico. De esta investigación emergieron 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; despertando diferente; desde sintiéndome ignorado hasta único; sintiendo-me satisfecho, y, desde dando-me cuenta de todo a estando a merced del otro). Este artículo hace mención a la última categoría, con el propósito de interpretar la experiencia de un grupo de pacientes con respecto al estar alerta o inconsciente durante el acto quirúrgico y las apreciaciones de los miembros del equipo de enfermería.

Metodología

Se hizo un estudio cualitativo desde la perspectiva de la teoría fundamentada. Metodología desarrollada desde el interaccionismo simbólico, ya que permite comprender el fenómeno desde la interioridad de los sujetos sociales, la interacción con los actores sociales, y asignarle significados al mundo que nos rodea.

Los participantes fueron 20 *pacientes de cirugía electiva* (diez mujeres y diez hombres) que habían sido intervenidos quirúrgicamente (siete bajo anestesia general, once bajo anestesia raquídea y dos bajo anestesia local), y que cumplieron los criterios de selección de: ser mayor de 18 años, no tener déficit neurológico o problemas graves de comunicación, y que su recuperación se diera en la unidad posquirúrgica o servicio de recuperación. *El equipo de enfermería* estuvo conformado por 27 personas (26 mujeres y un hombre), por nivel educativo 12 eran auxiliares de enfermería, siete técnicas de enfermería y ocho enfermeras profesionales -una de ellas especialista y otra magíster-. Todos cumplieron con el criterio de selección el cual consistió en tener por lo menos un año de experiencia en el servicio de cirugía.

La recolección de los datos se hizo mediante entrevista semiestructurada¹⁷ y observación.¹⁸ Las preguntas que guiaron las entrevistas a los pacientes indagaron sobre la experiencia del cuidado de enfermería que recibieron durante el periodo perioperatorio en el servicio de cirugía; en tanto que las entrevistas realizadas al equipo de enfermería se centraron en las interacciones de cuidado con el paciente durante el proceso quirúrgico.

Las observaciones se hicieron en centros quirúrgicos de dos hospitales de segundo nivel del Área Metropolitana del valle de Aburrá, Antioquia, Colombia. La inmersión en el campo permitió conocer a los participantes que podían colaborar en el estudio, aclarar aspectos específicos de la entrevista y observar las interacciones de cuidado durante el periodo perioperatorio.

El análisis de los datos se realizó manualmente con la ayuda de un computador siguiendo los

referentes teóricos de la teoría fundamentada.^{19,20} Después de una lectura cuidadosa de las entrevistas se procedió a la codificación en tres momentos indisolubles: 1º *codificación abierta*: aquí se hizo la transcripción exacta de las entrevistas y la codificación línea por línea de la información descrita; luego, se examinaron minuciosamente, se compararon en busca de diferencias y similitudes¹⁹ y se utilizaron códigos en vivo y sustantivos que dieron origen a categorías y subcategorías; 2º *codificación axial*: proceso en el que se relacionaron las categorías con sus subcategorías a fin de generar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos estudiados. La codificación axial ocurrió alrededor del eje de una categoría, se enlazaron las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones¹⁹ y se observó cómo se entrecruzaban y vinculaban. Cada categoría representó un fenómeno, un problema, un asunto, un acontecimiento o un suceso significativo para los participantes¹⁹; y 3º, *codificación selectiva*: una vez categorizada y codificada la información, se dio paso a la recomposición parcial de los datos. En esta etapa se seleccionaron las diferentes categorías que emergieron y fueron consideradas como relevantes, en tanto dieron respuesta a la pregunta del estudio. Las categorías emergentes fueron validadas con los datos.

Las consideraciones éticas que se tuvieron en el estudio fueron: obtención de consentimiento informado escrito, el respeto de la dignidad, la protección de los derechos, la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes, mediante la utilización de seudónimos.²¹ Además, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, y por los Comités Científicos de las instituciones hospitalarias donde se desarrolló la investigación. Para asegurar el rigor durante el proceso, se siguieron los principios de la investigación cualitativa. Teniendo en cuenta que esta investigación estudiaba un proceso iterativo, la investigadora evaluó la relación entre el diseño y la implementación con el fin de asegurar la congruencia entre la pregunta, las estrategias de recolección de los datos, el

análisis, y la literatura. También, se verificaron los datos en forma sistemática, manteniendo el enfoque y ajustando la información a la estructura conceptual del análisis, monitoreando la interpretación y confirmándola constantemente.²² Se mantuvo una profunda familiarización con los datos y se contrastaron los puntos de vista *emic* y *etic* con anotaciones que contenían comentarios posteriores a la entrevista. Además, se confrontaron los hallazgos con la literatura, se especificaron los criterios construidos por la investigadora, cómo y por qué se seleccionaron los participantes del estudio, se delineó el enfoque de la investigación en términos de la muestra y del ambiente y se describió la relación de la literatura con cada categoría.¹⁹ También, se vigiló la coherencia metodológica, el muestreo teórico, la saturación y la postura analítica activa.²² Todo esto ayudó a mantener la dirección del análisis y a asegurar el rigor del estudio.

Resultados

Como se mencionó en párrafos anteriores, aquí se hace alusión a la categoría, ***Desde dando-me cuenta de todo, a estando a merced del otro***, surgida de las experiencias que relataron los participantes.

Dando-me cuenta de todo en cirugía. Esta subcategoría hace referencia a todo lo que los pacientes participantes sintieron, vieron y escucharon durante el procedimiento quirúrgico. Para muchos de ellos, estar despierto durante este momento fue un trauma. Así lo relatan: (...) *mi esposo dice que oía cuando lo cortaban y que sentía cuando le rasgaban el cuero; entonces dígame usted: uno vivo, sintiendo todo eso, cómo no se va a poner nervioso, y yo que soy bien miedosa ¡ay Jesús de la Misericordia! (...) Yo, a lo que vi que me entiesaron de aquí para abajo me dio susto, yo pensaba dentro de mí: me van a dejar despierta, ¡no! yo dije, no soy capaz de ver nada (...)* (Carlota, paciente).

Estas son algunas de las sensaciones y percepciones que relataron participantes que fueron sometidos

a anestesia conductiva y que permanecieron conscientes durante la cirugía: (...) *me estaban jalando, yo sentí que me estaban jalando esa vena, a mi no me dolía... sentí que mi pierna me la movían para acá, para allá, funcionaban con ella y sentía los ganchitos esos, ¿sabe dónde los sentía claramente sin dolor? acá [señala la región poplítea], en este nudito los sentía mucho, mucho, y acá los sentía como si fueran varios a la vez. Sentir cómo me organizaban la pierna, mejor dicho, cómo le corren todos a uno* (Débora, paciente); y: *Sentí que me quemaban las trompas y era un dolor impresionante, muy fastidioso* (Débora, paciente).

Otros en cambio no lo ven así, simplemente dan cuenta de las conversaciones del equipo quirúrgico: *Escuché al médico que me operaba, que iba pidiendo una platina de 6 perforaciones, cinco tornillos, tres de una dimensión y dos de otra dimensión* (Ricardo, paciente); y: *Conversaban que se habían ido para un paseo, que el otro se había ido para otro paseo, otro señor, creo que era el anestesiólogo, contó que se habían ido para unos charcos muy buenos* (Adolfo, paciente).

Para el personal de enfermería, el paciente bajo los efectos de la anestesia raquídea está consciente, es partícipe del acto quirúrgico y debe explicársele todo: (...) *si es una raquí, vos tenés que estar explicándole al paciente, él es un ente más ahí, y vos no podés hacer las cosas por encima de él* (...) (Paulina, enfermera).

El paciente que está consciente durante el acto quirúrgico debe considerarse como sujeto; condición que, además, requiere ser discretos con él. Así se puede apreciar: *Como el paciente está con los ojos abiertos, hay que tener cuidado con los comentarios, con las cosas que se insinúan en el quirófano, porque el paciente con raquí está siendo partícipe de la operación* (...) (Paulina, enfermera), y: *De pronto no es con el cuidado de enfermería, sino un poquito de discreción con lo que se habla delante de un paciente que no está dormido totalmente* (...) (Catalina, Auxiliar de Enfermería).

Para algunos de los integrantes del equipo de enfermería, la única variación en el cuidado es

tener precaución con lo que se habla delante de él. Sin embargo, para otros, el paciente consciente requiere mayor dedicación, toda vez que se debe interactuar con él durante el procedimiento quirúrgico: (...) *el de general [anestesia general] está a merced de uno, el de raquídea no totalmente, porque él escucha, ve y oye, a algunos los premedican; yo creo que es incómodo para ellos escuchar porque de pronto oyen conversaciones entre el mismo personal, de la instrumentadora, que ellos no entienden. Algunos cirujanos tratan de socializar con el paciente: ve, tenés tal cosa. A veces, a nosotros nos queda muy difícil porque hay cirugías muy rápidas, entonces usted no sabe a quién ponerle cuidado, pues le habla la instrumentadora, le habla el anestesiólogo* (...) (Violeta, Auxiliar de Enfermería).

Estando a merced del otro: “borrándose el casete”. Los pacientes no pueden relacionarse con el equipo quirúrgico, comentando que desde la preparación para la cirugía perdieron el contacto con la realidad: (...) *tan pronto atravesamos el quirófano se me borró el casete... hasta recuperación, cuando me dijo la niña: ya llegamos, se acabó el paseo, ya está listo. Eso fue rápido, se le pasan a uno las horas en cuestión de minutos; es que prácticamente se puede morir en una cosa de esas y no se da uno cuenta de nada* (...) (Julián, paciente).

Otros, recuerdan un poco más, hasta que iniciaron la anestesia:(...) *eso tiene de bueno la cirugía: uno entra, lo que se demoran en colocarle a uno el primer sedante, porque ya uno no vuelve a darse cuenta de nada* (...) (Matías, paciente), y: (...) *así es que se muere uno, ni cuenta se da, me quedé dormido y no sé si me movieron la camilla siquiera. Como uno a veces ve en televisión que el paciente ve para dónde lo llevan. No me di cuenta de nada* (...) *yo recuerdo cuando me dijeron que me acostara, que me iban a poner una droga para dormirme y yo miré así y vi el frasquito ahí colgado y ahí me quedé ahí desperté* (Virgilio, paciente).

Para los participantes del equipo de enfermería, el paciente bajo los efectos de la anestesia general requiere cuidado total, está directamente bajo su

responsabilidad, como se aprecia en el relato de uno de ellos: *Es que con anestesia general, el paciente está indefenso; en ese momento está dependiendo del anesthesiólogo y del personal que está en el quirófano y de una máquina, que es la que le está proporcionando la anestesia (...)* (Elvira, Auxiliar de Enfermería).

En estas condiciones de vulnerabilidad, el paciente requiere un trato digno; aquí entra en juego la ética del equipo: (...) *sólo es ser muy honesta con lo que usted hace con él porque está a merced de uno y eso es muy delicado; está sometido a lo que usted le vaya hacer o a lo que el equipo quirúrgico le vaya a hacer; usted le puede canalizar una vena, le puede hacer lo que quiera; él se deja porque en ese momento está totalmente a merced de uno (...)* (Violeta, Auxiliar de Enfermería).

Discusión

En el período perioperatorio el paciente transita por diferentes estados de consciencia, desde estar alerta, consciente de lo que ve, siente y escucha, a estar inconsciente; es decir, dependiente de otro. De acuerdo con la naturaleza de la cirugía y las características del paciente, se hace necesario, previo al acto quirúrgico, la administración de uno de los diferentes tipos de anestesia que buscan producir en el ser humano distintas respuestas. La anestesia general se caracteriza por la inconsciencia; la anestesia local, por la pérdida de la sensibilidad de una zona pequeña del cuerpo; y, la conductiva, porque produce un bloqueo nervioso o de un plexo y por tanto una anestesia en una sección más amplia del cuerpo. Las dos últimas comparten el hecho que el paciente puede estar consciente o sólo bajo los efectos de la sedación, lo que significa una depresión del estado de consciencia, en el que la persona mantiene los reflejos y la respuesta a estímulos.²³ Durante este tiempo, y el que dure la intervención, el paciente está bajo el cuidado del equipo quirúrgico. No obstante, cabe destacar que el personal de enfermería encuentra diferencia

en los dos tipos de pacientes: los de anestesia general, son pacientes que están a merced de él y del equipo quirúrgico, mientras que los quienes reciben anestesia local o conductiva son pacientes que están dándose cuenta de todo lo que les ocurre durante su cirugía.

Muchos de los episodios de la co-presencia del equipo de enfermería y sus pacientes, durante el transoperatorio, se producen en silencio, pues el paciente está dormido o fuertemente dopado y no puede ofrecer la versión de lo que está pasando. Este es el mundo donde el silencio de los cuerpos se convierte en la parte central porque están incomunicados. El paciente se encuentra en una posición vulnerable, sin poder relacionarse con el equipo quirúrgico.²⁴

Un asunto que es preciso tener en cuenta por parte del equipo quirúrgico es la preferencia del paciente por el tipo de anestesia, porque algunos de ellos prefieren estar conscientes. Por tanto, es necesario que el anesthesiólogo, junto con el paciente, decida el tipo de anestesia más conveniente. Cuando por algún motivo, el paciente llega al quirófano sin valoración preanestésica, enfermería debe ponerlo en contacto con el anesthesiólogo, para que este asunto no sea una causa de estrés para la persona durante su procedimiento, por el contrario, es imperioso que sea una oportunidad para brindarle tranquilidad y seguridad.

Otro aspecto importante al que se refieren los participantes del equipo de enfermería, es el relacionado con el comportamiento del equipo quirúrgico durante el transoperatorio, el cual debe cambiar de acuerdo con la anestesia que reciben los pacientes; en otras palabras, el tipo de anestesia define las pautas de comportamiento frente a ellos. Ciertos comportamientos del equipo quirúrgico y de enfermería pueden ser explicados mediante una analogía con la obra *La presentación de la persona en la vida cotidiana* de Goffman²⁵. El autor se refiere a que todos somos actores en diferentes momentos de la vida cotidiana y a la forma de mantener la fachada que se espera de nosotros en situaciones particulares.²⁶ Goffman utiliza todo el arsenal terminológico del mundo del teatro: La acción se desarrolla en un escenario, que condiciona en gran parte la obra.

Son diferentes las pautas comportamentales en una iglesia o en una discoteca; igualmente, dentro del servicio de cirugía o fuera de él. La obra es preparada en los bastidores.

En el escenario, o sea cuando se está en público, la persona trata de manejar impresiones con el fin de producir reacciones en el espectador o de mostrar información previamente seleccionada sobre sí mismo como un actor social. De igual manera, lo expresa Mead en Blumer,²⁷ el *self* tiene un yo y un mí: uno espontáneo y creativo, y otro convencional, consciente y elaborado. En los bastidores se viven experiencias menos impresionantes de sí mismo, la persona ensaya el manejo de sus impresiones porque no lo ven, realiza planes y reflexiones sobre sus representaciones en los escenarios presentes y pasados. Se presentan comportamientos que incluyen el llamado por el nombre o sobrenombre, la toma de decisiones cooperativas, las malas palabras, los comentarios sarcásticos, las observaciones sexuales abiertas, quejas, gritos, juegos, bromas agresivas, se tararea y se silba entre otras muchas cosas más.²⁵

El comportamiento del personal en cirugía, especialmente en la fase transoperatoria, se fundamenta fuertemente en lo que Goffman llama "tras bastidores"; en parte, por su ubicación física dentro del hospital, pues, cirugía es un área de acceso limitado, y los pacientes, familiares y la mayoría del personal están excluidos de esta zona. Este es un ambiente privado y la conducta de los médicos y del equipo de enfermería es diferente a la que asumen en otras de las salas donde los pacientes están conscientes.

En el quirófano los pacientes están presentes, pero la mayoría de ellos anestesiados o bajo los efectos de la sedación, y por lo tanto, no pueden ver o escuchar lo que sucede a su alrededor. Lo anterior, predispone a un ambiente clandestino, donde los miembros del equipo quirúrgico se permiten hablar, actuar e interactuar sin prejuicios, los que cuidarían en otros escenarios de la institución hospitalaria. Es en estas condiciones cuando el personal que labora en cirugía manifiesta muchos de los comportamientos sugeridos por Goffman y referenciados por Tanner y Timmons,²⁶ como las conversaciones no profesionales y poco atinadas

que dan cuenta de la percepción que se tiene respecto a cirugía como un ambiente libre de censura. Así la describió un participante durante una entrevista informal en uno de los centros quirúrgicos: (...) *cirugía es el servicio donde más bobadas y más vulgaridades se hablan, donde más estrés hay y donde más se aprende...* (Observación febrero 15 de 2007).

Por otro lado, la anestesia y la sedación afectan la habilidad del paciente para relacionarse e interactuar con el otro, lo cual hace que sea totalmente dependiente del equipo quirúrgico y de enfermería.²⁸ Por esta razón, durante el transoperatorio hay poca comunicación con él, aunque, esta se restablece una vez que la cirugía ha tenido lugar y recupera la consciencia. Es el momento, entonces para contarle sobre su estado, algunos de los detalles de la operación o de los aspectos fisiológicos y de su pronóstico.²⁴

Ahora bien, durante los estados de dependencia, como los provocados por la anestesia y la sedación, la persona necesita ser atendida, aunque esté impedida para hacerlo por las limitaciones funcionales que le impone su estado. Lo anterior está en consonancia con la teoría del déficit de autocuidado de Orem citada por Fawcett,²⁹ quien la define como una relación entre la agencia de autocuidado, similar a las capacidades o limitaciones, y las demandas de autocuidado, que son el equivalente a las necesidades. Por lo tanto, es más apropiado decir que el déficit de autocuidado -como una relación entre las limitaciones de la actividad y las necesidades en todos los aspectos biosociales- es un atributo de la atención de la dependencia.

Según Orem,²⁸ el déficit de autocuidado requiere acciones compensatorias del equipo de enfermería las cuales responden a las necesidades que son normalmente satisfechas por actividades de autocuidado y que serían innecesarias si la persona no sufriera las consecuencias de las limitaciones funcionales. En el quirófano y durante el transoperatorio, una de las acciones compensatorias más importantes es la ética del equipo de enfermería al cuidar integralmente al paciente, no solo desde la dimensión biológica sino social, psicológica

y espiritual. Hay que brindar un trato digno y respetuoso a la persona que está inconsciente o fuertemente sedada. La responsabilidad compromete al equipo de enfermería a cumplir con un contrato eminentemente moral en el que debe haber preocupación (“pre-ocupación”) por el bien ajeno.³⁰

Ser parte del equipo de enfermería que labora en un quirófano implica la aceptación responsable de hacerse cargo del paciente y esto, se fundamenta en dos promesas implícitas: la primera, que los profesionales de enfermería poseen los conocimientos necesarios para satisfacer las necesidades del paciente; y, la segunda, que esos saberes se usarán en todo momento por el bien y la seguridad del mismo paciente. Se inicia pues, una relación que se basa en la confianza que este deposita en el equipo de enfermería. La brecha entre su vulnerabilidad y el saber del equipo de enfermería se cierra en el acto del cuidado.³¹

Como conclusión: el contexto quirúrgico transoperatorio es diferente para los pacientes y para el equipo de enfermería. Sin embargo, es necesario tener presente que están al cuidado de un ser humano que requiere respecto y trato digno. Por consiguiente, se debe promover un cuidado bajo una perspectiva ética.

Referencias

1. Reis H, Collins A. Relationships, human behavior and psychological science. *Curr Dir Psychol Sci.* 2004; 13(6):233-7.
2. Sigurdsson HO. The meaning of being a perioperative nurse. *AORN J.* 2001; 74(2):202-17.
3. Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K. The perioperative dialogue: Holistic nursing in practice. *Holist Nurs Pract.* 2007; 21(6):292-8.
4. Chard R. Phenomenologic study of how perioperative nurses perceive their work world 2000. *AORN J;* 72(5):878-89.
5. Rudolfsson G, Ringsberg KC, von Post I. A source of strength-nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *J Nurs Manag.* 2003; 11(4):250-7.
6. Stirling L, Raab G, Alder EM, Robertson R. Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: Feasibility study. *J Adv Nurs.* 2007; 60(5):494-501.
7. Boyle HJ. Patient advocacy in the perioperative setting. *AORN J.* 2005; 82(2):250-62.
8. 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):391-6.
9. McCarthy RJ, Trigg R, John C, Gough MJ, Horrocks M. Patient satisfaction for carotid endarterectomy performed under local anaesthesia. *Eur J Vasc Endovasc.* 2004; 27(6):654-9.
10. Suhonen R, Valimaki M, Leino Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs.* 2005; 50(3):283-92.
11. 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.
12. Yellen E, Davis GC. Patient satisfaction in ambulatory surgery. *AORN J.* 2001; 74(4): 452-590.
13. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients and nurses experiences of perioperative dialogues. *J Adv Nurs.* 2003; 43(3):246-53.
14. Hansson E, Soderhamn O. The attitudes of a group of operating room nurses and nurse anesthetists toward perioperative conversation. *Learn Health Soc Care.* 2004; 3(1):37-45.
15. Coleman M, White J. Pre-operative visiting in Wales: A study of its prevalence and nature. *Nurs Res.* 2001; 6(2):611-24.
16. Pelegrini Fonseca R M, 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):428-33.
17. Wimpenny P, Gass J. Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference?. *J Adv Nurs.* 2000; 31(6):1485-92.
18. Mulhall A. In the field: notes on observation in qualitative research. *J Adv Nurs.* 2003; 41(3):306-13.
19. Strauss A Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.

20. Charmaz K. Constructing Grounded Theory. London: SAGE; 2006.
21. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004.
22. Morse JM, Barrer M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity. *Int J Qual Method*. 2002; 1(2):2-10.
23. DeLamar LM. Anesthesia. En: Rothrock JC. Alexander`s care of the patient in surgery. 13th ed. St. Louis: Mosby-Elsevier; 2007.
24. Fox NJ. Discourse, organisation and the surgical ward round. *Sociol Health Ill*. 1993; 15(1):16-42.
25. Goffman I. La presentación de la persona en la vida cotidiana. 1 ed 3^a reimp. Buenos aires: Amorrortu; 2001.
26. Tanner J, Timmons S. Backstage in the theatre. *J Adv Nurs*. 2000; 32(4):975-80.
27. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. California: Universidad de California; 1969.
28. Orem D. Nursing agency: the nurse variable. *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St Louis: Mosby; 2001.
29. Fawcett J. Orem`s Self-Care Framework. In: *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd ed. Filadelfia: Davis Company; 2005.
30. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. *Enferm Intensiva*. 2000; 11(3): 36-41.
31. Medina JL, Castillo S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto Contexto-Enferm*. 2006; 15(2):303-11.