

# **ENFOQUE HOLÍSTICO DESDE EL PERIOPERATORIO HASTA LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE**

Integración del cuidado físico, emocional y espiritual en la atención  
perioperatoria



**LOURDES REMACHE AGUALONGO  
MARIELA GAIBOR GONZÁLEZ  
DAYANA BARRIONUEVO REMACHE**

**ISBN: 978-9907-0-0406-9**

**2025**

# **ENFOQUE HOLÍSTICO DESDE EL PREOPERATORIO HASTA LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE INTEGRACIÓN DEL CUIDADO FÍSICO, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL EN LA ATENCIÓN PERIOPERATORIA**

---

**AUTORES:**

**LOURDES MORAYMA REMACHE AGUALONGO**

**MARIELA ISABEL GAIBOR GONZÁLEZ**

**DAYANA ALEJANDRA BARRIONUEVO REMACHE**

**ISBN: 978-9907-0-0406-9**



Este libro ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad científica.

©Grupo Editorial BLR  
Universidad Estatal de Bolívar  
Riobamba – Ecuador  
Correo: publicaciones@grupobl.com  
<https://grupobl.com/libros-investig>  
REPOSITORIO



Remache, L., Gaibor, M., Barrionuevo, D. (2025) Diseños experimentales con algoritmos R. Grupo Editorial BLR.

© Lourdes Morayma Remache Agualongo  
Mariela Isabel Gaibor González  
Dayana Alejandra Barrionuevo Remache

**ISBN: 978-9907-0-0406-9**

El copyright promueve la libertad de expresión, protege la diversidad de ideas y conocimiento, además apoya la libre expresión. Se prohíbe de manera rigurosa la producción o el almacenamiento de esta publicación, ya sea en su totalidad o en parte, está estrictamente prohibido por ley, incluyendo el diseño de la portada, así como su difusión a través de cualquiera de sus medios, ya sean electrónicos, mecánicos, ópticos, de grabación o incluso de fotocopia, sin permiso de los propietarios de los derechos de autor.

## **FILIACIONES DE LOS AUTORES**

Lourdes Morayma Remache Agualongo

Universidad Estatal de Bolívar

Correo Electrónico:

ORCID: <https://orcid:-0009-0005-4723-7907>

Mariela Isabel Gaïbor González

Universidad Estatal de Bolívar

Correo Electrónico: [mgaiborg@ueb.edu.ec](mailto:mgaiborg@ueb.edu.ec)

ORCID: <https://orcid:0000-000-2-8937-0272>

Dayana Alejandra Barrionuevo Remache

Docente Investigadora

Universidad Estatal de Bolívar

Correo Electrónico: [dbarrionuevo@ueb.edu.ec](mailto:dbarrionuevo@ueb.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8832-6272>



## **PRÓLOGO**

La labor de la enfermería es el pilar fundamental en la atención de salud, y en el entorno quirúrgico, esta función se amplifica para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente en cada una de sus etapas. Este libro surge de la necesidad de unificar y profundizar en los hallazgos de diversas investigaciones que abordan el proceso de cuidado enfermero en el área quirúrgica, desde la preparación inicial hasta la recuperación final. A través de este trabajo, buscamos ofrecer una visión integral y metódica que sirva de guía para los profesionales de enfermería.

La primera parte de esta obra se enfoca en la etapa pre-quirúrgica, un período crucial para la valoración holística del paciente. Como se ha demostrado en estudios de caso, la atención de enfermería no solo se limita a la preparación física, sino que abarca el manejo de la ansiedad y el estrés, elementos que impactan directamente en el éxito de la intervención. Se destaca la importancia de una comunicación efectiva tanto con el paciente como con sus familiares, asegurando un ambiente de confianza y reduciendo al mínimo los contratiempos en la planificación quirúrgica.

Posteriormente, nos adentramos en la fase transquirúrgica, un espacio de alta precisión y coordinación. Un capítulo clave se dedica al cumplimiento de la pausa quirúrgica, un protocolo de seguridad que ha probado ser vital para prevenir eventos adversos. En este segmento, se resalta el papel irremplazable del personal de enfermería en la verificación de datos del paciente, el instrumental y el sitio de la cirugía, demostrando que su compromiso y conocimiento son determinantes para la seguridad del quirófano.

Finalmente, exploramos el cuidado post-quirúrgico, donde la enfermería aplica modelos estandarizados, como el de Virginia Henderson, para asegurar una recuperación sin complicaciones. Aquí se detallan los procedimientos para prevenir infecciones, manejar el dolor agudo y fomentar la movilidad temprana. Este enfoque estructurado subraya la importancia de un seguimiento continuo y una atención basada en la evidencia.

Este trabajo no solo sintetiza hallazgos, sino que también honra la dedicación y el conocimiento del personal de enfermería. Es un llamado a la continua profesionalización y a la implementación rigurosa de protocolos que, en cada una de las fases, confirman que el cuidado de calidad es el resultado de la experiencia, la colaboración y una atención humanizada.

## **ÍNDICE**

|                     |          |
|---------------------|----------|
| <b>PRÓLOGO.....</b> | <b>i</b> |
|---------------------|----------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| <b>ÍNDICE.....</b> | <b>iii</b> |
|--------------------|------------|

|                              |            |
|------------------------------|------------|
| <b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b> | <b>vii</b> |
|------------------------------|------------|

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b> | <b>ix</b> |
|---------------------------|-----------|

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>CAPÍTULO I.....</b> | <b>11</b> |
|------------------------|-----------|

|                                                                              |           |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FASE PRE-QUIRÚRGICA.....</b> | <b>11</b> |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| 1.1 La valoración integral y la preparación psicológica ..... | 13 |
|---------------------------------------------------------------|----|

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| 1.2 Importancia de la estandarización del proceso..... | 14 |
|--------------------------------------------------------|----|

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.3 La preparación del paciente como clave para el éxito quirúrgico..... | 15 |
|--------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 1.4 Practica experimental en la estandarización del cuidado ..... | 17 |
|-------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.5 Diagnósticos e intervenciones de enfermería en el preoperatorio..... | 18 |
|--------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| 1.6 El papel educador de la enfermería en el entorno familiar ..... | 20 |
|---------------------------------------------------------------------|----|

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| 1.7 La preparación física del paciente..... | 21 |
|---------------------------------------------|----|

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.8 La comunicación interdisciplinaria como herramienta fundamental..... | 22 |
|--------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| 1.9 El rol del enfermero en la gestión del tiempo preoperatorio..... | 23 |
|----------------------------------------------------------------------|----|

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| 1.10 Humanización del cuidado: Más allá de la técnica ..... | 24 |
|-------------------------------------------------------------|----|

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| <b>CAPÍTULO II.....</b> | <b>26</b> |
|-------------------------|-----------|

|          |                                                                                                               |           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2</b> | <b>EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA FASE TRANS-QUIRÚRGICA Y LA PAUSA QUIRÚRGICA COMO EJE DE SEGURIDAD .....</b> | <b>26</b> |
| 2.1      | El entorno del quirófano y la responsabilidad de la enfermería..                                              | 27        |
| 2.2      | La pausa quirúrgica: Un acto de comunicación y verificación ...                                               | 29        |
| 2.3      | El conteo de instrumental y material quirúrgico .....                                                         | 30        |
| 2.3.1    | Primer conteo (al inicio del procedimiento).....                                                              | 30        |
| 2.3.2    | Segundo conteo (antes del cierre de la cavidad) .....                                                         | 31        |
| 2.3.3    | Tercer conteo (al final del procedimiento) .....                                                              | 31        |
| 2.4      | Vigilancia y monitoreo del paciente en la fase intraoperatoria ...                                            | 31        |
| 2.4.1    | Verificación previa .....                                                                                     | 33        |
| 2.4.2    | Inventario dinámico .....                                                                                     | 33        |
| 2.4.3    | Trazabilidad.....                                                                                             | 33        |
| 2.5      | La importancia de la asepsia y la técnica estéril .....                                                       | 33        |
| 2.6      | La gestión de recursos y equipos en el quirófano .....                                                        | 34        |
| 2.7      | El rol de la enfermería en la prevención de lesiones al paciente                                              | 36        |
| 2.8      | Preparación para el cierre y el traslado del paciente .....                                                   | 37        |
| 2.9      | El manejo de la documentación en la fase trans-quirúrgica.....                                                | 38        |
| 2.10     | La vigilancia del personal de enfermería en el quirófano .....                                                | 39        |
|          | <b>CAPÍTULO III .....</b>                                                                                     | <b>41</b> |
| <b>3</b> | <b>EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA FASE POST-QUIRÚRGICA: APLICANDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON .....</b>   | <b>41</b> |



|                          |                                                                                                                              |           |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.1                      | El modelo de virginia henderson y sus 14 necesidades básicas..                                                               | 43        |
| 3.2                      | La valoración integral postoperatoria.....                                                                                   | 46        |
| 3.2.1                    | Necesidad de respirar normalmente .....                                                                                      | 48        |
| 3.2.2                    | Necesidad de comer y beber adecuadamente .....                                                                               | 48        |
| 3.2.3                    | Necesidad de moverse y mantener una buena postura.....                                                                       | 49        |
| 3.2.4                    | Necesidad de evitar los peligros del entorno.....                                                                            | 49        |
| 3.3                      | Intervenciones de enfermería basadas en el modelo de Henderson.....                                                          | 49        |
| 3.4                      | El manejo del dolor postoperatorio según el modelo de Henderson.....                                                         | 51        |
| 3.5                      | La promoción de la movilidad y la prevención de complicaciones.....                                                          | 54        |
| 3.6                      | La atención a las necesidades de eliminación .....                                                                           | 56        |
| 3.7                      | La nutrición y la hidratación como pilares de la recuperación ...                                                            | 59        |
| 3.8                      | El cuidado de la herida quirúrgica y la prevención de la infección.....                                                      | 60        |
| 3.9                      | La educación y la orientación para el alta.....                                                                              | 62        |
| 3.10                     | La importancia del apoyo psicosocial .....                                                                                   | 64        |
| <b>CAPÍTULO IV .....</b> |                                                                                                                              | <b>68</b> |
| <b>4</b>                 | <b>EL BIENESTAR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: UN FACTOR CRÍTICO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE .....</b> | <b>68</b> |
| 4.1                      | Factores de estrés y agotamiento profesional en el quirófano ....                                                            | 70        |

|                           |                                                                            |            |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.2                       | Estrategias para promover el bienestar del personal de enfermería.....     | 73         |
| 4.3                       | El liderazgo de enfermería y la creación de una cultura de seguridad ..... | 76         |
| 4.4                       | La educación continua y la gestión de conflictos.....                      | 78         |
| 4.5                       | El impacto del bienestar de la enfermería en la calidad del cuidado.....   | 80         |
| 4.6                       | La comunicación efectiva y el trabajo en equipo.....                       | 84         |
| 4.7                       | El impacto de la tecnología y la ergonomía .....                           | 86         |
| 4.8                       | Hacia un modelo de cuidado sostenible .....                                | 89         |
| 4.9                       | Retención de talentos y crecimiento profesional .....                      | 91         |
| 4.10                      | El rol del liderazgo y el apoyo institucional.....                         | 93         |
| <b>CAPÍTULO V .....</b>   |                                                                            | <b>95</b>  |
| <b>5</b>                  | <b>RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.....</b>  | <b>95</b>  |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b> |                                                                            | <b>109</b> |

## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabla 1.</b> 14 necesidades de Virginia Henderson. ....                                                         | 44  |
| <b>Tabla 2.</b> Escala de Aldrete (Modificada para Pacientes Pediátricos)...                                       | 46  |
| <b>Tabla 3.</b> Escala Visual Analógica (EVA) para la Valoración del Dolor.<br>.....                               | 52  |
| <b>Tabla 4.</b> Escala de Diuresis horaria.....                                                                    | 58  |
| <b>Tabla 5.</b> Indicadores de valoración de la necesidad de respirar<br>normalmente. ....                         | 95  |
| <b>Tabla 6.</b> Indicadores de valoración de la necesidad de comer y beber.                                        | 97  |
| <b>Tabla 7.</b> Indicadores de valoración de la necesidad eliminar por todas las<br>vías corporales. ....          | 98  |
| <b>Tabla 8.</b> Indicadores de valoración de la necesidad mover y mantener la<br>postura. ....                     | 100 |
| <b>Tabla 9.</b> Indicadores de valoración de la necesidad dormir y descansar.<br>.....                             | 101 |
| <b>Tabla 10.</b> Indicadores de valoración de la necesidad vestirse y<br>desvestirse.....                          | 102 |
| <b>Tabla 11.</b> Indicadores de valoración de la necesidad mantener la<br>temperatura corporal.....                | 103 |
| <b>Tabla 12.</b> Indicadores de valoración de la necesidad mantener la higiene<br>y la integridad de la piel. .... | 104 |

|                                                                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabla 13.</b> Indicadores de valoración de la necesidad evitar peligros ambientales y lesiones a otras personas.....                                       | 105 |
| <b>Tabla 14.</b> Indicadores de valoración de la necesidad comunicarse con los demás para expresar emociones y temores.....                                   | 106 |
| <b>Tabla 15.</b> Indicadores de valoración de la necesidad vivir de acuerdo con los propios valores y creencias. ....                                         | 106 |
| <b>Tabla 16.</b> Indicadores de valoración de la necesidad ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.....                        | 107 |
| <b>Tabla 17.</b> Indicadores de valoración de la necesidad participar en actividades recreativas.....                                                         | 108 |
| <b>Tabla 18.</b> Indicadores de valoración de la necesidad aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal. .... | 108 |

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de las páginas de esta obra, invitamos al lector a un recorrido reflexivo por el corazón de la atención de enfermería en el entorno quirúrgico. Este libro es el resultado de una profunda convicción, que la excelencia en el cuidado de la salud se construye sobre un cimiento de conocimiento sólido y procesos estandarizados. Por ello, hemos descrito los hallazgos de diversas investigaciones para ofrecer una visión panorámica y detallada de la labor enfermera, desde la fase de preparación hasta la culminación de la recuperación del paciente.

La estructura de este libro acompaña este viaje con una lógica cuidadosamente hilada. Cada capítulo se convierte en una ventana a una fase específica del proceso quirúrgico. En el primer capítulo, nos adentramos en el cuidado preoperatorio, revelando la importancia de una valoración que trasciende lo físico para atender la dimensión emocional del paciente. A continuación, el segundo capítulo nos lleva al quirófano mismo para explorar la vital pausa quirúrgica, una práctica que encarna la colaboración y la seguridad como principios innegociables. El último capítulo se dedica a la fase posoperatoria, demostrando cómo la aplicación de modelos de cuidado humanizado, como el de Virginia Henderson, transforma la recuperación en un proceso metódico y compasivo.

La esencia de este trabajo reside en la premisa de que una atención rigurosamente planificada es la mejor defensa contra la incertidumbre. El propósito que nos guía es ofrecer una herramienta que sintetice este conocimiento de manera accesible, sirviendo como un faro para la práctica clínica y la mejora continua. Así, este libro se dirige a quienes,

con vocación, estudio e investigación, buscan perfeccionar su arte: los estudiantes, los profesionales de enfermería, los investigadores y, en definitiva, todos aquellos comprometidos con la seguridad y el bienestar del paciente en el delicado mundo de la cirugía.

## **CAPÍTULO I**

### **1 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA FASE PRE-QUIRÚRGICA**

La etapa pre-quirúrgica, que abarca el periodo desde la decisión de la intervención hasta que el paciente es trasladado al quirófano, representa una fase crítica para la seguridad y el bienestar del individuo. En este lapso, la labor de los enfermeros es fundamental para asegurar una preparación óptima, que va más allá de lo físico para abarcar lo psicológico y emocional. Un estudio realizado en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro encontró que la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en esta fase permite valorar de manera integral las necesidades del paciente antes de la cirugía. Este enfoque holístico no es un añadido, sino una necesidad imperante, ya que los estados emocionales, como la ansiedad y el estrés, pueden influir directamente en los resultados de la cirugía y en la recuperación postoperatoria.

La complejidad de esta etapa exige un enfoque multidisciplinario, donde la enfermera se convierte en la principal coordinadora del cuidado. Su rol es asegurar que el paciente no solo cumpla con las directrices médicas, como el ayuno y la medicación profiláctica, sino que también reciba el apoyo emocional necesario para enfrentar la cirugía con la mayor tranquilidad posible. Esta labor de puente entre el paciente, la familia y el equipo médico es lo que define una atención de calidad. El enfermero, con su pericia técnica y su sensibilidad humana, es el encargado de desmitificar el proceso quirúrgico, disipar los miedos y establecer un vínculo de confianza que será crucial en las etapas subsiguientes.

Además de la preparación del paciente, la fase pre-quirúrgica es un espacio para la gestión eficiente. La enfermera es responsable de optimizar el tiempo y los recursos, asegurando que toda la documentación y los preparativos estén completos para evitar demoras o cancelaciones. Este rol de gestor no solo beneficia a la institución, sino que también contribuye a la satisfacción del paciente, quien percibe un sistema de atención organizado y profesional. Es un testimonio de que la excelencia en enfermería se logra al combinar el conocimiento clínico con una visión estratégica de los procesos asistenciales.

El cuidado en esta fase es, en esencia, un acto preventivo. Al identificar y mitigar riesgos, ya sean físicos o emocionales, la enfermera reduce la probabilidad de complicaciones. La rigurosa aplicación de protocolos de seguridad, desde la verificación de la identidad hasta la administración de medicamentos, demuestra que la enfermería es una disciplina que se basa en la evidencia y en la mejora continua. Cada acción, por más pequeña que parezca, contribuye a un panorama más amplio de seguridad y bienestar para el paciente.

El profesional de enfermería en la fase pre-quirúrgica encarna el ideal del cuidado humanizado. Al reconocer al paciente como un ser humano completo, con miedos y necesidades, la enfermera lo trata con dignidad y respeto. Al escuchar, educar y acompañar, se transforma de un simple proveedor de cuidados a un verdadero defensor del paciente. Esta profunda conexión es la esencia de la enfermería y el componente más vital de una atención que busca no solo curar el cuerpo, sino también sanar el espíritu.



## **1.1 La valoración integral y la preparación psicológica**

La atención de enfermería en la fase pre-quirúrgica, es mucho más que un conjunto de procedimientos; es el primer y más fundamental acto de cuidado integral que sienta las bases para el éxito de la cirugía y la pronta recuperación del paciente. Este período, es un momento de gran vulnerabilidad para el paciente, que se extiende desde la decisión de la intervención hasta el traslado del paciente al quirófano, es un momento de profunda vulnerabilidad y, por ende, de máxima oportunidad para la intervención enfermera. La valoración va más allá de un simple chequeo físico o la revisión de signos vitales; es un proceso que debe abarcar por completo la experiencia del paciente, incluyendo sus estados emocionales y psicológicos.

La investigación ha demostrado que la mayoría de los pacientes pre-quirúrgico experimentan ansiedad y estrés, emociones que no son meras reacciones pasajeras. Estos estados pueden tener consecuencias fisiológicas significativas, como un aumento de la presión arterial, taquicardia y una mayor necesidad de analgésicos en el postoperatorio. Por ello, el papel de la enfermera es activo y esencial para mitigar estos factores.

La primera línea de defensa es, sin duda, la comunicación efectiva. A través de la entrevista, la enfermera puede identificar los miedos del paciente: el temor a lo desconocido, a la anestesia, al dolor o a los resultados de la cirugía. Proporcionar información clara y honesta sobre el procedimiento, los posibles riesgos y el proceso de recuperación es no es un mero trámite; es un acto terapéutico que empeora al paciente, disipa la incertidumbre y le devuelve un sentido de control sobre su situación.

La preparación no solo incluye al paciente, sino también a sus familiares creando una red de apoyo que fortalece al paciente.

En el ritmo a veces deshumanizador del entorno hospitalario, la enfermera prequirúrgica se convierte en un punto de ancla humano. Su capacidad para escuchar activamente, mostrar empatía y generar confianza es tan vital como su pericia técnica. Al reconocer y abordar estos miedos, contribuimos a que la experiencia quirúrgica sea más segura y menos traumática, estableciendo un estándar de cuidado que trasciende lo técnico para adentrarse en lo verdaderamente humano y compasivo.

## **1.2 Importancia de la estandarización del proceso**

La estandarización del proceso de atención de enfermería, especialmente en la fase pre-quirúrgica, va más allá de la aplicación de un protocolo; es un pilar fundamental para la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y la validación de nuestra profesión. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), no es una simple formalidad, sino una herramienta metodológica que organiza el pensamiento clínico y nuestras acciones.

Adoptar el PAE asegura que la atención sea uniforme y de alta calidad, sin importar quién esté cuidando al paciente. Esto garantiza que cada persona que se prepara para una cirugía reciba una valoración integral, una planificación de cuidados y unas intervenciones basadas en la evidencia científica y en las mejores prácticas. Esta uniformidad minimiza la variabilidad en la atención, lo que es crucial para reducir el riesgo de errores y eventos adversos. Al seguir una estructura clara, podemos asegurar que no se omita ningún paso crítico, desde la

verificación de la identidad del paciente hasta la confirmación de la profilaxis antibiótica, un factor fundamental para su seguridad.

Además de la seguridad, la estandarización tiene un impacto directo y cuantificable en la eficiencia del hospital. Las demoras y cancelaciones de cirugías, que a ocurren por fallos en la preparación, pueden ser significativamente reducidas. El PAE, al exigir una documentación completa, nos permite identificar y resolver problemas de forma proactiva. Por ejemplo, si un resultado de laboratorio está incompleto, el sistema estandarizado nos alerta, lo que nos permite actuar con anticipación y evitar un retraso innecesario en el quirófano. Esta eficiencia operativa no solo optimiza los recursos, sino que también mejora la experiencia del paciente, que valora un servicio organizado y sin contratiempos.

La estandarización fortalece la posición profesional. La documentación estructurada del PAE hace que nuestro trabajo sea medible y evaluable, permitiéndonos demostrar el impacto directo de nuestro cuidado en los resultados del paciente. Esto consolida nuestro rol como profesionales esenciales en el equipo de salud. En resumen, estandarizar en la fase pre-quirúrgica no es un lujo, sino una necesidad que impulsa la calidad, la seguridad, la eficiencia y la profesionalización del cuidado de enfermería.

### **1.3 La preparación del paciente como clave para el éxito quirúrgico**

La fase pre-quirúrgica es una etapa de preparación que influye directamente en los resultados del paciente y en el éxito de la intervención. En este período, el personal de enfermería asume la

responsabilidad de asegurar que el paciente esté física y psicológicamente apto para el quirófano.

Una parte crucial de esta preparación es la gestión de los factores de riesgo, lo que incluye una preparación física meticulosa. El ayuno es una directriz de vital importancia que el personal de enfermería debe garantizar que se cumpla estrictamente para prevenir complicaciones severas, como la aspiración pulmonar, durante la anestesia.

La preparación física también abarca la higiene y el estado de la piel del paciente en el área quirúrgica. Una revisión cuidadosa de la piel y una preparación antiséptica adecuada son pasos fundamentales para reducir el riesgo de infecciones del sitio quirúrgico. La enfermera debe verificar que no haya lesiones, erupciones o irritaciones que puedan comprometer la seguridad del procedimiento. Esta atención al detalle es un claro ejemplo de la dedicación del personal de enfermería a la seguridad del paciente.

Asimismo, la revisión de la documentación y la verificación de la identidad del paciente son tareas críticas que previenen errores y garantizan que el procedimiento correcto se realice en la persona correcta. La enfermera debe confirmar la identidad del paciente, el procedimiento a realizar y el sitio quirúrgico con el paciente mismo, un paso que refuerza la comunicación y la seguridad. Es en este momento cuando se revisan los exámenes de laboratorio, los consentimientos informados y todos los documentos necesarios, asegurándose de que la transición al quirófano sea fluida y sin contratiempos.

La preparación física incluye la administración de medicamentos preanestésicos y profilácticos. La enfermera es la encargada de

garantizar que estos medicamentos se administren en el momento y en la dosis correcta, siguiendo los protocolos de seguridad. Esta intervención farmacológica no solo prepara el cuerpo del paciente para la anestesia, sino que también ayuda a reducir la ansiedad restante. En conjunto, todas estas acciones se entrelazan para crear un entorno de cuidado seguro, metódico y centrado en el paciente, sentando las bases para una cirugía exitosa.

#### **1.4 Práctica experimental en la estandarización del cuidado**

La estandarización en la atención de enfermería no es un manual de instrucciones rígido, sino una práctica en constante evolución. Es un proceso que se basa en la observación, la prueba y el ajuste continuo, donde cada interacción con el paciente se convierte en una oportunidad para validar y mejorar nuestros protocolos. El Hospital Alfredo Noboa Montenegro, por ejemplo, ha demostrado que un sistema estandarizado es la base de una atención de calidad superior.

Esta perspectiva de "práctica experimental" nos permite generar un conocimiento práctico que se alinea con la realidad clínica. Por ejemplo, al implementar un nuevo protocolo para la preparación de la piel antes de una cirugía, el equipo de enfermería puede observar los resultados, analizar la incidencia de infecciones y, basándose en estos datos, proponer mejoras. Este ciclo de acción, reflexión y mejora convierte un protocolo simple en una herramienta viva y eficaz que se adapta a las necesidades de los pacientes y a los recursos disponibles.

Adoptar este enfoque también tiene un impacto directo en la reducción de la variabilidad del cuidado. En un entorno donde múltiples profesionales pueden interactuar con un solo paciente, un enfoque estandarizado garantiza que los criterios de cuidado y las intervenciones se mantengan uniformes. Esto minimiza el riesgo de que se pasen por alto pasos críticos, como la verificación de la identidad del paciente o la administración de medicamentos esenciales, lo que previene errores y eventos adversos.

Esta práctica no solo beneficia al paciente, sino que también enriquece nuestra profesión. Al participar en el diseño y mejora de los protocolos, los enfermeros no somos meros ejecutores, sino investigadores y creadores de conocimiento. Nuestra capacidad para analizar los resultados, documentar las intervenciones y proponer soluciones se ve reforzada. Esto eleva la enfermería de una simple tarea a una disciplina científica, donde la experiencia se convierte en un motor de innovación y profesionalización.

### **1.5 Diagnósticos e intervenciones de enfermería en el preoperatorio**

Aplicar un enfoque estructurado en la fase prequirúrgica nos permite, como profesionales de enfermería, ir más allá de las tareas habituales y adentrarnos en la identificación de los problemas de salud del paciente. Esta capacidad de diagnóstico clínico es lo que eleva nuestra práctica a un nivel verdaderamente profesional y científico.

Uno de los diagnósticos más comunes en este entorno es la "Ansiedad", directamente relacionada con la incertidumbre que rodea a la cirugía. Para abordar esta situación, nuestras intervenciones son multifacéticas. Comienzan con la educación, proporcionando al paciente y a sus familiares información clara y honesta sobre el procedimiento, los riesgos y los beneficios. Esta transparencia no solo disipa miedos, sino que también empodera al paciente.

Además de la educación, el apoyo emocional es crucial. La enfermera debe ser un agente de calma, mostrando empatía y escuchando activamente las preocupaciones del paciente. Podemos enseñar y practicar técnicas de relajación, como la respiración profunda, para ayudar a reducir la tensión y preparar al paciente mentalmente. Al trabajar en conjunto, no solo aliviamos el estrés, sino que también establecemos una relación de confianza que es fundamental para el resto del proceso.

Otro diagnóstico común es el "Riesgo de infección del sitio quirúrgico". Este se aborda con intervenciones meticulosas, como la preparación de la piel del paciente y la administración de antibióticos profilácticos según las indicaciones del médico. La enfermera debe instruir al paciente sobre la higiene preoperatoria y asegurarse de que se cumplan todos los protocolos para reducir la carga bacteriana. La vigilancia de la piel en busca de lesiones es un paso preventivo que puede evitar complicaciones postoperatorias significativas y es una de las responsabilidades más críticas en esta fase.

Finalmente, el diagnóstico de "Déficit de conocimientos" es igualmente relevante. Tenemos la responsabilidad de asegurar que el paciente y su

familia comprendan las instrucciones de ayuno, la medicación y los cuidados básicos. A través de la educación, nos convertimos en un recurso invaluable, previniendo errores que podrían comprometer la cirugía y garantizando una transición suave hacia el postoperatorio.

## **1.6 El papel educador de la enfermería en el entorno familiar**

La labor de la enfermería en la fase prequirúrgica no se limita al paciente; su influencia se extiende a la familia, reconociendo que el bienestar de un individuo abarca a todo su círculo de apoyo. La familia, al igual que el paciente, enfrenta incertidumbre y ansiedad ante una cirugía. Por eso, el profesional de enfermería asume un rol crucial como educador y soporte, facilitando una experiencia menos estresante para todos los involucrados.

Es fundamental informar y orientar a los familiares sobre la cirugía y el postoperatorio. Esta orientación va más allá de un simple comunicado; es un acto de comunicación bidireccional donde la enfermera debe ser capaz de responder preguntas, aclarar dudas y mitigar miedos. Proporcionar información clara sobre la duración estimada de la cirugía, los tiempos de espera y el lugar donde pueden esperar evita la angustia que a menudo surge de la falta de información.

Además, podemos educar a los familiares sobre cómo ser un apoyo efectivo para el paciente. Se les puede instruir sobre la importancia del apoyo emocional, cómo fomentar la autonomía del paciente durante la recuperación y cómo participar en los cuidados básicos, como la movilización o el monitoreo de la ingesta de líquidos. Este empoderamiento de la familia no solo aligera nuestra carga, sino que también fortalece los lazos de cuidado y crea un ambiente de



recuperación más positivo y humanizado. De esta manera, la enfermera se convierte en un nexo de unión entre el equipo médico y la familia, asegurando que el plan de cuidados se extienda más allá de las paredes del hospital.

### **1.7 La preparación física del paciente**

La fase prequirúrgica, aunque se enfoca en lo psicológico, exige una meticulosa preparación física que es la base de la seguridad del paciente. La enfermería asume la responsabilidad de asegurar que el paciente esté físicamente listo para la intervención, mitigando riesgos y optimizando las condiciones para un resultado exitoso. Uno de los aspectos más críticos es la preparación de la piel en el sitio quirúrgico. Un procedimiento de higiene riguroso y la aplicación de antisépticos son pasos esenciales para reducir la carga bacteriana y minimizar el riesgo de infecciones postoperatorias.

Otro elemento crucial es la verificación de que el paciente cumpla con el ayuno estricto, una directriz que no puede ignorarse. La enfermera debe educar al paciente sobre la importancia de esta medida para prevenir la broncoaspiración durante la anestesia, una complicación potencialmente fatal. La vigilancia y el seguimiento de esta indicación demuestran nuestro compromiso con la seguridad del paciente.

La gestión de objetos personales es otra faceta de la preparación física. La enfermera debe asegurarse de que el paciente no lleve joyas, prótesis dentales removibles, lentes de contacto o cualquier otro objeto que pueda interferir con el equipo quirúrgico o causar lesiones. Esta revisión detallada no solo protege al paciente, sino que también previene la pérdida de objetos de valor. Es un acto de cuidado que se extiende a la

protección de los bienes personales del paciente en un momento de vulnerabilidad.

La administración de la medicación preanestésica y profiláctica es una intervención vital. La enfermera, con su conocimiento farmacológico, debe confirmar la identidad del paciente, la dosis y el momento de administración. Este acto, que se adhiere a los "cinco correctos", es una medida de seguridad que prepara al paciente para la anestesia y contribuye a su bienestar emocional. Todas estas acciones se entrelazan para crear un entorno de cuidado holístico que se ocupa de cada aspecto del bienestar del paciente.

### **1.8 La comunicación interdisciplinaria como herramienta fundamental**

La fase prequirúrgica no es un proceso aislado; es un ecosistema de colaboración donde la comunicación interdisciplinaria es un pilar innegociable. En esta etapa, la enfermera actúa como un puente de información vital entre el paciente, la familia y el resto del equipo quirúrgico, que incluye a cirujanos, anestesiólogos, instrumentistas y personal de apoyo. Un flujo de información claro y sin interrupciones es esencial para prevenir errores, demoras y garantizar que la transición del paciente al quirófano sea lo más segura posible.

Nuestra responsabilidad como enfermeras es sintetizar la información de la valoración preoperatoria y comunicarla de manera efectiva. Esto incluye detalles críticos como los signos vitales, las alergias conocidas, los medicamentos administrados, los resultados de laboratorio relevantes y cualquier preocupación expresada por el paciente. Esta labor es fundamental para que el anestesiólogo pueda planificar el manejo

anestésico y el cirujano esté al tanto de cualquier factor de riesgo potencial.

La "entrega de turno" es un acto de comunicación formal y estructurado que ocurre justo antes de que el paciente sea trasladado. En este momento, transferimos la responsabilidad del cuidado al equipo del quirófano. Esta transferencia no es un simple paso, sino una oportunidad para revisar todos los detalles críticos del caso. Una entrega de turno deficiente puede resultar en la omisión de información vital que podría comprometer la seguridad del paciente.

Además de la comunicación formal, fomentamos un entorno de colaboración informal pero esencial. Una conversación rápida con el cirujano para aclarar una duda sobre el sitio quirúrgico o con el anestesiólogo para discutir la ansiedad del paciente son interacciones que fortalecen el trabajo en equipo y garantizan un cuidado cohesivo. Esta capacidad para comunicarnos de manera proactiva y resolver problemas colaborativamente es lo que distingue una práctica de enfermería de excelencia.

### **1.9 El rol del enfermero en la gestión del tiempo preoperatorio**

La eficiencia en el área prequirúrgica es clave para el buen funcionamiento del quirófano, y la enfermera desempeña un papel protagónico en esta dinámica. Nuestra labor va más allá del cuidado directo y se extiende a la gestión meticulosa del tiempo, un recurso crítico donde cada minuto cuenta. En este contexto, la enfermera es una coordinadora proactiva que se asegura de que el paciente cumpla con todos los requisitos de preparación dentro de un cronograma estricto para evitar retrasos innecesarios.

La correcta aplicación de un proceso de cuidado estructurado nos permite anticipar y resolver posibles obstáculos. Por ejemplo, la falta de un examen de laboratorio crucial o un consentimiento informado incompleto son situaciones que, si no se detectan a tiempo, pueden llevar a una reprogramación de la cirugía. Al realizar una valoración exhaustiva y seguir un protocolo, podemos identificar estos problemas con antelación, comunicarlos al equipo y tomar las medidas correctivas necesarias para que la cirugía se desarrolle según lo previsto.

Además, la enfermera actúa como una gestora de la información, un rol que es fundamental para optimizar el tiempo. La preparación de la documentación del paciente, la verificación de los resultados y la comunicación con el equipo son tareas que, si se realizan de manera eficiente, garantizan una transición fluida al quirófano. Un documento faltante o una información errónea puede causar demoras, comprometiendo la seguridad del paciente y afectando el cronograma de todo el equipo.

### **1.10 Humanización del cuidado: Más allá de la técnica**

La fase prequirúrgica, aunque llena de tareas técnicas y administrativas, es un campo fértil para la humanización del cuidado. En un entorno donde la tecnología y los protocolos a menudo dominan, la enfermera tiene la oportunidad única de restablecer la conexión humana con el paciente. La humanización en esta fase no es un extra, sino un componente esencial que influye directamente en la experiencia del paciente y, por ende, en su recuperación.

El acto de humanizar el cuidado comienza con la empatía y la escucha activa. Debemos crear un espacio seguro donde el paciente se sienta

cómodo para expresar sus miedos y sus dudas. Un simple gesto como tomar la mano del paciente u ofrecer una palabra de aliento puede tener un impacto profundo en su estado de ánimo y en su percepción de la atención.

Además de la empatía, la humanización se manifiesta a través del respeto a la dignidad y la autonomía del paciente. Debemos asegurarnos de que el paciente esté completamente informado y que se haya respetado su derecho a consentir o rechazar un procedimiento. La comunicación debe ser clara y comprensible, evitando la jerga médica.

En última instancia, el cuidado humanizado en la fase prequirúrgica es un acto de compasión que equilibra la pericia técnica con la sensibilidad humana. Una enfermera que logra este balance no solo mejora la experiencia del paciente en uno de los momentos más vulnerables de su vida, sino que también refuerza el valor fundamental de nuestra profesión: el cuidado del ser humano en su totalidad, no solo de su enfermedad.

## **CAPÍTULO II**

### **2 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA FASE TRANS-QUIRÚRGICA Y LA PAUSA QUIRÚRGICA COMO EJE DE SEGURIDAD**

La fase intraoperatoria es el epicentro de la atención médica. Este período, que se extiende desde la preparación para la incisión hasta la llegada a la sala de recuperación, es un momento de máxima precisión, responsabilidad y riesgo. En este entorno, la labor de enfermería se transforma de una función de preparación a una de vigilancia constante, asistencia activa y gestión de riesgos. Es un espacio donde cada acción, por pequeña que sea, tiene un impacto directo en la seguridad y el resultado de la cirugía. En el quirófano, la enfermera es el pilar que sostiene la seguridad, asegurando que todos los protocolos y estándares se cumplan con rigurosidad.

Este capítulo explora el rol irremplazable de la enfermería dentro de la sala de operaciones. Desglosaremos nuestras funciones, comenzando por el entorno físico y la responsabilidad inherente al rol. Profundizaremos en la Pausa Quirúrgica, un ritual solemne de seguridad que se ha convertido en una herramienta fundamental para prevenir errores. Además, nos adentraremos en el conteo de instrumental y material quirúrgico, un proceso que exige una atención meticulosa para garantizar que no se dejen objetos olvidados dentro del paciente. Finalmente, se analizará la importancia de la vigilancia y el monitoreo constante del paciente bajo los efectos de la anestesia, una tarea crítica que nos convierte en los ojos y oídos del equipo.

A través de este análisis, demostraremos que la enfermera en el quirófano no es solo una asistente, sino un líder de seguridad. Al igual que un faro que guía a los barcos en la oscuridad, la enfermera dirige al equipo a través de las complejidades del procedimiento quirúrgico, asegurando un viaje seguro y exitoso para el paciente. Nuestro compromiso con la excelencia y la seguridad convierte el quirófano en un espacio de colaboración donde cada uno de los profesionales contribuye de manera activa al bienestar del paciente.

## **2.1 El entorno del quirófano y la responsabilidad de la enfermería**

El quirófano es un entorno clínico singular, es un lugar donde la precisión, la asepsia y la eficiencia convergen para el éxito de la cirugía. En este lugar, el personal de enfermería asume roles especializados, interconectados y centrados en la seguridad del paciente.

La enfermera circulante es como la "gerente" del quirófano. Desde el exterior del campo estéril, supervisa la sala, asegurándose de que el equipo, el instrumental y los insumos estén disponibles y en condiciones óptimas. Esta función exige una visión holística del procedimiento, anticipando las necesidades del equipo quirúrgico para que la cirugía fluya sin interrupciones.

La enfermera instrumentista es la asistente directa del cirujano, operando dentro del campo estéril. Su pericia técnica es invaluable, pues es la encargada de manejar entregar los instrumentos y el material quirúrgico de manera rápida y segura. Su profundo conocimiento de los procedimientos quirúrgicos le permite anticipar los movimientos del cirujano, optimizando el tiempo y reduciendo la tensión en la sala. La

comunicación no verbal entre ambos es un ballet de precisión que contribuye a la eficiencia del procedimiento.

Además de estas funciones primarias, la enfermería intraoperatoria se encarga de la seguridad del paciente de manera proactiva. Esto incluye el monitoreo constante de la posición del paciente en la mesa de operaciones para prevenir lesiones nerviosas o por presión. La enfermera debe ser consciente de cada detalle, desde la colocación de las extremidades hasta el uso de almohadillas protectoras. Esta atención a la ergonomía del paciente es crucial, ya que un mal posicionamiento puede resultar en graves y dolorosas complicaciones postoperatorias.

La vigilancia del entorno es otra responsabilidad crítica. El personal de enfermería es la primera línea de defensa contra la contaminación y las fallas de equipo. La enfermera circulante verifica que las barreras estériles se mantengan intactas y que cualquier quiebre de la asepsia sea identificado y resuelto de inmediato. También, monitorea el funcionamiento de los equipos, como el electrocauterio o los sistemas de aspiración y así asegurar que no haya fallas técnicas que puedan comprometer la seguridad.

Nuestra labor en el quirófano es multifacética y esencial. Desde la gestión de recursos hasta la asistencia directa en el campo estéril, nuestro rol es una combinación de pericia técnica, pensamiento crítico y una vigilancia constante. El quirófano no podría operar de manera segura y eficiente sin el conocimiento y la dedicación del personal de enfermería, quienes son los verdaderos guardianes del paciente durante la cirugía.



## **2.2 La pausa quirúrgica: Un acto de comunicación y verificación**

La Pausa Quirúrgica, más que un protocolo, es la manifestación más visible de una cultura de seguridad en el quirófano. Este acto, formalizado y promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un momento en el que toda la actividad se detiene antes de la incisión. Su propósito fundamental es asegurar que no haya ninguna ambigüedad sobre la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento a realizar. Este simple acto de comunicación verbal y abierta previene errores que podrían ser catastróficos, como la cirugía en el sitio equivocado.

La esencia de la Pausa Quirúrgica reside en la comunicación abierta y verbal. Cada miembro del equipo quirúrgico (cirujano, anestesiólogo, enfermero instrumentista y enfermero circulante) confirma en voz alta su entendimiento del plan. La enfermería tiene un rol particularmente crítico, ya que somos los guardianes de los datos y los detalles. Somos responsables de confirmar que el sitio quirúrgico ha sido marcado correctamente, que la profilaxis antibiótica se ha administrado en la ventana de tiempo adecuada y que todos los consentimientos están en orden.

Además de ser una herramienta de seguridad, la Pausa Quirúrgica es un acto de humanización. Al detenerse y centrarse en la persona que está a punto de ser intervenida, el equipo reconoce al paciente como un ser humano, no como un caso médico. Este momento de quietud y enfoque refuerza el compromiso del equipo con el bienestar del paciente.

## **2.3 El conteo de instrumental y material quirúrgico**

Una de nuestras responsabilidades más críticas y de mayor peso legal es el conteo meticuloso del instrumental y el material quirúrgico. Esta tarea, que puede parecer tediosa, es una medida de seguridad vital para prevenir que se olviden de objetos extraños dentro de la cavidad corporal del paciente. La omisión no solo puede causar complicaciones postoperatorias graves, sino que también tiene serias implicaciones legales y éticas. Por esta razón, el conteo no es una opción, sino una obligación que se realiza en momentos precisos y bajo un protocolo estricto.

El proceso se lleva a cabo en tres momentos clave para asegurar la máxima precisión:

### ***2.3.1 Primer conteo (al inicio del procedimiento)***

En el primer conteo se realiza antes de que comience el procedimiento, justo después de que la enfermera instrumentista y la enfermera circulante han preparado el campo estéril. Ambas profesionales verifican en voz alta el número de instrumental y material disponible, registrando cada pieza en un formato estandarizado. Este primer conteo establece la línea de base y es el punto de referencia para las verificaciones posteriores.

Se realiza una verificación conjunta del instrumental, las gasas, las compresas y cualquier material punzocortante. Se corrobora que la cantidad sea la esperada y se registra en una hoja de control.

### ***2.3.2 Segundo conteo (antes del cierre de la cavidad)***

El segundo conteo se realiza antes del cierre de una cavidad corporal importante, como el abdomen o el tórax. En este momento crucial, la enfermera instrumentista y la enfermera circulante vuelven a realizar el conteo de todo el material y los instrumentos utilizados para asegurarse de que no falte nada. Si hay alguna discrepancia, el cirujano es notificado de inmediato y se inicia una búsqueda exhaustiva dentro del campo quirúrgico y en los depósitos de basura y desechos. La rapidez en la detección de un error es crucial para resolver el problema antes de que el paciente sea cerrado.

### ***2.3.3 Tercer conteo (al final del procedimiento)***

En el tercer y último conteo se lleva a cabo antes del cierre definitivo de la incisión. Este es el último paso de control se debe asegurar que todo el material y el instrumental se han recuperado. Una vez que el conteo final coincide con el conteo inicial, se puede proceder con el cierre. La documentación de estos conteos es un requisito legal y una prueba de que el equipo quirúrgico ha seguido los protocolos de seguridad.

La rigurosidad y la atención al detalle del personal de enfermería en esta tarea son un testimonio de su compromiso inquebrantable con la seguridad del paciente. El conteo no es solo una tarea, es un acto de cuidado que protege al paciente de un riesgo potencialmente devastador.

## **2.4 Vigilancia y monitoreo del paciente en la fase intraoperatoria**

Aunque el paciente se encuentra en un estado de inconsciencia inducido por la anestesia, su cuidado y monitoreo continuo son de vital importancia. La enfermera, especialmente la circulante, es responsable

de una vigilancia constante que va más allá de la simple supervisión del equipo médico. Nos encargamos de monitorear de cerca los signos vitales del paciente, asegurándose de que se mantengan estables y dentro de los rangos aceptables. Un cambio sutil en la presión arterial o en el ritmo cardíaco puede ser un indicio de una complicación subyacente, y nuestra rápida detección es crucial para una intervención oportuna.

Además del monitoreo vital, tenemos la responsabilidad de proteger al paciente de lesiones. Al estar inmóvil, el paciente es susceptible a daños por presión, especialmente en áreas con protuberancias óseas. Debemos asegurarnos de que la posición del paciente en la mesa de operaciones sea la correcta y de que se utilicen almohadillas y soportes adecuados para proteger las áreas vulnerables.

La enfermera también se encarga de vigilar la temperatura corporal del paciente. La hipotermia inadvertida es una complicación común en la cirugía, y debemos tomar medidas proactivas para prevenirla. Esta vigilancia constante demuestra que nuestro trabajo es integral y que se ocupamos de cada aspecto del bienestar del paciente.

La vigilancia del entorno también es una parte inherente del rol de la enfermera en esta fase. Se encarga de supervisar que no se rompa la técnica estéril, de que el equipo quirúrgico funcione correctamente y de que el área de trabajo se mantenga organizada. Un error en cualquiera de estos aspectos puede poner en riesgo la seguridad del paciente y del personal. Nuestra capacidad para mantener un estado de alerta constante y para anticipar problemas es lo que convierte su labor en un factor determinante para el éxito del procedimiento.

La gestión efectiva de recursos es vital para la fluidez del acto quirúrgico. Esto incluye la verificación de la operatividad de los equipos biomédicos (electrobisturí, aspiradores), la disponibilidad de medicamentos y soluciones, y el manejo eficiente del material estéril. Un protocolo eficaz incluye:

#### ***2.4.1 Verificación previa***

El enfermero circulante es responsable de verificar, antes de la llegada del paciente, que el quirófano esté debidamente equipado y que todos los dispositivos estén calibrados y funcionando correctamente.

#### ***2.4.2 Inventario dinámico***

Durante el procedimiento, se debe mantener un registro de los insumos utilizados para asegurar que se disponga de los recursos necesarios en caso de cualquier imprevisto.

#### ***2.4.3 Trazabilidad***

La enfermería debe asegurar la trazabilidad de los equipos e insumos, registrando los lotes y fechas de vencimiento, lo cual es fundamental para la seguridad del paciente y para el cumplimiento de normativas sanitarias.

### **2.5 La importancia de la asepsia y la técnica estéril**

Dentro de la fase trans-quirúrgica, uno de los pilares más importantes de la seguridad del paciente es el control riguroso de la asepsia y la adherencia estricta a la técnica estéril. Este principio fundamental busca prevenir la introducción de microorganismos en el campo quirúrgico, lo cual podría desencadenar una infección. En este sentido, la enfermera,

especialmente la instrumentista, es la guardiana de la esterilidad en el quirófano.

El enfermero instrumentista, con su conocimiento especializado, se encarga de la preparación y el manejo del instrumental. Su labor comienza con la apertura de los paquetes quirúrgicos, asegurándose de que su integridad no esté comprometida. Luego, organiza los instrumentos de manera metódica, permitiendo una rápida identificación y acceso. Esta organización no solo aumenta la eficiencia, sino que también minimiza el riesgo de contaminación.

El enfermero circulante, por su parte, es el ojo vigilante que supervisa el cumplimiento de la técnica estéril por parte de todo el equipo. Su rol es crucial, ya que se encarga de que las barreras estériles se mantengan intactas. Si un miembro del equipo toca accidentalmente un objeto no estéril, el circulante debe actuar de forma rápida para reemplazar el objeto contaminado. Esta vigilancia constante es la primera línea de defensa contra la infección.

En conclusión, la asepsia y la técnica estéril son principios no negociables en el quirófano, y la enfermería es el motor que los mantiene vivos. A través de la preparación meticulosa, la manipulación experta y la vigilancia constante, nos aseguramos de que el paciente esté protegido de un riesgo que, aunque invisible, es una de las amenazas más serias en el entorno quirúrgico.

## **2.6 La gestión de recursos y equipos en el quirófano**

El quirófano es un entorno de alta tecnología donde el éxito de una cirugía depende, en gran medida, de nuestra pericia en la gestión de una

vasta gama de equipos y recursos. En este escenario, la enfermería asume un rol crucial que va más allá de la mera asistencia. El personal de enfermería, especialmente la enfermera circulante, es responsable de asegurar que el equipo necesario para la intervención esté disponible, en perfectas condiciones y se maneje de forma segura. Nuestra labor de gestión abarca desde los sistemas de monitoreo vital, como el electrocardiógrafo y el oxímetro, hasta complejos equipos como el electrocauterio o las bombas de infusión.

La gestión de recursos por parte de la enfermería comienza mucho antes de que el paciente ingrese al quirófano. Nos encargamos de verificar la lista de instrumental y material quirúrgico requerido para la cirugía, asegurándonos de que cada elemento esté presente y estéril. Esta previsión es fundamental para evitar interrupciones o retrasos durante el procedimiento, lo que podría comprometer la seguridad del paciente. Nuestra capacidad para anticipar las necesidades del cirujano y proveer los insumos adecuados de manera oportuna es una habilidad que distingue a un profesional de enfermería intraoperatoria.

Además de los equipos, somos responsables del manejo de los recursos biológicos y la disposición de los residuos peligrosos. El control de la sangre, los fluidos corporales y los tejidos extraídos durante la cirugía exige un conocimiento riguroso de las normativas de bioseguridad. Debemos asegurarnos de que estos materiales se manejen y se desechen de forma segura para prevenir la contaminación cruzada y proteger al personal.

La gestión de equipos también implica la verificación del correcto funcionamiento de la iluminación, la climatización y los sistemas de

aspiración. Un fallo en cualquiera de estos equipos podría comprometer la visibilidad del cirujano o la asepsia del quirófano. Estamos a cargo de realizar una revisión previa al inicio de la cirugía y de estar atentas a cualquier señal de mal funcionamiento.

## **2.7 El rol de la enfermería en la prevención de lesiones al paciente**

Dentro de la sala de operaciones, el paciente se encuentra en un estado de vulnerabilidad que requiere nuestra vigilancia constante. El rol de la enfermera en la prevención de lesiones es un pilar fundamental del cuidado intraoperatorio. Nuestra labor es proactiva y se enfoca en la identificación y mitigación de riesgos potenciales, desde la posición del paciente en la mesa quirúrgica hasta la protección de sus puntos de presión.

Uno de los aspectos más críticos de la prevención de lesiones es el correcto posicionamiento del paciente. La enfermera circulante, en colaboración con el anestesiólogo, debe asegurarse de que la posición del paciente no comprometa la circulación sanguínea, la función respiratoria o la integridad nerviosa. El uso de almohadillas, soportes y cojines es esencial para proteger las áreas de presión (talones, codos, rodillas y sacro) que son propensas a desarrollar úlceras por presión. Para una valoración estandarizada de este riesgo, podemos usar la escala de Braden, una herramienta que nos ayuda a identificar a los pacientes con mayor riesgo.

Además de la posición, la enfermera debe estar atenta a la prevención de quemaduras y lesiones eléctricas. Al utilizar equipos como el electrocauterio, nos aseguramos de que la placa de tierra esté correctamente colocada y de que no haya contacto entre el paciente y



superficies metálicas. Esta vigilancia constante protege al paciente de un riesgo potencialmente grave.

## **2.8 Preparación para el cierre y el traslado del paciente**

A medida que el procedimiento quirúrgico se acerca a su conclusión, nuestra labor no disminuye, sino que se intensifica en una serie de acciones críticas que aseguran una transición segura al postoperatorio. El enfermero instrumentista y el circulante inician la preparación para el cierre de la incisión, un momento que requiere una precisión extrema. En este punto, el instrumentista se asegura de que el instrumental y el material que no se utilizarán más se retiren del campo, dejando solo lo esencial.

El conteo final de instrumental y material es una de las últimas barreras de seguridad antes del cierre definitivo. En un acto de colaboración y doble verificación, la enfermera instrumentista y la circulante realizan un conteo meticuloso de cada gasa, compresa e instrumento. Esta tarea, que se lleva a cabo en voz alta y se registra, es la confirmación de que no se ha dejado nada dentro del cuerpo del paciente.

Una vez que el cirujano ha concluido el cierre, la enfermera circulante inicia la preparación para el traslado del paciente. Este proceso no es un simple movimiento físico, sino una entrega formal de la responsabilidad a la unidad de recuperación. En este punto, debemos comunicar de manera clara y concisa una serie de datos críticos.

La comunicación en el momento del traslado es un pilar de la continuidad del cuidado. Informamos sobre el procedimiento realizado, la duración de la cirugía, el tipo de anestesia utilizada, los fluidos y medicamentos

administrados, y cualquier complicación. También comunicamos el estado actual del paciente, incluyendo sus signos vitales y cualquier necesidad de cuidado especial. Esta transferencia de información es vital para que el equipo de recuperación pueda planificar las intervenciones adecuadas, como el manejo del dolor y la reposición de fluidos.

## **2.9 El manejo de la documentación en la fase trans-quirúrgica**

La documentación en el quirófano no es un simple trámite administrativo, sino un pilar de la seguridad del paciente y una herramienta legal invaluable. En la fase intraoperatoria, el profesional de enfermería, en particular la enfermera circulante, asume la responsabilidad de un registro detallado y preciso de cada evento ocurrido durante la cirugía. Este registro meticuloso es un testimonio del cuidado brindado y una fuente de información crítica para el equipo en las fases subsiguientes.

La documentación abarca una amplia gama de información, desde los datos demográficos del paciente hasta el procedimiento específico realizado. Registramos la hora de inicio y finalización de la cirugía, el tipo de anestesia utilizada y los miembros del equipo. Uno de los aspectos más importantes es el registro del conteo de instrumental y material. La enfermera circulante debe dejar constancia de cada conteo realizado, incluyendo el conteo inicial y el conteo final. La documentación de cualquier discrepancia y las acciones tomadas para resolverla son de vital importancia.

Además de los conteos, registramos la administración de medicamentos, los fluidos infundidos, el sangrado estimado y cualquier incidente que haya ocurrido. Estos registros detallados son vitales para la continuidad

del cuidado, ya que permiten al equipo del postoperatorio planificar las intervenciones adecuadas.

## **2.10 La vigilancia del personal de enfermería en el quirófano**

El quirófano es un ambiente de alta tensión y demanda, donde la enfermería no solo se concentra en las tareas manuales, sino que también mantiene un estado de vigilancia constante y un pensamiento crítico agudo. Esta vigilancia no se limita al paciente; se extiende a la seguridad de todo el equipo y al entorno mismo. La enfermera en el quirófano es, en esencia, una gestora de riesgos, capaz de anticipar y mitigar problemas que podrían comprometer la seguridad de la cirugía.

Un aspecto crucial de esta vigilancia es el control sobre el entorno estéril y el manejo de los equipos. Debemos estar atentas a cualquier movimiento que pueda romper la esterilidad y actuar de inmediato para corregir el error. Asimismo, monitoreamos el funcionamiento de los equipos, como el electrocauterio o las bombas de infusión, para detectar cualquier mal funcionamiento.

La vigilancia también se manifiesta en la protección contra riesgos ocupacionales. Estamos expuestas a una variedad de riesgos, como la exposición a fluidos corporales o el manejo de objetos punzocortantes. Con nuestro conocimiento de las normativas de bioseguridad, nos encargamos de que el personal utilice el equipo de protección adecuado y de que los residuos se manejen de forma segura.

Además de la vigilancia técnica, también ejercemos una vigilancia humana. En un entorno de alto estrés, debemos estar atentas a las señales de fatiga o estrés en nuestros colegas, ofreciendo apoyo y asistencia

cuando sea necesario. Un equipo que trabaja en un ambiente de apoyo y confianza es un equipo más seguro y eficaz.

En conclusión, nuestra vigilancia en el quirófano es una combinación de atención a los detalles técnicos, conocimiento de los protocolos de seguridad y una profunda conciencia de los riesgos inherentes al entorno. Nuestra capacidad para anticipar y mitigar problemas es lo que convierte un procedimiento arriesgado en un acto de cuidado seguro y exitoso.

## **CAPÍTULO III**

### **3 EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA FASE POST-QUIRÚRGICA: APLICANDO EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

La etapa post-quirúrgica constituye uno de los períodos más determinantes para la recuperación del paciente luego de haber sido sometido a una cirugía, es una de las etapas más decisivas y delicadas de la atención, este camino comienza justo al salir del quirófano y no concluye hasta su recuperación durante este tiempo el cuidado de enfermería va más allá de la técnica, se acoge en un acompañamiento cercano y profundamente humano, encaminado a devolver la salud, evitar complicaciones, alivio del dolor y sobre todo lograr la autonomía del paciente

En la fase quirúrgica el cuidado se centra en el individuo como un ser integral, reconociendo que la recuperación integra su bienestar físico y emocional, no se trata solamente de vigilar signos vitales o administración de medicamentos, se trata de brindar seguridad antes de un procedimiento nuevo doloroso e invasivo, la voz que calma ansiedad la mirada que trasfiere empatía y confianza.

A diferencia de las etapas pre y trans-quirúrgica, centradas en la preparación y el procedimiento quirúrgico, la fase postoperatoria requiere un cuidado continuo que reconozca al paciente como un ser humano con múltiples necesidades.

El modelo de las 14 necesidades fundamentales de Virginia Henderson encaja con la visión del cuidado de enfermería posquirúrgico, en esta etapa la profesional ayuda al paciente a recuperar su independencia, en las áreas que estén afectadas por la cirugía.

La implementación del modelo de Henderson en esta fase postquirúrgica implica un enfoque anticipatorio y proactivo. Permite identificar las necesidades que han sido comprometidas por la cirugía. Por ejemplo, la necesidad de "respirar con normalidad" puede estar afectada por el dolor de la herida o por los efectos residuales de la anestesia, mientras que la de "movilizarse y mantener una postura adecuada" se ve comprometida por la inmovilidad postoperatoria. Reconocer estas alteraciones, se puede planificar e implementar intervenciones específicas que no solo aborden el problema, sino que también prevengan complicaciones futuras.

Asimismo, el modelo fomenta una planificación del cuidado individualizada. Cada paciente presenta características y requerimientos particulares según sus necesidades varían según su condición, su edad y su entorno. El enfoque permite a la enfermera diseñar un plan de cuidados personalizado que se ajuste a las necesidades específicas del paciente, optimizando así el proceso de la recuperación y mejora la satisfacción del paciente con el cuidado recibido. Esta personalización es lo que diferencia un cuidado de calidad de un cuidado estandarizado.

### **3.1 El modelo de virginia henderson y sus 14 necesidades básicas**

El Modelo de Virginia Henderson constituye un pilar fundamental en la práctica en la práctico enfermera, ya que ofrece marco conceptual para guiar el proceso de cuidado. Su principio central se basa en asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen al bienestar o a la recuperación (o a una muerte en paz), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario.

Con este propósito, Henderson identificó 14 necesidades básicas que son esenciales para la vida y el bienestar, y que sirven como una guía para la valoración y planificación de los cuidados.

- **Necesidades fisiológicas:** En lo más básico ayudamos al paciente respirar normalmente tras la anestesia, a comer y beber adecuadamente a medida que su cuerpo le permita, a eliminar los desechos corporales una función que a menudo se ve alterado, la movilización un elemento clave de la recuperación, descanso y sueño esenciales en la recuperación de tejidos, manejo del dolor es fundamental asegurando el confort y evitar sufrimiento.
- **Necesidades de Seguridad y pertinencia:** La enfermera vela por mantener un entorno seguro para prevenir caídas e infecciones. Importante ofrecer apoyo emocional para gestionar el miedo y ansiedad.

- **Necesidad de Autorrealización:** A medida que el paciente mejora, el enfoque se dirige hacia la autonomía a participar de su propio cuidado, a vestirse por sí mismo y retomar actividades de sentido a su vida.

La aplicación del modelo de Henderson en este contexto nos permite trascender a una atención holística que es crucial para una rápida y efectiva recuperación.

La enfermería post quirúrgica vista por Virginia Henderson, es el arte de acompañar a una persona en su momento de mayor vulnerabilidad brindándole no solo ciencia para curar el cuerpo, sino también calor humano para restaurar su espíritu e independencia.

*Tabla 1. 14 necesidades de Virginia Henderson.*

| <b>Categoría</b>    | <b>Necesidad de Virginia Henderson</b>  | <b>Objetivos en el PAE Pre-quirúrgico</b>                 |
|---------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Fisiológicas</b> | Respirar normalmente                    | Identificar riesgos respiratorios preexistentes.          |
|                     | Comer y beber adecuadamente             | Verificar estado nutricional y cumplimiento de ayuno.     |
|                     | Eliminar por todas las vías corporales  | Evaluar patrones de eliminación y presencia de retención. |
|                     | Moverse y mantener una postura adecuada | Valorar movilidad basal y riesgo UPP (junto a Barden).    |



|                     |                                     |                                                                                                                 |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | Dormir y descansar                  | Evaluar el patrón de sueño y la calidad de descanso.                                                            |
|                     | Vestirse y desvestirse              | Evaluar la capacidad de autocuidado y preparación física.                                                       |
|                     | Mantener la temperatura corporal    | Evaluar estado de normotermia.                                                                                  |
|                     | Mantener la higiene corporal        | Preparación de la piel para reducir el riesgo de infección.                                                     |
|                     | Evitar los peligros del entorno     | Asegurar un ambiente seguro y educar sobre riesgos (caídas).                                                    |
| <b>Psicológicas</b> | Comunicarse con los demás           | Valorar el nivel de ansiedad y capacidad para expresar miedos.                                                  |
|                     | Vivir según sus valores y creencias | Respetar prácticas culturales y religiosas relacionadas con la cirugía.                                         |
| <b>Sociológicas</b> | Ocuparse para realizarse            | Evaluar el impacto de la cirugía en el rol social y laboral.                                                    |
|                     | Recrearse                           | Identificar la capacidad de distracción y ocio.                                                                 |
|                     | Aprender                            | Evaluar la necesidad y la capacidad de adquirir conocimientos sobre el procedimiento (educación preoperatoria). |

*Nota:* Esta guía sirve como el marco conceptual para la Tesis 1, asegurando una valoración holística del paciente para identificar diagnósticos de enfermería que trascienden la patología quirúrgica y abarcan la dimensión psicológica y social.

### 3.2 La valoración integral postoperatoria

La valoración integral en la fase post-quirúrgica constituye la base fundamental sobre la cual se estructura el plan de cuidados de enfermería. Representa el primer paso en la implementación del Modelo de Virginia Henderson, y su precisión determina la calidad de las intervenciones subsiguientes. El objetivo principal de este proceso busca identificar todas las necesidades del paciente que han sido alteradas o comprometidas por la cirugía y la anestesia.

La valoración inicia en el momento en que el paciente es recibido en la Unidad de Cuidados Post-Anestésicos (UCPA). En esta etapa, la enfermera debe realizar una evaluación rápida, pero exhaustiva, que influya el control de los signos vitales, el nivel de conciencia, la permeabilidad de la vía aérea y el estado de la herida quirúrgica. Para una valoración estandarizada de la recuperación, empleamos la Escala de Aldrete, la cual valora los criterios como la actividad, respiración, circulación, conciencia y saturación de oxígeno. Una puntuación igual o superior a 8 en dicha escala indica que el paciente está listo para ser dado de alta de la UCPA.

***Tabla 2. Escala de Aldrete (Modificada para Pacientes Pediátricos).***

| Criterio                   | Puntuación |
|----------------------------|------------|
| <b>Actividad</b>           |            |
| Se mueve voluntariamente   | 2          |
| Se mueve involuntariamente | 1          |

|                                            |   |
|--------------------------------------------|---|
| Sin movimiento                             | 0 |
| <b>Respiración</b>                         |   |
| Respira y tose con libertad                | 2 |
| Disnea, respiración limitada               | 1 |
| Apnea o respiración asistida               | 0 |
| <b>Circulación</b>                         |   |
| Tensión arterial $\pm 20\%$ de su basal    | 2 |
| Tensión arterial $\pm 20-50\%$ de su basal | 1 |
| Tensión arterial $>50\%$ de su basal       | 0 |
| <b>Conciencia</b>                          |   |
| Despierto                                  | 2 |
| Despierta ante estímulos                   | 1 |
| No responde a estímulos                    | 0 |
| <b>Saturación O2</b>                       |   |
| SpO2 $>92\%$ con aire ambiente             | 2 |
| SpO2 $<92\%$ con O2 suplementario          | 1 |
| SpO2 $<92\%$ a pesar de O2                 | 0 |

*Nota:* Esta escala se utiliza para determinar el momento seguro para el alta del paciente de la Unidad de Cuidados Post-Anestésicos (UCPA), evaluando la recuperación de los efectos de la anestesia.

Más allá de la evaluación inicial, se procede a un análisis más profundo mediante la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Este proceso, que es dinámico y continuo, exige un enfoque sistemático que permita a la enfermera identificar con precisión los diagnósticos de enfermería y diseñar planes de intervención personalizados. Dichos cuidados no solo deben centrarse en la curación física, sino también en el bienestar emocional y psicosocial del paciente, lo que es fundamental para una recuperación exitosa y una experiencia positiva.

El modelo de Henderson ofrece una estructura sólida para la valoración y el cuidado integral en la fase postoperatoria. A continuación, se detallan ejemplos de cómo se aplica este modelo para garantizar una recuperación exitosa:

### ***3.2.1 Necesidad de respirar normalmente***

La enfermera evalúa la función respiratoria del paciente mediante auscultando pulmonar y monitoreo de la saturación de oxígeno, con el objetivo de prevenir complicaciones como la atelectasias o complicaciones Post-anestésica. Intervenciones como la incentivación del paciente para toser o promover el uso de un espirómetro de incentivo ayudan a mantener las vías aéreas permeables.

### ***3.2.2 Necesidad de comer y beber adecuadamente***

Posterior a la cirugía, la enfermera valora la motilidad intestinal mediante la auscultación de ruidos hidroaéreos antes de iniciar la

dieta líquida. Asimismo, brinda educación sobre la progresión de la dietética y la vigilancia estrecha de signos de intolerancia gastrointestinal como náuseas o distensión abdominal.

### ***3.2.3 Necesidad de moverse y mantener una buena postura***

Fomentar la deambulaci3n temprana es una intervenci3n clave para prevenir complicaciones tromboemb3licas y fomenta cambios de posici3n en la cama para evitar 3lceras por presi3n. La enfermera educa al paciente sobre la importancia del movimiento y se le asiste para que se levante y camine de forma segura.

### ***3.2.4 Necesidad de evitar los peligros del entorno***

La enfermera implementa estrategias de prevenci3n de caídas, como la colocaci3n de barandillas en la cama y el uso de alarmas. Paralelamente evalúa el nivel de dolor del paciente y administra la analgesia pauta da para reducir el riesgo de caídas o de estr3s psicol3gico.

## **3.3 Intervenciones de enfermería basadas en el modelo de Henderson**

Una vez concluida la valoraci3n integral del paciente en el periodo postoperatorio, el siguiente paso fundamental dentro del Proceso de Atenci3n de Enfermería (PAE) es la planificaci3n e implementaci3n de intervenciones. Estas acciones no se realizan de manera aislada o arbitraria, sino que se diseñan con base en los diagn3sticos de enfermería identificados previamente identificados, teniendo como objetivo satisfacer las 14 necesidades b3sicas de Virginia Henderson

que se han visto alteradas por el procedimiento quirúrgico. La eficacia de la recuperación depende de la rapidez y precisión con la que se implementen estas intervenciones.

En relación con la necesidad de movilizarse y mantener una postura adecuada, las intervenciones de enfermería son esenciales para prevenir complicaciones potencialmente graves, como la trombosis venosa profunda y la neumonía por hipoventilación. En este sentido, la enfermera debe instruir al paciente sobre la importancia de la deambulación temprana y brindarle apoyo seguro y progresivo durante sus primeros intentos de ponerse en pie, vigilando posibles episodios de mareo y garantizando un adecuado control del dolor. Además de la deambulación, la enfermera debe realizar cambios de posición en la cama para prevenir úlceras por presión y promover la circulación. Estudios realizados en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro evidencian que estas intervenciones para la recuperación tienen un impacto significativo en la recuperación de pacientes sometidos a procedimientos como la apendicectomía.

En cuanto a la necesidad de eliminar por todas las vías corporales, requiere una vigilancia estrecha y cuidados específicos. La enfermera debe valorar la función urinaria y gastrointestinal, ya que estas pueden verse comprometidas por los efectos de la anestesia o por el uso de ciertos fármacos. La distensión vesical y la actividad intestinal deben ser evaluadas periódicamente. En caso de dificultad para la micción, se pueden aplicar intervenciones como fomentar la deambulación o utilizar compresas calientes para estimular. Para la función intestinal, se promueve la movilidad y se introduce

progresivamente la ingesta de líquidos y alimentos, adaptándola a la tolerancia del paciente.

La necesidad de mantener la piel limpia y protegida adquiere una relevancia especial durante el periodo postoperatorio debido a la presencia de la herida quirúrgica. Las intervenciones se orientan a prevenir infecciones y favorecer la cicatrización, lo cual implica el cambio de apósitos según protocolos institucionales, la observación continua de la herida en busca de signos de infección. (enrojecimiento, calor, hinchazón, drenaje purulento) y la educación del paciente sobre cómo cuidar la herida en casa. Además, la enfermera debe vigilar las áreas de presión para prevenir la formación de úlceras, un riesgo común en pacientes con movilidad limitada.

En resumen, la implementación del Modelo de Virginia Henderson en la etapa post-quirúrgica favorece un cuidado integral, humanizado y centrado en la persona. Al abordar de manera estructurada cada una de las necesidades básicas del paciente, la enfermera no solo se enfoca en la curación de la herida, sino también en la restauración de la función, la promoción de la independencia y el bienestar general del individuo. Este enfoque holístico es lo que asegura una recuperación completa y una experiencia positiva para el paciente.

### **3.4 El manejo del dolor postoperatorio según el modelo de Henderson**

Dentro del marco de las 14 necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson, el manejo del dolor postoperatorio adquiere una relevancia trascendental, ya que se entrelaza directamente con

múltiples necesidades, como la de "Dormir y descansar", "Movilizarse y mantener una postura adecuada" y "Evitar los peligros del entorno". Un dolor no controlado no es simplemente una molestia, sino un obstáculo que compromete la recuperación del paciente. En este contexto, la enfermera asume el rol principal como evaluadora y gestora del alivio del dolor, adoptando un enfoque sistemático y holístico que va más allá de la simple administración de medicamentos.

La valoración del dolor es un proceso continuo que se inicia en la sala de recuperación. Este proceso no se limita a preguntar al paciente por la presencia o ausencia de dolor, sino que utilizamos herramientas estandarizadas como la Escala Visual Analógica (EVA), que permite al paciente cuantificar su nivel de dolor en una escala de 0 a 10. Esta valoración continua facilita la documentación precisa de la respuesta del paciente a las intervenciones y ajustar el plan de cuidados de acuerdo con las necesidades cambiantes del paciente. La capacidad que tenemos para interpretar las señales verbales y no verbales del paciente es un arte que se nutre del conocimiento y la empatía, y es un pilar fundamental para un manejo eficaz del dolor.

*Tabla 3. Escala Visual Analógica (EVA) para la Valoración del Dolor.*

| Interpretación |                |
|----------------|----------------|
| 0-3            | Dolor leve     |
| 4-6            | Dolor moderado |
| 7-10           | Dolor severo   |



*Nota:* La Escala Visual Analógica es un método subjetivo y eficaz para que el paciente comunique la intensidad de su dolor, permitiendo una valoración estandarizada y un manejo adecuado de la analgesia.

Las intervenciones de enfermería para el manejo del dolor no se limitan al ámbito farmacológicos. Si bien la administración de analgésicos prescritos constituye una herramienta esencial, esta debe complementarse con medidas no farmacológicas que potencien el alivio del dolor. Intervenciones como la colocación correcta del paciente en la cama, el uso de almohadas para sostener la herida al toser o moverse, y la educación sobre técnicas de relajación, como la respiración profunda o la visualización guiada, son intervenciones que pueden reducir significativamente la percepción del dolor. Al integrar estas técnicas, la no solo aliviamos el dolor, sino que también empoderamos al paciente, dándole herramientas para gestionar su propio bienestar.

El Modelo de Henderson proporciona el marco conceptual para comprender como el dolor recurrente en diversas necesidades humanas. Un dolor mal controlado puede limitar la movilidad del paciente, lo que incrementa el riesgo de complicaciones graves como la trombosis venosa profunda, la embolia pulmonar y la neumonía por hipoventilación. De este modo, el adecuado manejo del dolor tiene un impacto directo y positivo en otras necesidades fundamentales, como "Respirar normalmente" y "Movilizarse". La evidencia proveniente del Hospital Alfredo Noboa Montenegro demostrando que la aplicación de la guía de valoración basada en el modelo de Henderson se asocia con mejores resultados clínicos y recuperación más eficiente.

En resumen, el control del dolor se maneja como una de las intervenciones más relevantes dentro del cuidado postoperatorio, debido a su capacidad para influir de manera directa en múltiples dimensiones del proceso de recuperación. Al aliviar el dolor, se promueve la movilidad, se previenen complicaciones secundarias y se optimiza la función respiratoria. Finalmente, la educación al paciente acerca de su plan de manejo del dolor contribuye a reducir la ansiedad, fortalece la adherencia al tratamiento y consolida una relación terapéutica basada en la confianza.

El manejo eficaz del dolor post operatorio desde el Marco de las 14 necesidades de Henderson , constituye un indicador clave de calidad en la atención enfermería, integra de manera sinérgica cuatro dimensiones del cuidado científico técnico ético, humanístico y vocacional, la intervención de enfermería se enfoca en restaurar la independencia del paciente atendiendo a sus necesidades comprometidas por el dolor, como el descanso, la movilidad y la seguridad , validada así la atención de enfermería como disciplina simultáneamente ciencia y arte.

### **3.5 La promoción de la movilidad y la prevención de complicaciones**

La necesidad de "Movilizarse y mantener una postura adecuada", según el Modelo de Virginia Henderson, constituye uno de los pilares fundamentales del cuidado de enfermería en la fase postquirúrgica. La inmovilidad prolongada representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de complicaciones graves, como la

trombosis venosa profunda (TVP), la neumonía por hipoventilación y la pérdida de masa muscular. Por lo tanto, la promoción de la deambulación temprana no es un objetivo de comodidad, sino una intervención terapéutica vital para la recuperación. Nosotros, como profesionales de enfermería, desempeñamos un rol protagónico al facilitar este proceso, asegurando que se lleve a cabo de segura, progresiva y efectiva.

La deambulación temprana, entendida como el hecho de que el paciente se levante y camine lo antes posible después de la cirugía, es fundamental promover la deambulación precoz, nuestra labor implica educar al paciente acerca de la importancia de esta práctica, incluso cuando pueda generar cierta incomodidad inicial. A través de la enseñanza, explicamos cómo el movimiento contribuye a mejorar la circulación sanguínea, a prevenir la formación de coágulos, a fortalecer los músculos y a mejorar la función respiratoria. Esta educación no solo motiva al paciente, sino que también lo empodera para que participe activamente en su propia recuperación. Además, garantizar una deambulación segura requiere asistencia continua y vigilancia, debemos asistir al paciente en cada paso del proceso, asegurándonos de que no haya mareos o debilidad excesiva. Este acompañamiento equilibra la seguridad del paciente con el fenómeno de su independencia.

Paralelamente, complementamos esta intervención con la enseñanza de ejercicios respiratorios y de movilización de las extremidades. Las técnicas de respiración profunda favorecen la expansión pulmonar y previenen la aparición de atelectasias, una complicación frecuente

tras la anestesia. Por su parte, los movimientos activos o pasivos de las extremidades inferiores, como la flexión y extensión de tobillos, estimulan la circulación venosa y reducen el riesgo de Trombosis venosa profunda.

En conclusión, la promoción de la movilidad postoperatoria, guiada por los principios del Modelo de Henderson, representa una de las intervenciones enfermeras más decisivas para garantizar una recuperación más rápida, segura y libre de complicaciones.

### **3.6 La atención a las necesidades de eliminación**

Dentro del marco del Modelo de Virginia Henderson, la necesidad de "Eliminar por todas las vías corporales" se constituyen como un pilar esencial en el cuidado de enfermería en la fase post-quirúrgica. La anestesia y el trauma quirúrgico pueden alterar significativamente la función normal de los sistemas urinario y gastrointestinal, lo que exige una vigilancia minuciosa y la implementación de intervenciones proactivas por parte del personal de enfermería. Un retraso en la reanudación de la función intestinal o urinaria no es solo una incomodidad, sino un signo de posibles complicaciones que pueden prolongar la estancia hospitalaria y aumentar el riesgo para el paciente.

Somos responsables de una valoración continua de la función urinaria del paciente. Esto incluye el monitoreo del volumen y la frecuencia de la micción, así como las características de la orina, como su color y claridad. También evaluamos la distensión de la vejiga, que puede indicar retención urinaria, una complicación común después de la

anestesia. Las intervenciones en este ámbito son cruciales; la enfermera puede promover la micción estimulando al paciente a levantarse y caminar, o asistirlo para usar el baño o un urinal en la cama. Si estas medidas no son suficientes, la enfermera debe informar al equipo médico y estar preparada para realizar un cateterismo urinario si fuera necesario.

En relación a la función gastrointestinal, la enfermera debe monitorear la motilidad intestinal, frecuencia reducida o paralizada por los efectos de la anestesia y los analgésicos. La valoración inicia con la auscultación de ruidos intestinales, seguida de la palpación del abdomen en busca de distensión o sensibilidad, y la vigilancia de la presencia de flatulencias o la primera evacuación intestinal.

La movilidad temprana, previamente abordada, es una de las intervenciones más efectivas para estimular la peristalsis y prevenir el íleo paralítico postoperatorio. También desempeñamos un papel educativo en la atención a las necesidades de eliminación, informando al paciente sobre la importancia de la hidratación y la ingesta progresiva de alimentos. Para una valoración estandarizada de la función urinaria, utilizamos la Escala de Diuresis Horaria, que nos permite detectar de manera temprana signos de insuficiencia renal o deshidratación.

**Tabla 4. Escala de Diuresis horaria.**

| <b>Categoría</b> | <b>Diuresis<br/>(mL/kg/hora)</b> | <b>Interpretación</b>                                                                        |
|------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Normal           | > 0.5                            | Adecuado estado de hidratación                                                               |
| Oliguria         | < 0.5                            | Posible hipovolemia,<br>deshidratación o insuficiencia renal.<br>Requiere atención inmediata |
| Anuria           | < 0.1                            | Ausencia de producción de orina.<br>Indica un estado grave.                                  |

*Nota:* La diuresis horaria es un parámetro fundamental para la valoración postoperatoria, especialmente en pacientes con riesgo de desequilibrio hemodinámico. Se calcula dividiendo el volumen de orina por el peso del paciente y por el número de horas del registro.

La enfermera también desempeña un papel educativo en la atención a las necesidades de eliminación. Debe informar al paciente sobre la importancia de la hidratación y la ingesta de alimentos progresiva, ya que estos factores contribuyen a la reanudación de la función intestinal normal. La enfermera puede explicar cómo una dieta progresiva, comenzando con líquidos claros y avanzando a una dieta blanda o normal, puede ayudar a prevenir náuseas y vómitos. El estudio resalta que una atención estructurada basada en el modelo de Henderson permite una evaluación sistemática de las necesidades del paciente y una planificación de intervenciones para abordarlas.

Finalmente, el abordaje de las necesidades de eliminación según el Modelo de Henderson refleja la esencia del cuidado holístico de enfermería. Al vigilar cuidadosamente la función de eliminación y

actuar de manera oportuna, la enfermera no solo previene complicaciones, sino que también contribuye a la restauración de la independencia y al bienestar general del paciente, lo que es esencial para una recuperación exitosa.

### **3.7 La nutrición y la hidratación como pilares de la recuperación**

Dentro del marco del Modelo de Virginia Henderson, la necesidad de "Comer y beber adecuadamente" adquiere una relevancia especial durante la fase postquirúrgica. La anestesia, el estrés metabólico derivado de la cirugía y la inmovilidad pueden alterar el apetito y la función gastrointestinal, lo que convierte a la nutrición y la hidratación en componentes esenciales para una recuperación exitosa. En este contexto, el personal de enfermería asume el papel protagonista en la monitorización de la tolerancia alimentaria y en la planificación de una progresión dietética segura, evitando complicaciones y promoviendo la restauración del equipo fisiológico.

La reintroducción de la dieta no constituye un proceso rutinario, sino un acto de cuidado que debe ser guiado por nuestra valoración continua. Este proceso se inicia con la administración de líquidos claros, cuyo objetivo es garantizar que el paciente no presente náuseas o vómitos. Evaluamos la presencia de ruidos intestinales y la ausencia de distensión abdominal antes de avanzar a una dieta blanda o normal. Este monitoreo constante resulta fundamental, ya que una introducción prematura de alimentos sólidos puede desencadenar

complicaciones como el íleo paralítico, prolongado la estancia hospitalaria y retrasando la recuperación.

Además de la ingesta alimentaria, el control del estado de hidratación del paciente. Aunque los fluidos intravenosos administrados durante y después de la cirugía son indispensables, pero debemos asegurarnos de que el paciente reciba suficiente líquido oral una vez que sea capaz de beber. Esta valoración de la hidratación incluye el monitoreo de la diuresis, la turgencia de la piel y el color de la orina.

La evidencia clínica de estudios realizados en instituciones como el Hospital Alfredo Noboa Montenegro respaldan que una valoración exhaustiva basada en el Modelo de Henderson es una herramienta eficaz para identificar estas necesidades y acelerar la recuperación del paciente. Nuestro rol también se extiende a la educación nutricional, informando al paciente y a su familia sobre alimentos que promueven la curación, como las proteínas y las vitaminas.

### **3.8 El cuidado de la herida quirúrgica y la prevención de la infección**

Dentro de las 14 necesidades básicas del Modelo de Virginia Henderson, la necesidad de "Mantener la piel limpia y protegida" adquiere una relevancia primordial más críticas en la fase postquirúrgica. La herida quirúrgica constituye la manifestación más evidente del procedimiento y representa un potencial portal de entrada para los microorganismos. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un rol central como vigía y gestor del cuidado



de la herida, siendo su labor es esencial para favorecer una curación óptima y prevenir infecciones.

El cuidado de la herida inicia con una valoración exhaustiva y continua. Durante cada turno, la enfermera inspecciona la herida evaluando signos de infección como el enrojecimiento, la hinchazón, el calor, el dolor y el drenaje purulento. También evaluamos el tipo y la cantidad de drenaje, el estado de los puntos o las grapas y la integridad de la piel circundante. Esta valoración sistemática nos permite identificar de manera temprana cualquier problema y planificar las intervenciones adecuadas antes de que la infección se desarrolle.

Las intervenciones de enfermería comprenden acciones sistemáticas y meticulosas. Esto incluye el cambio de apósitos según el protocolo, asegurándonos de que la técnica aséptica se mantenga en todo momento. Limpiamos la herida con la solución adecuada, la secamos con suavidad y aplicamos un apósito estéril. Además, se protege la piel de las zonas adyacentes a la incisión y de las áreas de presión. Dado que la inmovilidad postoperatoria incrementa el riesgo de úlceras por presión, por lo que realizamos cambios de posición regulares y utilizamos almohadillas protectoras para mitigar este riesgo.

En resumen, el enfoque holístico de la enfermería en la fase postquirúrgica, centrado en la protección y cuidado de la piel y a su vez de la herida quirúrgica, garantiza una recuperación segura, reduce el riesgo de complicaciones y promueve el bienestar integral del

paciente, evidenciando la importancia del rol de la enfermera como agente de prevención y cuidado terapéutico.

### **3.9 La educación y la orientación para el alta**

La fase post-quirúrgica, desde nuestra perspectiva como enfermería, no finaliza con la egresa del paciente del hospital, sino que se extiende hasta su completa recuperación y rehabilitación en el entorno familiar. En este contexto, nuestra labor como enfermeras se transforma de un rol de cuidado directo a uno de educadora y facilitadora, preparando al paciente y a su familia para asumir el cuidado en casa. Esta orientación para el alta es una de las intervenciones más vitales y de mayor impacto, ya que previene complicaciones, reduce el riesgo de reingresos hospitalarios y empodera al paciente para que participe activamente en su propio proceso de sanación.

El Modelo de Virginia Henderson proporciona un marco conceptual idóneo para esta labor, al incluir la necesidad de "Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad" como una de las 14 necesidades básicas del ser humano. Durante la recuperación en casa, el paciente y su familia frecuentemente enfrentan dudas y miedos sobre el manejo de la herida, la administración de medicamentos o la identificación de signos de alarma. La enfermera tiene la responsabilidad de brindar información clara, completa y comprensible que disipe las incertidumbres y les dé las herramientas necesarias para un cuidado seguro y efectivo. Un estudio en el Hospital Alfredo Noboa

Montenegro resalta que la educación es un componente vital en la atención postoperatoria.

La educación para el alta debe ser integral y abarcar todos los aspectos del cuidado postoperatorio. Esto incluye la administración de los medicamentos prescritos, con especial énfasis en la dosis, la frecuencia y los posibles efectos secundarios, la prevención de infecciones y la curación. Asimismo, se debe instruir sobre los cuidados de la herida quirúrgica, demostrando la técnica adecuada para el cambio de apósitos y explicando cómo reconocer los signos de infección, como el enrojecimiento, el calor, la hinchazón y el drenaje purulento.

Más allá de los aspectos clínicos, la orientación para el alta debe incluir las restricciones de actividad y las modificaciones en el estilo de vida. El profesional de enfermería debe informar al paciente sobre las limitaciones de la actividad física, como levantar objetos pesados, conducir o realizar ejercicio extenuante. También debe brindar recomendaciones nutricionales, destacando la importancia de una alimentación adecuada para favorecer a la cicatrización. De igual manera, es necesario educar al paciente sobre la importancia de la deambulación temprana en casa y los ejercicios recomendados para evitar la inmovilidad.

Finalmente, la identificación de los signos de alarma que requieran atención médica inmediata constituye un elemento central de la educación para el alta. La enfermera debe asegurarse de que el paciente y su familia sepan cuándo deben buscar ayuda, ya sea a

través de una llamada telefónica al hospital o una visita a la sala de emergencias. Entre estos signos de alarma pueden incluir fiebre persistente, dolor intenso que no cede con la medicación, sangrado o drenaje excesivo de la herida, dificultad para respirar o náuseas y vómitos incontrolables. Esta labor de educativa es una red de seguridad que protege al paciente una vez que está fuera del entorno hospitalario y asegura que la transición a casa sea lo más segura posible.

La educación y orientación competencia básica del quehacer enfermero constituye una intervención esencial y final dentro del proceso de atención de enfermería post quirúrgico fundamentado en el modelo de Henderson específicamente en la necesidad de aprender y descubrir.

### **3.10 La importancia del apoyo psicosocial**

En la fase post-quirúrgica, la recuperación física es un objetivo primordial; el Modelo de Virginia Henderson enfatiza que el ser humano es un ente integral. Al incluir necesidades como "Comunicarse con los demás expresando emociones" y "Ocuparse para sentirse realizado", el modelo ofrece un marco para que la enfermera aborde el bienestar psicosocial del paciente. La cirugía, el dolor, la inmovilidad y la incertidumbre sobre el proceso de recuperación pueden generar ansiedad, miedo, vulnerabilidad e incluso depresión, por lo que el rol de la enfermería se amplía a proporcionar un apoyo emocional y psicológico continuo,

reconociendo que la salud mental es tan crucial como la física para una recuperación integral.

Como primer punto de contacto del paciente en el postoperatorio, la enfermera utiliza la escucha activa para identificar los temores, las preocupaciones y las expectativas del paciente. Este acto de escucha no solo se limita a oír, sino que constituye un gesto de empatía que valida las emociones del paciente y genera un entorno seguro para la expresión emocional. Brindar palabras de aliento, reforzar y asegurar al paciente que no está solo en su proceso de sanación tiene un impacto significativo en su estado de ánimo y en su percepción del cuidado. Estudios realizados en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro destacan que una atención holística mejora notable en el bienestar general del paciente.

Además del apoyo individual, la enfermera facilita la conexión del paciente con su red de apoyo familiar, reconociendo el papel fundamental de la familia en la recuperación. Se proporciona educación sobre cómo ofrecer un apoyo emocional efectivo y cómo participar en el cuidado. Esto puede incluir instrucciones sobre cómo comunicarse con el paciente, cómo fomentar la autonomía y cómo manejar sus propias emociones. El acompañamiento familiar, guiado por la enfermera, contribuye a acelerar la recuperación y a disminuir la carga emocional tanto del paciente como de sus seres queridos. La enfermera actúa como nexo de unión, extendiendo el plan de cuidados más allá del hospital.

La promoción de la independencia contribuye otro pilar del apoyo psicosocial. A medida que el paciente se recupera, la enfermera debe animarlo a participar en su propio cuidado, como el aseo personal, la movilización y la toma de decisiones sobre su dieta. Este empoderamiento no solo fomenta la autonomía, sino que también refuerza la autoestima y la sensación de control del paciente, lo que es vital para su bienestar mental y emocional a largo plazo. La enfermera debe equilibrar la asistencia con la promoción de la independencia, sabiendo cuándo intervenir y cuándo permitir que el paciente intente realizar las actividades por sí mismo.

Finalmente, el apoyo psicosocial también incluye la educación y la orientación. La enfermera debe asegurarse de que el paciente y su familia comprendan el proceso de recuperación, los posibles contratiempos y los signos de alarma que deben motivar una consulta médica. Esta transparencia no solo reduce la incertidumbre, sino que también fomenta la confianza en el equipo de salud.

Si bien es cierto que la recuperación física es un objetivo primordial tras la intervención quirúrgica, el modelo de Virginia Henderson nos recuerda que el ser humano es una entidad biosico social indivisible, la teoría de las 14 necesidades va más allá de lo fisiológico al incluir necesidades como el comunicarse de manera adecuada con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones, ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. Este enfoque reconoce que el stress quirúrgico altera las necesidades psico sociales como la comunicación y auto realización, necesidades profundamente alteradas en la intervención

quirúrgica exigen una atención de enfermería que busca restaurar el equilibrio holístico del paciente, acelerando su retorno a la independencia.

## **CAPÍTULO IV**

### **4 EL BIENESTAR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA QUIRÚRGICA: UN FACTOR CRÍTICO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La eficiencia y la seguridad en el quirófano no dependen exclusivamente de la pericia técnica del equipo ni de la correcta aplicación de los protocolos asistenciales; también están profundamente relacionadas con el bienestar físico, mental y emocional de los profesionales de salud. Los enfermeros, como pilares fundamentales en el entorno quirúrgico, están expuestos a un ambiente caracterizado por altas demandas, presión constante y extensos turnos laborales, condiciones que los hacen especialmente vulnerables al agotamiento. Este capítulo aborda la relevancia de cuidar a quienes cuidan, ya que un equipo de enfermería saludable, motivado y con un entorno laboral adecuado constituye un factor crítico para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

La sala de operaciones es un espacio complejo y dinámico en el que las decisiones rápidas, la precisión milimétrica y la coordinación efectiva son esenciales. Detrás de cada procedimiento exitoso se encuentra un equipo altamente calificado que trabaja bajo una presión constante. El personal de enfermería enfrenta desafíos físicos y psicológicos únicos: debe mantener una vigilancia continua y una capacidad de respuesta inmediata ante emergencias, lo que puede generar una carga emocional significativa.



El estrés crónico derivado de estas condiciones puede tener consecuencias graves. La fatiga, la ansiedad y la irritabilidad suelen ser los primeros signos de alerta; sin embargo, si no se gestionan a tiempo, pueden evolucionar hacia un síndrome de agotamiento profesional (burnout), caracterizado por cinismo, despersonalización y pérdida del sentido de realización personal. Un enfermero en estado de agotamiento no solo ve afectada su salud, sino que también compromete la seguridad del paciente, al disminuir su capacidad de concentración, comunicación y toma de decisiones críticas.

La evidencia científica ha demostrado una relación directa entre el bienestar del personal de enfermería y los resultados clínicos de los pacientes. Los equipos que se sienten valorados, cuentan con un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal, y reciben apoyo institucional, cometen menos errores, presentan una mejor comunicación interdisciplinaria y muestran mayor empatía hacia los pacientes. Por el contrario, entornos laborales tóxicos, con escasez de personal, exceso de horas laborales y deficiencias en la comunicación, incrementan el riesgo de eventos adversos e insatisfacción tanto del paciente como del propio equipo de salud.

Por ello, proteger a los cuidadores no es un lujo, sino una necesidad estratégica. Las instituciones sanitarias tienen la responsabilidad ética y legal de salvaguardar a su personal. Invertir en programas de bienestar, garantizar el acceso a servicios de salud mental y fomentar una cultura organizacional que valore el autocuidado son acciones que repercuten directamente en la calidad del cuidado. Un equipo de

enfermería descansado, motivado y emocionalmente equilibrado es el principal activo de cualquier sala de operaciones.

No obstante, el bienestar del personal no depende únicamente de las políticas institucionales; también requiere un compromiso individual. La resiliencia profesional se construye mediante hábitos saludables que incluyan actividad física regular, alimentación equilibrada y descanso adecuado. Asimismo, buscar apoyo en colegas o profesionales de la salud mental y establecer límites claros entre la vida laboral y personal son estrategias esenciales para afrontar las exigencias de la profesión.

Este capítulo propone analizar en profundidad los factores de estrés específicos del entorno quirúrgico, las estrategias de autocuidado y apoyo institucional que favorecen el bienestar del personal de enfermería, y el impacto directo que el cuidado de los cuidadores tiene sobre la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la retención del talento humano. Se reafirma así que el bienestar del personal no es un aspecto secundario, sino un pilar fundamental en la provisión de cuidados seguros, eficaces y humanizados.

#### **4.1 Factores de estrés y agotamiento profesional en el quirófano**

El quirófano constituye un entorno clínico altamente especializado que, si bien es esencial para preservar la salud y la vida de los pacientes, también impone una carga considerable sobre el personal de enfermería. Los factores de estrés en este contexto son múltiples y trascienden ampliamente las exigencias físicas del trabajo,

afectando dimensiones psicológicas, emocionales y sociales del profesional.

Uno de los principales generadores de tensión es la presión constante por la precisión y la perfección. En el ámbito quirúrgico, incluso un error aparentemente menor como una discrepancia en el conteo del instrumental, una falla en la comunicación o una reacción tardía ante una emergencia puede tener consecuencias catastróficas. Esta responsabilidad inherente, sumada a la conciencia de que la vida del paciente depende, en gran medida, de sus acciones, genera un alto nivel de estrés psicológico y emocional que, con el tiempo, puede deteriorar el bienestar del personal.

Además de la carga emocional, el personal de enfermería se enfrenta a demandas físicas significativas. Las extensas jornadas laborales, que con frecuencia superan las 12 horas, exigen permanecer de pie durante largos periodos. Actividades como el reposicionamiento de pacientes, el traslado de equipos pesados o el mantenimiento de posturas estáticas durante procedimientos prolongados contribuyen a la fatiga física y aumentan el riesgo de lesiones musculoesqueléticas. Esta fatiga no solo compromete la salud a largo plazo del profesional, sino que también puede disminuir su agilidad, precisión y capacidad de respuesta en momentos críticos.

A esto se suma la sobrecarga laboral y la escasez de personal, factores sistémicos que afectan directamente la moral y el rendimiento del equipo. La insuficiencia de recursos humanos obliga a los enfermeros a asumir múltiples funciones simultáneamente, incrementando la

presión y la probabilidad de cometer errores. La sensación de estar abrumado, junto con la percepción de no poder cumplir con todas las responsabilidades, es una causa frecuente de agotamiento profesional (burnout). Esta situación puede derivar en una disminución en la calidad del cuidado y en un círculo vicioso de estrés y sentimientos de culpa.

El ambiente laboral y las dinámicas interpersonales también desempeñan un papel determinante en el bienestar del personal de enfermería. El quirófano es un entorno jerárquico en el que una comunicación deficiente puede ser fuente de conflictos. Los desacuerdos entre colegas, la falta de apoyo por parte de supervisores o el comportamiento poco profesional de otros miembros del equipo pueden generar un clima organizacional tóxico, elevando los niveles de estrés y afectando la cohesión del equipo y la moral general.

Finalmente, la exposición frecuente a eventos traumáticos constituye un factor de estrés distintivo del área quirúrgica. La atención a situaciones de emergencia, lesiones graves o el fallecimiento de pacientes puede provocar un trauma vicario o incluso un trastorno de estrés postraumático, especialmente si no se cuenta con mecanismos adecuados de afrontamiento y apoyo psicológico.

En conjunto, estos factores convierten al quirófano en un entorno laboral de alto riesgo para la salud integral del personal de enfermería, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias proactivas de autocuidado, programas de apoyo institucional y medidas preventivas. Garantizar el bienestar del equipo no solo es

esencial para su salud física y mental, sino que constituye un componente crítico en la seguridad del paciente y la calidad del cuidado asistencial.

Los profesionales de enfermería en el área quirúrgica están expuestos altos niveles de estrés y riesgo de agotamiento profesional debido a múltiples factores sobrecarga de trabajo, cambios imprevistos en la programación de cirugías, problemas con dotación de material quirúrgico, fatiga física y emocional no solo afecta el bienestar del personal, sino también repercute en la prestación de un cuidado efectivo a los pacientes.

#### **4.2 Estrategias para promover el bienestar del personal de enfermería**

La promoción del bienestar del personal de enfermería en el quirófano no constituye únicamente un imperativo ético, sino también una necesidad estratégica para cualquier institución sanitaria comprometida con la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Garantizar condiciones adecuadas requiere una combinación de apoyo institucional y estrategias de autocuidado individual, orientadas a reducir el impacto del estrés y prevenir el agotamiento profesional.

Una de las intervenciones más relevantes es la gestión efectiva del estrés. Las instituciones deben ir más allá de los discursos y diseñar programas concretos de apoyo psicológico, que incluyan el acceso gratuito y confidencial a servicios de salud mental, la organización de sesiones de mindfulness o yoga, y talleres especializados en el

manejo de la carga emocional. Este tipo de iniciativas no solo mejoran la salud mental del personal, sino que también reducen el estigma asociado a buscar ayuda, promoviendo una cultura en la que el autocuidado se percibe como una fortaleza profesional.

El manejo adecuado de los turnos laborales es otro aspecto clave. La exposición continua a jornadas prolongadas y la falta de descanso contribuyen al desarrollo de fatiga crónica, aumentando el riesgo de errores clínicos y disminuyendo el rendimiento. Las instituciones pueden mitigar estos riesgos mediante la implementación de sistemas de rotación que garanticen periodos adecuados de descanso, eviten la sobrecarga en horarios críticos y consideren las necesidades personales del personal. Permitir que los profesionales concilien su vida laboral con la familiar y social tiene un impacto directo en su bienestar emocional y motivación.

Asimismo, un ambiente laboral positivo de respeto colaboración y comunicación reduce el estrés y la ansiedad y es un pilar esencial para el bienestar. El liderazgo en enfermería debe fomentar una cultura basada en el respeto, la comunicación abierta, el reconocimiento y el trabajo en equipo. Reconocer los logros, brindar retroalimentación constructiva en lugar de críticas destructivas y facilitar la resolución de conflictos mejora significativamente la moral del personal. La implementación de programas de mentoría también es altamente beneficiosa, ya que permite a los profesionales con mayor experiencia orientar y acompañar a los recién incorporados, fortaleciendo el sentido de pertenencia y apoyo.

Si bien el respaldo institucional es indispensable, el personal de enfermería también debe asumir un rol activo en su autocuidado. Mantener un estilo de vida saludable que incluya una alimentación equilibrada, ejercicio regular y descanso adecuado constituye la base para manejar el estrés y prevenir el agotamiento. Igualmente, resulta fundamental establecer límites claros entre la vida laboral y personal, priorizando momentos de desconexión, desarrollo de actividades recreativas y tiempo de calidad con familiares y amigos.

El profesional enfermero cuyo bienestar es tendido trasciende su rol de simple ejecutor de tareas clínicas para convertirse en un verdadero agente terapéutico y refleja un enfermero que está bien atiende mejor.

Así es como cada uno de los elementos contribuye a mejorar el estado del paciente post operatorio. El profesional se siente seguro en un entorno de seguridad psicológica, trasciende al cuidado del paciente a través de la detección precoz de complicaciones, menos errores y atmósfera tranquilizadora.

La búsqueda de apoyo emocional representa otra estrategia eficaz. Compartir experiencias con colegas que comprenden las exigencias del entorno quirúrgico puede brindar alivio emocional y fortalecer el sentido de comunidad. La creación de redes de apoyo, tanto formales como informales, ofrece un espacio seguro para expresar frustraciones, compartir aprendizajes y celebrar logros.

### **4.3 El liderazgo de enfermería y la creación de una cultura de seguridad**

El liderazgo de enfermería no constituye únicamente un rol administrativo; representa una fuerza transformadora que modela el ambiente laboral, fortalece la moral del equipo y define, en gran medida, la cultura de seguridad en el quirófano. Un líder efectivo va más allá de la simple delegación de tareas: actúa como ejemplo, demostrando una adecuada gestión del estrés y priorizando el bienestar colectivo. Cuando el liderazgo se ejerce con empatía y compromiso genuino, se genera un entorno en el que el personal se siente valorado y respaldado, lo cual resulta fundamental para mitigar los efectos del agotamiento profesional y el estrés laboral.

Uno de los pilares esenciales del liderazgo es la creación de una cultura de seguridad positiva. Esto implica trascender los protocolos y listas de verificación para promover un ambiente en el que los errores sean considerados oportunidades de aprendizaje, en lugar de motivos de sanción. Un líder que fomenta la comunicación abierta, permitiendo que los enfermeros expresen sus inquietudes o reporten incidentes sin temor a represalias, construye un clima de confianza indispensable en contextos de alta complejidad. Este enfoque proactivo reduce la ansiedad, refuerza la cooperación interdisciplinaria y eleva los estándares de atención.

Asimismo, el liderazgo debe desempeñar un papel activo en la gestión y defensa de los recursos necesarios para el desempeño seguro y eficiente del personal. Esto incluye garantizar una dotación



adecuada en cada turno, el correcto mantenimiento del instrumental quirúrgico y el acceso a oportunidades de formación continua. Cuando el líder aboga por las necesidades de su equipo, envía un mensaje claro: su trabajo es valorado y su salud es prioritaria. Este reconocimiento repercute positivamente en la satisfacción laboral, la motivación y la permanencia del personal.

Más allá de la gestión operativa, los líderes de enfermería deben ejercer un rol de mentoría. Acompañar a los profesionales — especialmente a quienes recién se incorporan al quirófano— en el desarrollo de sus habilidades técnicas y en la construcción de su resiliencia profesional puede reducir significativamente sus niveles de estrés. Este acompañamiento facilita la integración al equipo y fortalece el sentido de pertenencia, favoreciendo un entorno colaborativo y de crecimiento mutuo.

En conclusión, si bien el bienestar del personal de enfermería es una responsabilidad compartida, el liderazgo desempeña un papel decisivo en su promoción. Un líder que se preocupa genuinamente por su equipo, que fomenta una cultura de seguridad y que garantiza los recursos necesarios, contribuye a construir un ambiente laboral no solo seguro y eficiente, sino también humano. El liderazgo en enfermería constituye, en definitiva, una inversión en el recurso más valioso de cualquier quirófano: su equipo humano. Esta cultura garantiza la calidad del cuidado enfermero y la recuperación integral oportuna del paciente.

#### **4.4 La educación continua y la gestión de conflictos**

La educación continua constituye un pilar esencial para el bienestar y el desempeño óptimo del personal de enfermería en el quirófano. La dinámica de esta área se caracteriza por una evolución constante en tecnología, técnicas y procedimientos, lo que exige una actualización permanente de conocimientos y habilidades para garantizar un cuidado seguro y de alta calidad.

La carencia de formación en el manejo de nuevos equipos o en procedimientos innovadores puede generar inseguridad profesional, incrementar los niveles de estrés y aumentar la probabilidad de errores. Por ello, las instituciones de salud tienen la responsabilidad de invertir en programas de capacitación que aborden no solo las competencias técnicas, sino también las habilidades de comunicación, la toma de decisiones y el manejo del estrés.

La educación continua no debe limitarse a cursos o talleres formales. Las sesiones de simulación clínica, por ejemplo, permiten al personal practicar procedimientos de emergencia en un entorno controlado y seguro, fortaleciendo su confianza y reduciendo la ansiedad ante situaciones reales. Asimismo, el entrenamiento en el lugar de trabajo, guiado por profesionales con mayor experiencia, promueve el aprendizaje colaborativo y refuerza la cohesión del equipo. Al invertir en este tipo de estrategias formativas, las instituciones demuestran su compromiso con el desarrollo profesional del personal, lo que se traduce en mayor satisfacción laboral, mejor retención de talento y una atención más segura para el paciente.

La gestión de conflictos representa otra competencia crítica para el bienestar del equipo de enfermería en el quirófano. Los equipos quirúrgicos son altamente interdisciplinarios y están conformados por profesionales con distintos niveles jerárquicos y estilos de comunicación. Las diferencias individuales, las presiones de tiempo y la complejidad del entorno pueden generar fricciones que, si no se manejan adecuadamente, derivan en un clima laboral tóxico, comunicación deficiente y aumento del estrés.

Por esta razón, el personal debe recibir formación en habilidades de comunicación asertiva, que les permitan expresar opiniones, dudas o preocupaciones de manera clara, respetuosa y efectiva. Promover un entorno donde los conflictos se aborden de forma abierta y constructiva resulta esencial para mantener un ambiente laboral saludable y seguro.

En este contexto, el liderazgo de enfermería juega un rol fundamental como mediador, facilitando el diálogo y fomentando una cultura de respeto mutuo y colaboración. Una gestión eficaz de los conflictos reduce la tensión emocional, fortalece la cohesión del equipo y repercute positivamente en la seguridad del paciente.

La incorporación de tecnología y principios de ergonomía también desempeña un papel relevante en el bienestar del personal de enfermería. Herramientas como la historia clínica electrónica permiten un acceso rápido y preciso a la información del paciente, minimizando errores y optimizando la coordinación del equipo. Por su parte, la ergonomía busca adaptar el entorno de trabajo a las

capacidades físicas del personal, previniendo lesiones musculoesqueléticas y reduciendo la fatiga. Esto incluye la disposición adecuada del instrumental, el uso de mesas y camas ajustables, así como la capacitación en técnicas de movilización y posicionamiento de pacientes. La integración de la tecnología con prácticas ergonómicas no solo mejora la eficiencia y la calidad de la atención, sino que también garantiza condiciones laborales más seguras y ostensibles.

En conclusión, la educación continua, la gestión efectiva de conflictos y la integración tecnológica constituyen pilares interdependientes del bienestar de los enfermeros en el quirófano. Un profesional que se siente competente, seguro y capaz de afrontar desafíos interpersonales está mejor preparado para responder a las exigencias del entorno quirúrgico. Más allá de un aspecto de confort, el bienestar del personal de enfermería es una inversión estratégica que impacta directamente en la calidad, la seguridad y la sostenibilidad de la atención en salud.

#### **4.5 El impacto del bienestar de la enfermería en la calidad del cuidado**

El bienestar del personal de enfermería no constituye un tema aislado ni secundario dentro del entorno quirúrgico; por el contrario, representa un factor determinante que influye de manera directa y medible en la seguridad, la calidad y la humanización del cuidado del paciente. En contextos de alta presión, como la recuperación posoperatoria y el quirófano, la presencia de fatiga, estrés crónico o

síndrome de burnout en el personal puede comprometer significativamente el resultado clínico. La fatiga mental disminuye la capacidad de concentración, lo que puede derivar en omisiones durante el conteo de instrumental, errores en la preparación del campo estéril o en la interpretación incorrecta de las órdenes médicas, aumento errores de La medicación, Asimismo, la desmotivación y el agotamiento reducen el nivel de atención al detalle y limitan la empatía, elementos fundamentales en la prestación de un cuidado seguro y humanizado.

Más allá de los errores técnicos, el bienestar del personal de enfermería tiene un impacto profundo en la comunicación y en la dinámica del equipo quirúrgico. Los síntomas asociados al burnout como la irritabilidad, el retraimiento o la despersonalización dificultan la comunicación efectiva con cirujanos, anestesiólogos y otros miembros del equipo. En un entorno donde la vida del paciente depende de la precisión y la coordinación interdisciplinaria, cualquier deficiencia en la comunicación puede traducirse en consecuencias graves. Por el contrario, cuando el personal se siente valorado y respaldado institucionalmente, tiende a comunicarse de forma asertiva, a expresar sus preocupaciones con confianza y a colaborar de manera más eficiente, contribuyendo a un entorno de trabajo más seguro y cohesionado.

El estado emocional y psicológico del personal de enfermería también incide directamente en la experiencia del paciente. Tanto los pacientes como sus familiares perciben el trato, la actitud y el nivel de compromiso del equipo de salud. Un enfermero empático,

presente y genuinamente comprometido contribuye a disminuir la ansiedad del paciente y mejora su percepción sobre la calidad del cuidado recibido. En contraste, un profesional emocionalmente agotado puede mostrarse distante o indiferente, lo que deteriora la experiencia del paciente, incluso cuando el procedimiento clínico ha sido exitoso.

La disminución de la vigilancia y el juicio clínico, agotamiento mental puede afectar la capacidad de los profesionales para detectar cambios sutiles con respecto a la condición del paciente.

El riesgo de lesiones para el profesional y el paciente musco esqueléticas el personal al movilizarse puede comprometer seguridad y confort del enfermo.

Desde la perspectiva institucional, invertir en el bienestar del personal no solo tiene implicaciones éticas, sino también económicas y operativas. Un equipo de enfermería saludable, motivado y satisfecho laboralmente presenta menores índices de rotación, lo que reduce los costos asociados a la contratación, inducción y capacitación de nuevo personal. La retención de talento también fortalece la continuidad asistencial, preserva la cohesión del equipo y garantiza la transmisión de conocimientos, ya que los profesionales con mayor experiencia pueden desempeñar un rol clave como mentores de las nuevas generaciones, promoviendo una cultura organizacional de excelencia y seguridad.

En conclusión, el bienestar del personal de enfermería es un componente esencial de la seguridad del paciente y debe considerarse

una parte integral de la gestión del riesgo en el entorno quirúrgico. Más allá de un beneficio individual, representa un elemento estratégico que impacta directamente en la calidad asistencial, en la reducción de eventos adversos, en la satisfacción del paciente y en la sostenibilidad del sistema de salud. Un profesional que trabaja en un ambiente saludable, con respaldo institucional y con herramientas para gestionar el estrés, se convierte en un recurso humano invaluable que garantiza un cuidado más seguro, eficiente y humanizado.

Desde la perspectiva de la teoría del cuidado humano de Jean Watson, la enfermera o enfermero no es un ejecutor de tareas técnicas, sino un participante activo en la sanación del paciente. Nos pide crear un momento de cuidado el que se reconozca la humanidad del enfermo en el post operatorio, estando auténticamente presentes no solo en la habitación, sino conectar con el paciente, escuchar sus miedos, sobre el dolor, la recuperación la cicatrización en vez de solo contestar alarmas y monitores; fomentar la fe y la esperanza ayudando al paciente a una exitosa recuperación seguridad y calma en un momento de incertidumbre y dolor, cultivar la sensibilidad y compasión, entender fragilidad del paciente, tratarlo con dignidad y respeto, creando un entorno de sanación. Según esta filosofía para poder cuidar genuinamente a otro ser humano en un momento de vulnerabilidad el cuidador primero debe estar en condiciones de cuidarse; así mismo, un personal sano y equilibrado garantiza la recuperación del paciente.

#### **4.6 La comunicación efectiva y el trabajo en equipo**

La comunicación en el entorno quirúrgico trasciende su concepción tradicional como una simple habilidad blanda; constituye un pilar esencial de la seguridad del paciente y un determinante crítico del bienestar del equipo interdisciplinario. En un escenario clínico caracterizado por la alta presión, la complejidad técnica y la necesidad de tomar decisiones en fracciones de segundo, la ausencia de una comunicación clara, precisa y oportuna puede derivar en consecuencias catastróficas. Por ello, el personal de enfermería debe ser capaz de transmitir información vital de forma asertiva, asegurando que el mensaje sea comprendido correctamente y que la respuesta del equipo sea rápida y coordinada. A su vez, el entorno laboral debe promover una cultura donde la comunicación abierta incluido el reporte de errores, inquietudes o sugerencias se perciba como un medio de mejora continua y no como motivo de sanción, fortaleciendo así la cultura de seguridad asistencial.

La formación en técnicas de comunicación efectiva es una herramienta indispensable para el personal de enfermería. La comunicación asertiva, por ejemplo, permite expresar opiniones y preocupaciones de manera clara, respetuosa y directa, evitando tanto la agresión como la pasividad. Esta competencia facilita el abordaje constructivo de situaciones críticas y la resolución de conflictos.

Asimismo, la retroalimentación constructiva, centrada en la mejora continua en lugar de la crítica destructiva, promueve un ambiente de aprendizaje que reduce el estrés, refuerza la colaboración y aumenta



la satisfacción laboral. Un ejemplo práctico sería sustituir frases acusatorias como “siempre olvidas esto” por enfoques colaborativos como “noté que faltaba un instrumento, ¿podríamos revisarlo juntos para evitarlo en el futuro?”. Este tipo de interacción no solo preserva las relaciones interpersonales, sino que también refuerza el trabajo en equipo.

El trabajo en equipo constituye, junto con la comunicación, la base sobre la cual se construye un entorno quirúrgico eficiente, seguro y resiliente. La coordinación precisa entre la enfermera circulante y el instrumentista, por ejemplo, es esencial para anticipar las necesidades del cirujano y garantizar el flujo adecuado del procedimiento. Cuando cada miembro se siente valorado, escuchado y respaldado, el equipo actúa como una unidad cohesionada, lo que distribuye la carga de trabajo, mitiga el estrés individual y fortalece la capacidad colectiva de respuesta ante situaciones adversas. Este sentido de colaboración tiene un impacto directo en la calidad de la atención y en los resultados del paciente.

La comunicación no verbal también desempeña un papel fundamental en el entorno quirúrgico. Elementos como el lenguaje corporal, el contacto visual, el tono de voz y las expresiones faciales pueden transmitir información crítica, complementar el mensaje verbal o alertar sobre el estado emocional y físico de un colega. Reconocer señales no verbales de estrés, fatiga o sobrecarga puede permitir intervenciones tempranas que prevengan errores y protejan el bienestar del equipo. Además, un liderazgo que proyecta apertura

y receptividad mediante su comunicación no verbal fomenta la confianza y refuerza la cohesión del grupo.

La integración efectiva de la comunicación y el trabajo en equipo en la práctica diaria del quirófano no ocurre de forma espontánea; requiere un compromiso institucional sostenido y un liderazgo proactivo. Las estrategias para fortalecer estas competencias incluyen la implementación de talleres de comunicación, simulaciones clínicas interprofesionales, sesiones de retroalimentación estructurada y programas de formación continua orientados a la mejora del trabajo colaborativo. Asimismo, es fundamental cultivar una cultura organizacional donde se reconozca y se valore la contribución de cada miembro del equipo, ya que esto refuerza el sentido de pertenencia y eleva el nivel de desempeño colectivo.

En definitiva, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo no son meras herramientas operativas para completar procedimientos quirúrgicos; son componentes estructurales que sostienen la salud del ecosistema quirúrgico en su totalidad. Su correcta implementación no solo garantiza la seguridad del paciente y reduce el riesgo de errores, sino que también promueve un entorno laboral saludable, resiliente y centrado en la excelencia asistencial.

#### **4.7 El impacto de la tecnología y la ergonomía**

El quirófano contemporáneo es un entorno altamente tecnificado donde la enfermería intraoperatoria actúa como un puente esencial entre la atención directa al paciente y la gestión de equipos complejos. La introducción de tecnologías avanzadas —como

sistemas robotizados, monitores inteligentes o dispositivos automatizados— ha mejorado notablemente la precisión, eficiencia y seguridad de los procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, esta misma sofisticación puede convertirse en un factor de estrés considerable si no se gestiona de manera adecuada.

La falta de entrenamiento específico, los fallos técnicos inesperados o la necesidad de adaptarse a una curva de aprendizaje pronunciada pueden generar ansiedad, frustración e inseguridad en el personal. Este escenario no solo afecta el bienestar emocional, sino que también incrementa el riesgo de errores durante la intervención. Por ello, el uso de tecnología debe ir siempre acompañado de programas de formación continua que garanticen la confianza y competencia del equipo en su manejo.

Junto con la tecnología, la ergonomía del entorno quirúrgico juega un papel determinante en la salud física del personal de enfermería. Las largas jornadas de pie, las posturas forzadas y la manipulación repetitiva de instrumental pueden provocar lesiones musculoesqueléticas crónicas, como lumbalgias, síndrome del túnel carpiano o fatiga en las extremidades. Factores aparentemente menores —como la altura inadecuada de las mesas quirúrgicas, la mala distribución del instrumental o la ausencia de superficies antifatiga— pueden traducirse en problemas de salud a largo plazo, ausentismo y una disminución en la calidad asistencial.

El personal de enfermería tiene, por tanto, un rol activo en la defensa de un entorno laboral ergonómicamente seguro. Esto incluye

promover el uso de mobiliario ajustable, proponer reorganizaciones en el quirófano que optimicen el flujo de trabajo y sugerir la incorporación de elementos que reduzcan el esfuerzo físico prolongado. A su vez, las instituciones sanitarias deben asumir la responsabilidad de invertir en espacios diseñados con criterios ergonómicos, pues un equipo sano, cómodo y motivado es también un equipo más eficiente y preciso.

La capacitación continua es un pilar en este proceso. Antes de la implementación de nuevos dispositivos o tecnologías, los profesionales deben tener acceso a entrenamientos prácticos, simulaciones y recursos educativos que les permitan adquirir destrezas con antelación. Un equipo que domina las herramientas tecnológicas no solo reduce los riesgos de error, sino que también mejora su autoconfianza y desempeño intraoperatorio.

En síntesis, tecnología y ergonomía son elementos complementarios que, si bien impulsan la calidad y seguridad de los procedimientos quirúrgicos, requieren una gestión estratégica. Un entorno ergonómicamente adecuado, combinado con capacitación constante en el uso de equipos avanzados, no solo protege la salud física y mental del personal de enfermería, sino que también fortalece la seguridad del paciente y la eficiencia institucional. Cuidar del equipo es, en última instancia, cuidar de quienes confían su vida al sistema quirúrgico.

#### **4.8 Hacia un modelo de cuidado sostenible**

El bienestar del personal de enfermería en el área quirúrgica no debe entenderse como un beneficio complementario o una acción aislada, sino como un elemento esencial dentro de la estrategia operativa de cualquier institución de salud. Velar por la salud y el estado emocional de los profesionales no solo representa un deber ético, sino también una decisión estratégica.

Un modelo de atención sostenible reconoce que la calidad del servicio prestado al paciente está directamente relacionada con el bienestar y la satisfacción de quienes lo proporcionan. Este enfoque preventivo busca anticiparse al agotamiento y al estrés laboral antes de que se traduzcan en un bajo rendimiento o en riesgos para la seguridad del paciente.

Para alcanzar un modelo sostenible, es fundamental que la alta dirección y el liderazgo de enfermería trabajen de forma conjunta en la creación de una cultura organizacional basada en el apoyo y el reconocimiento. Esto implica ir más allá de los mensajes institucionales e implementar políticas concretas que evidencien que el bienestar del personal es una prioridad.

La inversión en capital humano resulta clave, lo cual incluye garantizar una cantidad adecuada de personal en cada turno, evitar la sobrecarga de trabajo y promover oportunidades de formación y crecimiento profesional. Un entorno en el que los profesionales se sientan valorados, escuchados y respaldados favorece la permanencia del talento y el fortalecimiento del equipo.

El equilibrio entre la vida laboral y personal también constituye un pilar de este modelo. Las instituciones deben reconocer que las jornadas extensas y la fatiga repercuten negativamente en la vida de los trabajadores. Por ello, resulta esencial implementar horarios flexibles, ofrecer espacios para el descanso y fomentar una cultura que respete los límites personales. Cuando el personal puede recuperar energías, mejora su desempeño, disminuyen los errores y se reduce la probabilidad de agotamiento. Un enfermero descansado, con menos niveles de estrés, es más capaz de atender de forma plena y atenta las necesidades del paciente.

La incorporación de tecnología y el diseño ergonómico del espacio laboral también contribuyen a la sostenibilidad. Un equipamiento adecuado, acompañado de formación constante, puede facilitar el trabajo, disminuir el estrés y permitir que la enfermería se enfoque en la atención directa al paciente. De igual forma, un quirófano diseñado bajo principios ergonómicos reduce el riesgo de lesiones físicas y favorece un estado óptimo para el trabajo. Aunque estas inversiones puedan parecer costosas en el corto plazo, a largo plazo generan beneficios como menor ausentismo, mayor retención de personal y un incremento en la eficiencia operativa.

En síntesis, construir un modelo de cuidado sostenible para el personal de enfermería en el quirófano es tanto una obligación ética como una estrategia institucional. Un profesional respaldado y valorado representa un recurso invaluable, y su bienestar se traduce en atención de calidad, segura y empática. Las instituciones que adoptan este enfoque no solo protegen a su equipo, sino que también

mejoran sus resultados, fortalecen su reputación y construyen un recurso humano comprometido y resiliente para enfrentar los desafíos del futuro.

#### **4.9 Retención de talentos y crecimiento profesional**

El bienestar del personal de enfermería en el quirófano está estrechamente vinculado con la retención de talento. En ambientes laborales caracterizados por el estrés, la falta de apoyo, recursos insuficientes o escasas oportunidades de desarrollo, la rotación de personal tiende a ser elevada.

Los enfermeros que se sienten agotados y no reconocidos buscan instituciones que valoren su salud y promuevan su crecimiento profesional. Esta constante rotación no solo incrementa los costos de contratación y capacitación, sino que también afecta la cohesión del equipo y, en consecuencia, la seguridad del paciente. La pérdida de enfermeros con experiencia es especialmente perjudicial, ya que con ellos se va un conocimiento profundo y una memoria institucional esencial para la prevención de errores.

Un entorno laboral que prioriza el bienestar actúa como un factor de atracción para los profesionales de enfermería. Los trabajadores no solo valoran una remuneración competitiva, sino también un ambiente de apoyo, oportunidades de formación continua y un equilibrio saludable entre la vida laboral y personal. Las instituciones que invierten en mentoría, educación constante y apoyo psicológico demuestran que consideran a sus empleados como su recurso más

valioso. Al generar un sentido de pertenencia y propósito, se construye una fuerza laboral leal y comprometida a largo plazo.

El desarrollo profesional constituye otro pilar fundamental para la retención. Los enfermeros, particularmente los de menor antigüedad, buscan oportunidades para avanzar en su carrera y adquirir nuevas competencias. Ofrecer programas de especialización en áreas como instrumentación quirúrgica, cuidado postanestésico o gestión de equipos quirúrgicos no solo fortalece las habilidades del profesional, sino que también incrementa su satisfacción y motivación laboral. Un enfermero que percibe un camino claro de desarrollo dentro de la institución es menos propenso a buscar oportunidades en otros lugares.

El reconocimiento y la retroalimentación también son determinantes clave. Un simple agradecimiento de un líder, o un reconocimiento público por un trabajo bien realizado, puede elevar considerablemente la moral del equipo. La retroalimentación constructiva y las evaluaciones periódicas, que destacan tanto fortalezas como áreas de mejora, demuestran a los enfermeros que su aporte es valorado y que su crecimiento profesional es una prioridad institucional.

En síntesis, la retención de talento en el quirófano no ocurre de manera fortuita; es el resultado de un entorno laboral positivo y de un compromiso institucional con el bienestar y desarrollo del personal. Invertir en los enfermeros es una estrategia inteligente que disminuye los costos asociados a la rotación y, al mismo tiempo, fortalece un



equipo más experimentado, resiliente y capaz de brindar una atención al paciente de excelencia.

#### **4.10 El rol del liderazgo y el apoyo institucional**

El bienestar del personal de enfermería en el quirófano no puede abordarse de manera pasiva; requiere un liderazgo activo y un compromiso institucional sólido. Los líderes de enfermería, desde los jefes de turno hasta los directores, son los principales responsables de configurar la cultura laboral. Su función va más allá de la administración de horarios y presupuestos: deben actuar como defensores del personal, promoviendo recursos y políticas que favorezcan un ambiente de trabajo saludable y sostenible. Cuando el personal percibe que sus líderes se preocupan genuinamente por su bienestar, la moral del equipo se fortalece y se establece un vínculo de confianza fundamental para un desempeño óptimo.

El respaldo institucional constituye la base de todas las iniciativas de bienestar. Esto implica asignar un presupuesto adecuado para la dotación de personal, invertir en tecnología que facilite los procesos y ofrecer programas de apoyo psicológico. Servicios de salud mental gratuitos y confidenciales, así como programas de mentoría para los enfermeros recién incorporados, demuestran que la organización prioriza la salud mental y el desarrollo profesional de sus empleados. Este tipo de apoyo refuerza la percepción de que los enfermeros son un recurso valioso y no simplemente un elemento reemplazable.

El liderazgo de enfermería también debe actuar como modelo en la gestión del estrés y la promoción del autocuidado. Un líder que

trabaja en exceso, evita tomar descansos o muestra signos de agotamiento transmite un mensaje equivocado al equipo. En cambio, un líder que mantiene un equilibrio saludable entre la vida laboral y personal, se permite tiempo para recuperarse y fomenta estas prácticas en su equipo, construye una cultura en la que el autocuidado es reconocido y practicado. La coherencia entre las políticas institucionales y el comportamiento de los líderes es esencial para generar un ambiente de trabajo genuino y confiable.

Una de las estrategias más efectivas del liderazgo es mantener una comunicación abierta y transparente. Facilitar canales donde los enfermeros puedan expresar sus inquietudes, ideas y frustraciones sin temor a represalias es fundamental. Reuniones periódicas, encuestas de satisfacción anónimas y retroalimentación bidireccional son herramientas útiles para evaluar la percepción del equipo y abordar problemas antes de que se agraven. Un liderazgo que escucha activamente puede responder de manera eficaz a las necesidades de su personal.

En síntesis, el bienestar del personal de enfermería es una responsabilidad compartida, pero el liderazgo y el apoyo institucional son los motores del cambio. Invertir en los enfermeros es una estrategia inteligente que no solo incrementa la moral y reduce la rotación, sino que también se traduce en una atención al paciente más seguro y de calidad. Un equipo que se siente respaldado y valorado constituye un recurso invaluable que fortalece la sostenibilidad, la seguridad y el éxito de cualquier institución de salud.

## CAPÍTULO V

### 5 RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

#### Valoración según el modelo de Virginia Henderson 14 necesidades

##### Necesidad 1. Respirar normalmente

*Tabla 5. Indicadores de valoración de la necesidad de respirar normalmente.*

|                | Alternativas                   | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|--------------------------------|------------|------------|
| Signos vitales | <b>Frecuencia respiratoria</b> |            |            |
|                | Bradipnea (<120 x min)         | 0          | 0%         |
|                | Eupnea (12-22 x min)           | 20         | 100%       |
|                | Taquipnea (>22 x min)          | 0          | 0%         |
|                | <b>Frecuencia cardiaca</b>     |            |            |
|                | Bradicardia (<60 x min)        | 0          | 0%         |
|                | Norma (60-100 x min)           | 19         | 95%        |
|                | Taquicardia (>100 x min)       | 1          | 5%         |
|                | <b>Presión arterial</b>        |            |            |
|                | Hipotensión (90/60 mmHg)       | 0          | 0%         |
|                |                                | 20         | 100%       |

|                                                              |                           |    |      |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|----|------|
|                                                              | Normal (120/80 mmHg)      | 0  | 0%   |
|                                                              | Hipertensión grado 1- 2-3 |    |      |
| <b>Saturación de oxígeno</b>                                 |                           |    |      |
|                                                              | Hipoxia moderada 92-88%   | 4  | 20%  |
|                                                              |                           | 7  | 35%  |
|                                                              | Hipoxia leve <95-93%      | 9  | 45%  |
|                                                              | Normal >95%               |    |      |
| <hr/>                                                        |                           |    |      |
| Respuestas del cuerpo a irritantes en las vías respiratorias | Ninguno                   | 19 | 95%  |
|                                                              | Tos                       | 1  | 5%   |
|                                                              | Expulsión de secreciones  | 0  | 0%   |
|                                                              | Total                     | 20 | 100% |
| <hr/>                                                        |                           |    |      |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika.***

***Fuente:*** Guía de valoración a los pacientes con apendicectomía mediato.

Según los datos obtenidos sobre los signos vitales se evidencia una variación en cuanto a la saturación de oxígeno, el 20% presenta una hipoxia moderada, el 35% hipoxia leve y el 45% están en lo normal. Con respecto a las respuestas de cuerpo a irritantes en las vías respiratorias se identificó en un 5% presenta tos y la mayor parte no presenta ningún problema.

## Necesidad 2. Comer y beber

*Tabla 6. Indicadores de valoración de la necesidad de comer y beber.*

|                             | Alternativas | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|--------------|------------|------------|
| Dieta                       | General      | 4          | 20%        |
|                             | Blanda       | 6          | 30%        |
|                             | Líquida      | 8          | 40%        |
|                             | NPO          | 1          | 5%         |
|                             | Hipo sódico  | 1          | 5%         |
| Índice de masa corporal     | Sobrepeso    | 9          | 45%        |
|                             | Peso normal  | 8          | 40%        |
|                             | Obesidad     | 3          | 15%        |
|                             | Bajo peso    | 0          | 0%         |
| Síntomas gastrointestinales | Ninguno      | 14         | 70%        |
|                             | Vomito       | 4          | 20%        |
|                             | Náuseas      | 2          | 10%        |
|                             | Anorexia     | 0          | 0%         |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika.***

***Fuente:*** Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediato.

En lo que concierne a la necesidad 2, se encontró que el 40% son alimentados con dieta líquida, el 30% dieta blanda; el 20% dieta general y el 5% NPO e hipo sódico; el índice de masa corporal en rango sobrepeso representó el 45%, seguido del 40% de peso normal, el 15 % de obesidad. Con respecto a los síntomas gastrointestinales se identificó el 20% vómito y el 10% náuseas.

### **Necesidad 3. Eliminación**

***Tabla 7. Indicadores de valoración de la necesidad eliminar por todas las vías corporales.***

|                                              | <b>Alternativas</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|----------------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Cantidad de orina/Día                        | Entre 801-2000ml    | 19                | 95%               |
|                                              | Menor a 800ml       | 1                 | 5%                |
|                                              | Mayor a 2001ml      | 0                 | 0%                |
|                                              | Total               | 20                | 100%              |
| Movilidad restringida para realizar diuresis | Presente            | 20                | 100%              |
|                                              | Ausente             | 0                 | 0%                |
|                                              | Total               | 20                | 100%              |
|                                              | Ninguna             | 20                | 100%              |

|                               |               |    |      |
|-------------------------------|---------------|----|------|
| Alteraciones<br>de la orina   | Disuria       | 0  | 0%   |
|                               | Polaquiuria   | 0  | 0%   |
|                               | Nicturia      | 0  | 0%   |
|                               | Total         | 20 | 100% |
| <hr/>                         |               |    |      |
| Alteraciones<br>de defecación | Ninguna       | 5  | 25%  |
|                               | Estreñimiento | 7  | 35%  |
|                               | Diarrea       | 8  | 40%  |
|                               | Total         | 20 | 100% |
| <hr/>                         |               |    |      |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika***

***Fuente: Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediato.***

## Necesidad 4. Mover y mantener la postura

*Tabla 8. Indicadores de valoración de la necesidad mover y mantener la*

|                                 | Alternativas    | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|-----------------|------------|------------|
| <b>Valoración del dolor EVA</b> | Moderado (4-7)  | 13         | 65%        |
|                                 | Leve (0-3)      | 4          | 20%        |
|                                 | Intenso (8- 10) | 3          | 15%        |
| <b>Movilidad</b>                | Ambulatorio     | 18         | 90%        |
|                                 | Encamado        | 2          | 10%        |
| <i>postura.</i>                 |                 |            |            |
|                                 | Alternativas    | Frecuencia | Porcentaje |
| <b>Horas de sueño</b>           | 7-9 horas       | 10         | 50%        |
|                                 | 5-6 horas       | 8          | 40%        |
|                                 | >10 horas       | 2          | 10%        |
|                                 | Total           | 20         | 100%       |
| <b>Problemas que</b>            | Ninguno         | 9          | 45%        |
|                                 | Fatiga          | 6          | 30%        |



|                              |             |    |      |
|------------------------------|-------------|----|------|
| <b>alternan<br/>el sueño</b> | Somnolencia | 2  | 10%  |
|                              | Insomnio    | 2  | 10%  |
|                              | Letargo     | 1  | 5%   |
|                              | Ansiedad    | 0  | 0%   |
|                              | Estrés      | 0  | 0%   |
|                              | Total       | 20 | 100% |

*Elaborado: Cornelio, Paulina & Chochos Erika.*

*Fuente: Guía de valoración a pacientes con apendicectomía periodo mediano.*

## **Necesidad 5. Dormir y descansar**

*Tabla 9. Indicadores de valoración de la necesidad dormir y descansar.*

|                                                    | <b>Alternativas</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|----------------------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Horas de<br/>sueño</b>                          | 7-9 horas           | 10                | 50%               |
|                                                    | 5-6 horas           | 8                 | 40%               |
|                                                    | >10 horas           | 2                 | 10%               |
|                                                    | Total               | 20                | 100%              |
| <b>Problemas<br/>que<br/>alternan<br/>el sueño</b> | Ninguno             | 9                 | 45%               |
|                                                    | Fatiga              | 6                 | 30%               |
|                                                    | Somnolencia         | 2                 | 10%               |
|                                                    | Insomnio            | 2                 | 10%               |

|          |    |      |
|----------|----|------|
| Letargo  | 1  | 5%   |
| Ansiedad | 0  | 0%   |
| Estrés   | 0  | 0%   |
| Total    | 20 | 100% |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika.***

***Fuente:*** Guía de valoración a los pacientes con apendicectomía periodo mediato.

## **Necesidad 6. Vestirse y desvestirse**

***Tabla 10. Indicadores de valoración de la necesidad vestirse y desvestirse.***

|                                             | Alternativas                                                | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Capacidad para<br>vestirse y<br>desvestirse | Independiente: capaz de<br>ponerse y quitarse el<br>calcado | 16         | 80%        |
|                                             | Necesita ayuda                                              | 3          | 15%        |
|                                             | Dependiente                                                 | 1          | 5%         |
|                                             | Total                                                       | 20         | 100%       |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika.***

***Fuente:*** Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediato.

## Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal

**Tabla 11. Indicadores de valoración de la necesidad mantener la temperatura corporal.**

|                    | Alternativas              | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|---------------------------|------------|------------|
| <b>Temperatura</b> | Normal (36 °C a 37.5°C)   | 10         | 50%        |
|                    | Febrícula (37.6°C-37.9°C) | 8          | 40%        |
|                    | Fiebre (38°C-39.9°C)      | 2          | 10%        |
|                    | Hipertermia >40 °C        | 1          | 5%         |
|                    | Hipotermia <36            | 0          | 0%         |
|                    | Total                     | 20         | 100%       |

|                                   | Alternativas | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|--------------|------------|------------|
| Estado de la herida<br>quirúrgica | Normal       | 10         | 50%        |
|                                   | Eritema      | 7          | 35%        |
|                                   | Inflamación  | 3          | 15%        |
|                                   | Pus          | 0          | 0%         |
|                                   | Prurito      | 0          | 0%         |
|                                   | Total        | 20         | 100%       |

|                        |                       |    |     |
|------------------------|-----------------------|----|-----|
| Ulceras por<br>presión | Bajo riesgo 15-<br>16 | 10 | 50% |
|                        | No aplica             | 6  | 30% |

|                          |    |      |
|--------------------------|----|------|
| Riesgo moderado<br>13-14 | 3  | 15%  |
| Alto riesgo <12          | 1  | 5%   |
| Total                    | 20 | 100% |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika.***

***Fuente:*** Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediató.

## **Necesidad 8. Mantener la higiene y la integridad de la piel**

***Tabla 12. Indicadores de valoración de la necesidad mantener la higiene y la integridad de la piel.***

|                                   | Alternativas             | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|--------------------------|------------|------------|
| Estado de la herida<br>quirúrgica | Normal                   | 10         | 50%        |
|                                   | Eritema                  | 7          | 35%        |
|                                   | Inflamación              | 3          | 15%        |
|                                   | Pus                      | 0          | 0%         |
|                                   | Prurito                  | 0          | 0%         |
|                                   | Total                    | 20         | 100%       |
| Ulceras por<br>presión            | Bajo riesgo 15-<br>16    | 10         | 50%        |
|                                   | No aplica                | 6          | 30%        |
|                                   | Riesgo moderado<br>13-14 | 3          | 15%        |

|                 |    |      |
|-----------------|----|------|
| Alto riesgo <12 | 1  | 5%   |
| Total           | 20 | 100% |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika.***

***Fuente:*** Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediato.

## **Necesidad 9. Evitar peligros ambientales y lesiones a otras personas.**

***Tabla 13. Indicadores de valoración de la necesidad evitar peligros ambientales y lesiones a otras personas.***

|                                            | Alternativas               | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------------------|----------------------------|------------|------------|
| Hábitos tóxicos                            | Ninguno                    | 17         | 85%        |
|                                            | Alcohol                    | 2          | 10%        |
|                                            | Tabaco                     | 1          | 5%         |
|                                            | Drogas (cafeína, cannabis) | 0          | 0%         |
|                                            | Otros (especificar)        | 0          | 0%         |
|                                            | Total                      | 20         | 100%       |
| Riesgo de caídas Escala de morse (adultos) | Riesgo bajo 0-25           | 17         | 85%        |
|                                            | Riesgo moderado 25-50      | 3          | 15%        |
|                                            | Riesgo alto >50            | 0          | 5%         |
|                                            | Total                      | 20         | 100%       |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika.***

***Fuente:*** Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediato.

**Necesidad 10. Comunicarse con los demás para expresar emociones y temores.**

*Tabla 14. Indicadores de valoración de la necesidad comunicarse con los demás para expresar emociones y temores.*

|                             | <b>Alternativas</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Tipo de comunicación</b> | Verbal              | 20                | 100%              |
|                             | No verbal           | 0                 | 0%                |
|                             | Total               | 20                | 100%              |
| <b>Estado de ánimo</b>      | Tranquilo           | 10                | 50%               |
|                             | Desagrado           | 8                 | 40%               |
|                             | Angustia            | 2                 | 10%               |
|                             | Ansiedad            | 0                 | 0%                |
|                             | Depresión           | 0                 | 0%                |
|                             | Total               | 20                | 100%              |

**Necesidad 11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.**

*Tabla 15. Indicadores de valoración de la necesidad vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.*

|          | <b>Alternativas</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|----------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Religión | Católico            | 18                | 90%               |
|          | Evangélico          | 2                 | 10%               |
|          | Ateo                | 0                 | 0%                |
|          | Testigo de Jehová   | 0                 | 0%                |

|                                                                                           |                       |    |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|------|
|                                                                                           | Otro<br>(especificar) | 0  | 0%   |
|                                                                                           | Total                 | 20 | 100% |
| Su religión le ha impedido aceptar algún tratamiento ofrecido por los servicios de salud. | No                    | 20 | 100% |
|                                                                                           | Si                    | 0  | 0%   |
|                                                                                           | Total                 | 20 | 100% |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika.***

***Fuente:*** Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediato.

## **Necesidad 12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal**

***Tabla 16. Indicadores de valoración de la necesidad ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.***

|           | Alternativas        | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|---------------------|------------|------------|
| Ocupación | Trabajador informal | 8          | 40%        |
|           | Jefe de hogar       | 6          | 30%        |
|           | Ama de casa         | 4          | 20%        |
|           | Estudiante          | 2          | 10%        |
|           | Otros (especificar) | 0          | 0%         |
|           | Total               | 20         | 100%       |

***Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika***

***Fuente:*** Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediato.

### Necesidad 13. Participar en actividades recreativas

**Tabla 17. Indicadores de valoración de la necesidad participar en actividades recreativas.**

|                                     | Alternativas | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|--------------|------------|------------|
| Realiza alguna actividad recreativa | Ninguno      | 18         | 90%        |
|                                     | Leer         | 2          | 10%        |
|                                     | Cantar       | 0          | 0%         |
|                                     | Dibujar      | 0          | 0%         |
|                                     | Total        | 20         | 100%       |

*Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika*

*Fuente: Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediato.*

### Necesidad 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

**Tabla 18. Indicadores de valoración de la necesidad aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.**

|                           | Alternativas             | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|--------------------------|------------|------------|
| Adherencia al tratamiento | Se involucra activamente | 18         | 90%        |
|                           | A veces se involucra     | 2          | 10%        |
|                           | Evita involucrarse       | 0          | 0          |
|                           | Total                    | 20         | 100%       |

*Elaborado: Cornelio Paulina & Chochos Erika*

*Fuente: Guía de valoración a pacientes con apendicectomía mediato.*



## BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, O., Mealy, K., & Sorensen, J. (2019). Exploring geographic variation in acute appendectomy in Ireland: Results from a national registry study. *BMJ Open*, 9(8), e025231. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025231>
- Alcañis, A., Caballero, M., Corcoles, P., Ruiz, M., Gómez, V., Flores, A., & Casas, M. (2023). Recomendaciones para la prevención de caídas en usuarios del complejo hospitalario universitario de Albacete. *Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*. <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/646a9dbe9368e3c0a710b3f8e202935c.pdf>
- Aliaga, V., Sáez, S., Gómez, A., Sanjúan, M., Cajal, C., & García, C. (2023). La atención de enfermería en la recuperación postoperatoria. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-atencion-de-enfermeria-en-la-recuperacion-postoperatoria/>
- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2017). *Modelos y teorías en enfermería* (9a ed.). Elsevier.
- Alvarado, E., & Quichimbo, F. (2023). Apendicitis aguda: Manejo quirúrgico vs antibiótico como opción de tratamiento. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 4504-4519. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i2.5714](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5714)

Álvarez, L. (2023). Una mirada al cuidado holístico de enfermería. AlfaPublicaciones, 5(2), 386. <https://alfapublicaciones.com/index.php/alfapublicaciones/article/view/386>

American College of Surgeons. (2020). Manual of surgical practice. ACS Publications.

American Heart Association. (2020). Advanced cardiovascular life support provider manual. AHA.

Arcentales, G., Mesa, I., Ramirez, A., & Gafas, C. (2021). Satisfacción de pacientes quirúrgicos con los cuidados de enfermería. Revista AVFT, 40(3), 213-221. [https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft\\_3\\_2021/2\\_satisfaccion\\_pacientes\\_quir%C3%BArgicos.pdf](https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/2_satisfaccion_pacientes_quir%C3%BArgicos.pdf)

Arteaga, Y., Peraza, C., Ortega, N., Zurita, N., Pérez, M., Albornoz, E., & Figuera, P. (2022). Proceso de atención de enfermería en urgencia y otros niveles de atención. AlfaPublicaciones. <https://doi.org/10.26820/978-9942-602-30-5>

Asociación Americana de Enfermeras Perioperatorias (AORN). (2023). AORN guidelines for perioperative practice. AORN. <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8126>

Bracho, M., Santiago, A., Ramírez, A., Gonzales, C., & Vergara, R. (2023). Apendicectomía laparoscópica por puerto único

versus técnica de tres puertos: Estudio clínico aleatorizado.  
Revista Venezolana de Cirugía, 76(1), 34-39.

Cabo de Villa, E., Morejón, J., & Acosta, E. (2020). Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas. *MediSur*, 18(4).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000400694](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400694)

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Deep vein thrombosis (DVT) prevention. CDC.

Chávez Martínez, R., Ruiz Paloalto, L., Esperilla García, E. E., & Fradera, J. J. (2019). Musicoterapia como atención de enfermería en procedimiento quirúrgico para disminuir estrés fisiológico y psicológico: Propuesta de intervención. *Ciberindex*.

Chong, R. K. M. (2021). *Surgical hemostasis: A guide for surgeons*. Springer.

Cisneros, O., Gonzáles, Z., Fajardo, A., Vidal, R., & Casado, P. (2023). Costos del uso secuencial de antimicrobianos en el tratamiento posquirúrgico de pacientes con apendicitis aguda. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"*, 11(2), e1046.

Cortez, J., León, J., Martínez, M., Guzmán, J., López, A., López, N., & Ramírez, H. (2020). Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. *Cirugía y Cirujanos*, 87(1), 125-131.

- Cvetkovic, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama, J., & Correa, L. (2021). Estudios transversales. *Anales de la Facultad de Medicina*, 82(1), 7-12.
- Donoso, F., Maza, J., & Fernández, M. (2021). Evaluación odontológica preoperatoria para pacientes. *Revista de la Sociedad Odontológica de Chile*, 69(2), 1-10.
- Dos Santos, E., Colato, J., Ambrosim, N., Negrete, T., & Barreto, S. (2023). Relación entre la Escala de Alvarado y el Aspecto Macroscópico del Apéndice, en pacientes con Apendicitis Aguda... *Medicinae Signum*, 2(1). <https://revistas.unc.edu.py/index.php/fmunc/article/view/177>
- Duarte, A. (2022). Tratamiento de la retención urinaria postoperatoria. *Mejor con Salud*. <https://mejorconsalud.as.com/tratamiento-de-la-retencion-urinaria-postoperatoria/>
- Elsiere Connet. (2022). Nanda-I, Nic, Noc: Uso en la planificación de los cuidados y el modelo área. Elsevier. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/nanda-i-nic-noc-vinculos-y-uso-en-la-practica-clinica>
- Erazo, C. (2020). Laparoscopia. Dr. Carlos Erazo. <https://drcarloserazo.com/laparoscopia/>
- Escobar, B., Valenzuela, D., & Diaz, Y. (2021). Aplicación del proceso de atención de enfermería en un hospital de segundo

nivel de atención en Sonora, México. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 29(3), 87-96.

Fernández, S., Juan, I., Martín, I., Gaudioso, N., Navarro, S., & Sorrosal, S. (2022). Aplicación del proceso de atención de enfermería a un caso clínico: Artroplastia de cadera. *Revista Sanitaria de Investigación*, 13(2), 1-8.

García, C., & Alfaro, J. (2021). Pileflebitis posterior a apendicitis aguda: Reporte de caso. *Revista Científica de la Universidad de Costa Rica*, 7(1), 1-8.

Garcia, M., Monge, E., & Maguerri, E. (2021). Importancia de las medidas no farmacológicas como tratamiento coadyuvante del dolor. *Revista Sanitaria de Investigación*, 12(4), 1-7.

Gastrointestinal Society. (2021). Post-operative ileus: Causes, symptoms, and treatment. *Gastrointestinal Society*.

Gillespie, B., Walker, R., Latimer, S., Thalib, L., Whitty, J., & McInnes, E. (2020). Cambio de posición para prevenir las lesiones de decúbito. *Ocronos*, 2(1), 1-10.

Gonzáles, S., Gonzáles, L., Delgado, Z., Rodríguez, B., Rodríguez, Y., & Fonseca, B. (2020). Apendicitis aguda en el niño: Guía de práctica clínica. *Revista Cubana de Pediatría*, 92(4).

Guano, S. (2021). Plan de cuidados en asistencia de enfermería, post-quirúrgico en pacientes apendicectomizados en el Hospital

- General Puyo. [Tesis de grado no publicada]. Universidad Regional Autónoma de los Andes.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, F., & Takáo, F. (Eds.). (2021). Nanda International, Inc. Diagnósticos de enfermería: Definiciones y clasificación 2021-2023 (12a ed.). Thieme.
- Hernández, J., León, J., Martínez, M., Guzmán, J., Palomeque, A., Cruz, N., & Ramírez, H. (2020). Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. *Cirugía y Cirujanos*, 87(1), 125-131.
- Higueras, B., & Serrano, P. (2020). Funciones de la enfermera en el perioperatorio. *Ocronos*, 3(8).  
<https://revistamedica.com/funciones-enfermeria-perioperatorio/>
- HM Hospitales. (2023). Recomendaciones de enfermería al alta con herida quirúrgica. HM Hospitales.
- Infusion Nurses Society. (2021). Infusion therapy standards of practice. INS.
- International Council of Nurses. (2020). Leadership for nurses: A global perspective. ICN.
- Irigoyen, B., & Zambrano, V. (2022). Protocolo de prácticas quirúrgicas seguras. Hospital General Dr. Napoleón Dávila.
- Jaramillo, J., Macias, N., & Anchundia, A. (2019). Proceso asistencial preoperatorio para ayudar al paciente quirúrgico. *Polo del Conocimiento*, 4(6), 38-54.

- Jimenez, S. (2024). Dieta tras una operación de apendicitis. Sara Jimenez. <https://sarajimenezh.com/dietas-digestivo/dieta-operacion-apendicitis/>
- Joint Commission. (2021). Universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure, and wrong person surgery. The Joint Commission.
- Katsanos, K., Gavriilidis, P., De Angelis, N., & Di Savero, S. (2019). ¿Apendicectomía aguda o tratamiento conservador para la apendicitis complicada (flemón o absceso)? Una revisión sistemática mediante metanálisis tradicional y acumulativo actualizado. *Journal of Clinical Medicine Research*, 11(1).
- Labrador, P., Sánchez, M., & Piedra, C. (2021). Resultados y repercusión clínico anestésica de los exámenes complementarios preoperatorios en pacientes ASA I para cirugía ambulatoria. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 20(1), 1-10.
- Larrinaga, V., Hernández, E., & Crespo, I. (2021). Impacto psicológico en pacientes ante el anuncio de la cirugía cardiovascular. *CorSalud*, 13(2), 1-8.
- Lázaro, N., Callejas, Z., & Griol, D. (2022). Utilización del software SPSS para identificar factores predictivos de deserción estudiantil. *Revista de Educación a Distancia*, 21(1), 1-10.

- Lehrer, J., Kent, R., & Karlin, R. (2021). Apendicectomía. CareFirst.  
<https://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/testspcedures/92,P09210>
- Ley Orgánica de Salud. (2022). Reforma Ley Orgánica de Salud. Defensoría del Pueblo.  
<https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%20c3%a1nica%20de%20Salud.pdf>
- López, Z. (2020). Unidad VII: Acto quirúrgico. UVSFajardo.  
<http://uvsfajardo.sld.cu/unidad-vii-acto-quirurgico>
- Martínez, P., Ruiz, E., Mayra, J., & Pérez, M. (2019). Traumatismo ungueal, ¿qué es? y ¿cómo tratarlo? Medicina de Familia. SEMERGEN, 45(6), 1-6.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Jackson, S. E. (2017). Maslach Burnout Inventory manual (4a ed.). Mind Garden, Inc.
- Mervak, B., Wilson, S., Handly, B., Altun, E., & Burke, L. (2019). Resonancia magnética de apendicitis aguda. Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America, 27(2), 223-234.
- Mes, J., Rodríguez, N., Toledo, I., & Hernández, H. (2019). El método clínico y la importancia de los exámenes complementarios. Revista Cubana de Enfermería, 35(1), 1-10.



- Ministerio de Salud de Argentina. (2023). Proceso quirúrgico. Ministerio de Salud de Argentina.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier.
- Muguira, A. (2022). Tipos de muestreo: Cuáles son y en qué consisten. QuestionPro.
- Murillo, M., Pérez, R., Fernández, S., & otros. (2019). Protocolo de prevención de la hipotermia perioperatoria. Anestesiario.org.
- Murúa, O., & González, M. (2020). Apendicitis aguda: Anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 10(4), 223-230.
- Mustelier, Y., & Borroto, L. (2018). Intervenciones de enfermería en pacientes con cirugía ambulatoria de enfermedades anorectales. Revista Cubana de Enfermería, 34(1), 1-10.
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2022). Advance directives and end-of-life planning. NHPCO.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2022). Ergonomics for nurses. NIOSH.
- NIH. (2021). Diagnóstico de la apendicitis. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.

- Noguera, M., Hartelsberger, F., & Giménez, M. (2021). Complicaciones de la apendicectomía video laparoscópica en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el periodo de enero a diciembre del año 2021. *Revista del Instituto de Previsión Social*, 1(3), 1-10.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2021). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023* (12a ed.). Thieme.
- Novo, A., Ferreira, M., Martins, M., Fernandes, C., Dornelles, S., & Oliveira, V. (2022). Del concepto de independencia al cuestionamiento de su uso en la práctica: Scoping review. *Enfermería Clínica*, 32(1), 1-10.
- OMS. (2021). *Caídas*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Directrices mundiales para la prevención de las infecciones del sitio quirúrgico*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Manual de cuidados postoperatorios*. OMS.
- Ortega, D., San Lucas, A., Ontaneda, E., & Martínez, L. (2023). Complicaciones postquirúrgicas en apendicitis pediátricas. *Dominio de las Ciencias*, 9(4), 1-10.

- Parswa, A. (2023). Apendicitis. Manual MSD (Versión para profesionales).
- Pérez, I., Martínez, M., & Navarro, I. (2023). Métodos diagnósticos de apendicitis aguda en el 2022. *Revista Homeostasis*, 2(1), 1-10.
- Prado, Y., Revoreda, C., Jiménez, R., González, L., López, S., & Vegara, Y. (2023). Proceso enfermero aplicado a paciente que cursa el periodo posquirúrgico de laparotomía para apendicectomía por proceso agudo e infeccioso en peritoneo: Primeras intervenciones. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 7(1), 1-8.
- Ramos, A., Anton, R. d., Guidi, E., Marris, E., Tupica, L., & Fraiz, V. (2021). Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. *Journal of Nursing and Patient Safety*, 5(8), 1-10.
- Smith, J. R. (2022). *Foundations of clinical anesthesia* (2a ed.). Cambridge University Press.
- Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. (2018). *Guía de práctica clínica para la prevención de la atelectasia postoperatoria*. Sedar.
- Sutton, J. (2018). *The nursing communication guide*. Springer



**Enfoque holístico desde el preoperatorio hasta la recuperación del paciente integración del cuidado físico, emocional y espiritual en la atención perioperatoria, se publicó en el mes de diciembre de 2025.**

**ISBN:**

**Grupo Editorial BLR  
Ecuador  
Cel: +593 98 320 4362  
<https://grupoblrl.com/>  
[publicaciones@grupoblrl.com](mailto:publicaciones@grupoblrl.com)**

## BIOGRAFÍA DE LOS AUTORES

---

### **Lourdes Morayma Remache Agualongo:**

Lourdes Morayma Remache Agualongo, nacida en Guaranda, Licenciada en Enfermería Magister en Enfermería Quirúrgica, actualmente se desempeña como Profesora Titular Auxiliar a Tiempo Completo en la Universidad Estatal de Bolívar, donde imparte docencia en programas de grado y posgrado desde 2014, Su trayectoria incluye estancias y cooperación en investigación y vinculación en la Universidad Estatal de Bolívar, enfermera, miembro de equipo del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, en las áreas de Medicina Interna, quirófono, neonatología y cirugía por varios años.

### **Mariela Isabel Gaibor González:**

Licenciada en Ciencias de la Enfermería, Maestría Gerencia Salud, Diplomado Superior en Gestión y Planificación Educativa, Doctorado en Ciencias Pedagógicas, docente principal Universidad Estatal de Bolívar, en diferentes asignaturas y actividades de gestión, Directora de la Carrera de Enfermería, Vicedecana y Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, Vicepresidenta de ASEDEFE, actualmente soy docente principal, actividades de investigación con alumnos y docentes en proyectos institucionales e internacionales participo miembro de Consejo Universitario.

### **Dayana Alejandra Barrionuevo Remache**

Técnico Docente de la Universidad Estatal de Bolívar, con trayectoria: Fisioterapeuta en Gad Parroquial Rural “Bilován”, Municipio de Guaranda, Promotor Social del proyecto Envejeciendo Juntos en Ministerio de Inclusión Económica y Social, además de fisioterapeuta en diversos consultorios privados.

# ENFOQUE HOLÍSTICO DESDE EL PREOPERATORIO HASTA LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE

## INTEGRACIÓN DEL CUIDADO FÍSICO, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL EN LA ATENCIÓN PERIOPERATORIA

---

**Estimado lector,** Este libro es una guía integral sobre la labor esencial de la enfermería en el área quirúrgica, dividida en tres fases clave del cuidado. La etapa pre-quirúrgica exige una valoración holística, incluyendo el manejo de la ansiedad y la comunicación efectiva con el paciente para una preparación exitosa.

Durante la fase trans-quirúrgica, el personal de enfermería cumple un rol irremplazable al asegurar la seguridad del quirófano mediante la estricta aplicación de la pausa quirúrgica y la verificación de datos.

El cuidado post-quirúrgico se enfoca en la recuperación sin complicaciones, aplicando modelos estandarizados para controlar el dolor, prevenir infecciones y fomentar la movilidad temprana. El objetivo final de la obra es promover la profesionalización y la implementación rigurosa de protocolos que garanticen un cuidado de calidad, humanizado y basado en la evidencia.

Agradecemos a todos los lectores que se acercan a esta obra con ánimo de aprender, aplicar y transformar.



Grupo Editorial BLR  
Ecuador  
Cel: +593 98 320 4362  
<https://grupobl.com/>  
[publicaciones@grupobl.com](mailto:publicaciones@grupobl.com)

ISBN: 978-9907-0-0406-9

