

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UN PROGRAMA
DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA EN EL AREA DE
CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE LA
CONSULTA EXTERNA, HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la
consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y
título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica

KEMBLY SALAS ARAYA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2019

DEDICATORIA

El presente trabajo final de graduación es dedicado a Dios, quien ha sido mi guía y mi fortaleza en todos los momentos de mi vida. A mi mamá por ser mi mayor inspiración. A José por estar siempre a mi lado aun en los peores momentos de mi vida, y ayudarme a ser la persona que soy, por enseñarme que nunca debo darme por vencida y que siempre debo dar lo mejor de mí. A mi tío Carlos por creer en mí cuando pocos lo hacían.

Kembly

AGRADECIMIENTOS

Deseo dar gracias a Dios todo poderoso por permitirme finalizar esta etapa de mi vida.

A mami, mis hermanos y sobrinos por todo el tiempo sacrificado, por el apoyo y comprensión.

José no hay palabras para agradecer toda la ayuda, comprensión y compromiso para poder finalizar este sueño.

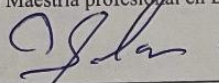
Gracias Yen por ser mi hermana y amiga incondicional, por el apoyo y motivación.

Un agradecimiento especial a mi director de tesis Mauricio Parrales por ser mi guía en este proyecto.

Tío Carlos y tía Silvia por estar siempre pendiente de mí.

Gracias Ruth Hidalgo por tus consejos.

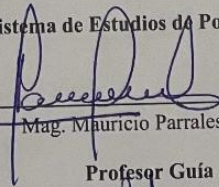
“Este trabajo final de investigación aplicado fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias Enfermería de la universidad de costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría profesional en Enfermería Quirúrgica”.



Mag. Cristhian Cortez Salas

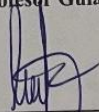
Representante del Decano

Sistema de Estudios de Posgrado



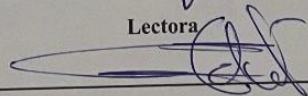
Mag. Mauricio Parrales Mora

Profesor Guía



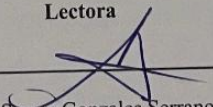
Mag. Silvia Condero Castro

Lectora



Mag. Gioconda Balmaceda Narváez

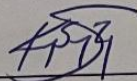
Lectora



Mag. Sunny Gonzales Serrano

Directora del programa

Postgrado de Ciencias de la Enfermería



Kembly Salas Araya

Sustentante

Tabla de Contenidos

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTOS | iii |
| HOJA DE APROBACIÓN | iv |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| JUSTIFICACIÓN | 6 |
| OBJETIVOS | 11 |
| Objetivo General | 11 |
| Objetivos Específicos | 11 |
| El problema y su importancia | 12 |
| CAPÍTULO I | 15 |
| MARCO REFERENCIAL | 15 |
| 1.1 Enfermería perioperatoria. | 15 |
| 1.1.1 Definición. | 15 |
| 1.1.1.1 Fase preoperatoria | 16 |
| 1.1.1.2 Fase intraoperatoria | 17 |
| 1.1.1.3 Fase postoperatoria | 18 |
| 1.1.2. Historia y evolución de la enfermería perioperatoria | 19 |
| 1.1.3 Historia de la enfermería perioperatoria en Costa Rica | 23 |
| 1.1.4 Evolución de la enfermería perioperatoria en Costa Rica | 24 |
| 1.1.5 Avances en enfermería perioperatoria. | 26 |
| 1.1.6 Actualidad de la Enfermería Perioperatoria | 29 |
| 1.1.7 Enfermero Perioperatorio | 30 |
| 1.2 Cirugía Mayor Ambulatoria | 33 |
| 1.2.1 Definición | 33 |
| 1.2.2 Historia de la Cirugía Ambulatoria | 35 |
| 1.2.3 Ventajas de la Cirugía Ambulatoria | 38 |
| 1.2.4 Inconvenientes de la Cirugía Ambulatoria | 39 |
| 1.2.5 Selección de personas candidatas a procedimientos quirúrgicos ambulatorios. | 39 |
| 1.2.6 Selección de procedimientos quirúrgicos | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 1.2.7 Calidad en la Atención del Paciente Quirúrgico Ambulatorio | 41 |
| 1.2.8 El proceso de enfermería perioperatoria en la cirugía ambulatoria | 42 |
| 1.2.8.1 Etapas del proceso de enfermería quirúrgica en la cirugía ambulatoria | 42 |
| 1.2.8.1.1 Valoración y Diagnóstico | 42 |
| 1.2.8.1.2 Planeación | 43 |
| 1.2.8.1.3 Ejecución | 43 |
| 1.2.8.1.4 Evaluación | 43 |
| 1.2.9 El proceso de enfermería aplicado en el perioperatorio. | 44 |
| 1.2.9.1 Valoración y diagnóstico | 44 |
| 1.2.9.2 Planeación y ejecución. | 46 |
| 1.2.9.3 Evaluación | 47 |
| 1.2.10 Teorizantes de Enfermería | 47 |
| 1.2.10.1 Abraham Maslow | 47 |
| 1.2.10.2 Dorotea Orem | 49 |
| 1.2.10.3 Sistema de enfermería Totalmente Compensatorio | 50 |
| CAPÍTULO II | 52 |
| ENFOQUE METODOLÓGICO | 52 |
| 2.1. Tipo de investigación | 52 |
| 2.2. Área de estudio | 53 |
| 2.3. Población | 54 |
| 2.3.1. Población Directa | 54 |
| 2.3.2. Población Indirecta | 55 |
| 2.4. Consideraciones éticas | 55 |
| 2.5. Diseño metodológico | 56 |
| 2.6 Etapas del proyecto | 60 |
| 2.6.1 Fase Pre inversión | 60 |
| 2.6.2 Fase promoción, negociación y financiamiento | 61 |
| 2.6.3 Fase Inversión y ejecución | 62 |
| 2.6.4 Fase Evaluación. | 62 |
| 2.6.4.1 Ex – ante | 63 |
| 2.6.4.2 Durante | 63 |

| | |
|--|-----|
| 2.6.4.3 Exp-post | 64 |
| 2.6.5 Objeto de estudio | 64 |
| 2.6.6 Estudio de mercado | 64 |
| 2.6.7 Recolección de datos | 65 |
| 2.6.7.1 Entrevista semiestructurada | 66 |
| CAPÍTULO III | 67 |
| RECOLECCIÓN DE DATOS | 67 |
| 3.1 Resultados | 67 |
| 3.2. Ficha técnica del proyecto | 70 |
| 4.1 Descripción del proyecto. | 70 |
| 4.3 Marco institucional | 71 |
| 4.4 Finalidad del proyecto | 71 |
| 4. 5. Objetivos del proyecto | 72 |
| 4.6. Metas del proyecto | 73 |
| 4.7 Beneficiarios | 73 |
| 4.8 Producto del proyecto | 73 |
| 4.8.1 Perfil por competencias del enfermero perioperatorio que labora en el programa de cirugía oncológica de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios. | 74 |
| 4.8.2 Protocolo de intervención del profesional de enfermería perioperatoria a la persona usuaria en cirugía ambulatoria. | 77 |
| 4.8.2.1 Funciones del enfermero perioperatorio en el preoperatorio. | 78 |
| 4.8.2.2 Funciones del Enfermero Perioperatorio en el transoperatorio | 85 |
| 4.8.2.3 Funciones del Enfermero Perioperatorio en el postoperatorio. | 88 |
| Referencias bibliográficas citadas | 98 |
| Referencias bibliográficas consultadas | 103 |
| ANEXOS | 104 |



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Kembly Salas Araya, con cédula de identidad 206120581, en mi condición de autor del TFG titulado Propuesta de creación de un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa, Hospital San Juan de Dios

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempo inmemorable se conoce la cirugía, Homero hace referencia a actos quirúrgicos en los campos de batallas, en el año 200 a/c de la misma manera Asclepíades narra sobre la primera traqueotomía, pero no es hasta Celso cuando se habla de la correcta aplicación de los conocimientos anatómicos.

Es en este momento cuando la enfermera instrumentista surge como una necesidad inminente para formar parte del equipo que realizaba las intervenciones quirúrgicas. Los ayudantes en el procedimiento quirúrgico eran personas entrenadas empíricamente para desarrollar el trabajo que se les exigía, usualmente eran aprendices de medicina que colaboraban con la finalidad de aprender; pues mientras los cirujanos operaban requerían apoyo. Los ayudantes entonces preparaban y pasaban el material que iban a utilizar en la intervención quirúrgica con conocimientos básicos de asepsia con el fin de prevenir infecciones, ya que en la última etapa del siglo 19 fue cuando se comenzaron a descubrir los aspectos microbiológicos que producían patologías en el paciente intervenido.

Este último punto funcionó como detonante ya que se descubre que, durante postoperatorio, las infecciones ocurrían por el desconocimiento de las reglas de asepsia y antisepsia y estas eran las responsables del 80% de las muertes de los post operados; en esta medida y en razón de los acontecimientos se fueron descubriendo poco a poco los agentes microbiológicos responsables de las infecciones, lo que llevo a sentar las bases de la cirugía contemporánea y la necesidad de preparar personal calificado no necesariamente médico, que fueran especialistas en técnicas y procedimientos quirúrgicos de asepsia y antisepsia que evitara los niveles de infección en el post operatorio.

Ahora bien, posteriormente en el siglo XX; se origina la necesidad a los cirujanos, de generar la presencia de un nuevo integrante del equipo quirúrgico que ayudara a preparar, acondicionar y suministrar el instrumental y material utilizado en las operaciones. El principal propósito fue acortar y mejorar los tiempos quirúrgicos en beneficio del paciente. Las enfermeras instrumentistas era personal calificado, que generalmente eran educadas por

médicos, quienes las entrenaban para tal fin. En la medida que se fueron profesionalizando y fueron satisfaciendo esas etapas de trabajo continuo, surgió la necesidad de establecer técnicas en los procedimientos y así ha permanecido hasta nuestro siglo, cuando, debido al desarrollo de enfermería como carrera universitaria, surge la enfermería perioperatoria como rama que se encargaría del estudio de todos los procedimientos quirúrgicos, su aplicación, y desarrollo de las funciones tanto de enfermeras instrumentistas como circulantes. Además nos demuestra que dichas prácticas pueden ser desarrolladas por una enfermera profesional por lo que la asistencia, el apoyo y la administración del espacio de dicha práctica corre por su cuenta; en este mismo orden de ideas, paralelamente y en la misma época durante la Segunda Guerra Mundial la instrumentación quirúrgica surge como una necesidad de asistencia en el trans-operatorio; con la aparición de los antibióticos y su capacidad de controlar la infección, los cirujanos militares fueron capaces de operar y salvar la vida de muchos más soldados.

El incremento de los sobrevivientes en el campo de batalla imponía la necesidad de una persona con competencias específicas para asistir en las cirugías. La armada empieza a entrenar a soldados para realizar dicha tarea, los cuales trabajaban bajo la supervisión directa del cirujano, de este modo nace una nueva profesión, que el ejército llama Instrumentadores Quirúrgicos.

Con el pasar de los años en la medida que se desarrolla la ciencia de la enfermería, se va desplazando al ayudante y a los técnicos entrenados para tal fin, y la enfermera, paso a convertirse en enfermera instrumentista o en enfermera circulante, lo que dependía de las funciones dentro del proceso quirúrgico.

La profesional del nuevo siglo es una enfermera integral, capaz de instrumentar o circular cualquier acto operatorio, o de gerenciar perfectamente un área quirúrgica.

La cirugía ambulatoria es una modalidad asistencial, una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que atiende una demanda determinada de servicios de salud, para lo que requiere de unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios. Otra definición para la cirugía

ambulatoria podría ser la de aquellas actuaciones en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de diversa complejidad, practicados con cualquier tipo de anestesia, cuyos cuidados postoperatorios son de corta duración y que no exigen que el paciente ingrese con antelación a la operación, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital. Marín-Morales (29), define la Cirugía ambulatoria como un:

“Óptimo modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinar que permite tratar a pacientes bien seleccionados, de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional”.

En Costa Rica el pionero de la cirugía ambulatoria fue el hospital San Juan de Dios, el cual inicia el programa bajo el objetivo de otorgar un servicio de calidad al usuario, acorde con las políticas institucionales, usando el precepto de tratar a pacientes bien seleccionados, de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización, disminuyendo así las listas de espera que se dan en los servicios de cirugía tradicionales a través de programas de cirugía ambulatoria como primer apoyo para cumplir dicho objetivo; motivo por el cual, el 43% de las cirugías que se hicieron en el 2018; según datos estadísticos del hospital San Juan de Dios; fue mediante la modalidad ambulatoria; ya que esta permite entre otras cosas: Una convalecencia en un ambiente familiar con apoyo constante de sus allegados sin desarraigo familiar; además se agiliza la atención porque no depende de la existencia de una cama a nivel hospitalario; se reduce los internamientos disminuyendo los riesgos de la estancia hospitalaria posterior al procedimiento como el caso de la sobreinfección; además permite una pronta incorporación del usuario a las actividades cotidianas lo que mejora en la percepción del usuario respecto al servicio que se le brinda. La valoración del tiempo hospitalario, costos de atención, compromiso de la familia y el paciente, calidad de la atención, tipo y número de complicaciones y muchos otros parámetros, se consideró que mejorarían significativamente en términos de eficiencia y eficacia en los servicios de atención quirúrgica.

Ha tenido tanto éxito esta modalidad quirúrgica que tuvo un crecimiento significativo a escala institucional, toda vez que en 1997 se realizaban aproximadamente 1.000 cirugías

mayores ambulatorias, mientras que, en el 2018, se efectuaron 4714 cirugías, según datos estadísticos del servicio de sala de operaciones del hospital San Juan de Dios; es decir hubo un crecimiento del 471%. Ahora bien, según la misma fuente, respecto a la realización de cirugías ambulatorias programadas solo de consulta externa del 01 de enero al 15 de noviembre del 2019 se han realizado 4017 cirugías, y de urgencias para cirugía ambulatoria 955 cirugías.

En el Hospital San Juan de Dios, pionero de este tipo de procesos, dentro de los objetivos para llevar a cabo la implementación del programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncología de la consulta externa, se planteó la necesidad prioritaria de conformar un equipo multidisciplinario a la cabeza de un profesional en enfermería quirúrgica, vigilante del programa de enfermería perioperatoria, capaz de evaluar, controlar, dirigir y decidir a través de la labor realizada y los mecanismos pertinentes para el fortalecimiento del programa en este centro hospitalario garantizando el alcance de los objetivos y metas correspondientes a un programa de tal magnitud.

La valoración pre quirúrgica dentro del programa de enfermería perioperatoria es un recurso que ofrece la posibilidad de hacer una valoración integral del usuario, siendo un complemento a la consulta médica que permite, mediante el trabajo interdisciplinario, detectar problemas de salud o dificultades en el cumplimiento del régimen terapéutico. En cuanto a la valoración psicosocial, la consulta de enfermería tiene mucho que ofrecer en absolutamente todo el proceso perioperatorio ya que la cirugía ambulatoria, a diferencia de las cirugías con ingreso, requiere un nivel elevado de responsabilidad por parte de la persona hacia su propia salud y cumplimiento del régimen terapéutico. Por lo tanto, es imprescindible que esta valoración sea lo más minuciosa posible. De igual manera la entrevista con la enfermera quirúrgica brinda al paciente un espacio de reflexión donde este puede expresar sus dudas en relación tanto a la intervención quirúrgica como al circuito de la unidad. En este punto la enfermera puede resolver las inquietudes del paciente y asesorarle. Si el usuario verbaliza su incertidumbre a operarse en régimen ambulatorio, bien por miedo o por desconocimiento, es en este momento en el que tiene que entrar en juego el

trabajo interdisciplinario para valorar la idoneidad del paciente para operarse en régimen ambulatorio.

JUSTIFICACIÓN

Con el aumento de la población demandante de tratamientos quirúrgicos de todo tipo, se ha producido un aumento en las listas de espera a nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social, que representan un problema de difícil manejo, ya sea por la cantidad, complejidad de los procedimientos quirúrgicos o por la disponibilidad de camas. Múltiples soluciones han sido propuestas y dentro de estas, los programas de cirugía ambulatoria han sido los que más se acercan a lograr una solución viable para este problema.

En la actualidad 5 de cada 10 intervenciones quirúrgicas que se realizan en los 29 hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, se llevan a cabo bajo la modalidad ambulatoria, según datos estadísticos de la misma, la cual crecerá aún más, como parte de las acciones estratégicas que está impulsando la institución.

El Hospital San Juan de Dios, símbolo histórico de la salud en Costa Rica, tiene el mayor tiempo de espera del país por el número de personas en lista de espera para cirugía, con más de 20,000 personas que llevan esperando en promedio 520 días. La lista representa casi dos veces el número de cirugías realizadas en un año de funcionamiento normal del hospital, y es casi dos veces del tamaño de la segunda lista más grande del país. Este problema no ha sido causado por la administración del hospital, sino por el diseño de la red a la que pertenece: siendo el hospital de tercer nivel de atención con menor capacidad, el hospital San Juan de Dios es el que atiende la mayor población en forma directa, según refiere el departamento de estadística del mismo centro de salud.

El sistema de atención médica de Costa Rica está dividido en tres redes que sirven, cada una, a una zona geográfica distinta: La “Red Sur” atiende a 1.1 millones de habitantes; la “Red Noroeste” atiende a 2,2 millones de personas; y la “Red Este” atiende a 1,5 millones de habitantes. Cada una de estas redes tiene tres niveles de atención. El primer nivel está compuesto por 1.078 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBÁIS) que prestan atención médica básica. El segundo nivel está compuesto principalmente por 20 hospitales periféricos y regionales, que están dispersos a través del territorio nacional, y en los que se realizan cirugías de complejidad media.

El tercer nivel de atención tiene los equipos médicos más sofisticados con los que se realizan las cirugías de mayor complejidad. Hay tres hospitales de tercer nivel de atención en Costa Rica: El hospital San Juan de Dios quien lidera la Red Sur; el hospital México que encabeza la Red Noroeste; y el hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, liderando la Red Este.

Si se compara la infraestructura de las tres redes de atención médica, no se perciben mayores diferencias entre una y las otras. Los índices de camas y quirófano por habitante son relativamente similares. Sin embargo, la ruta que siguen las personas para acceder al tercer nivel es muy distinta. En la red sur, el hospital San Juan de Dios recibe directamente en el tercer nivel de atención al 67% de la población que atiende su red. Esa proporción es del 7% y del 32% en las redes noroeste y este, respectivamente. Esto significa que, por la insuficiencia de hospitales de segundo nivel, el San Juan de Dios atiende directamente a unos 740.000 ciudadanos (según la proyección poblacional para el año 2014 del Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del 2011), mientras que las cifras equivalentes son de 160.000 en la red noroeste y 480.000 en la red este.

En cuanto a la situación actual del hospital San Juan de Dios al enfrentar mayor demanda, el mismo tiene menor capacidad que el resto de hospitales de tercer nivel de atención. En la mejor de las estimaciones el San Juan de Dios tiene 15 quirófanos, comparado con 17 en el hospital México y 18 en el Calderón Guardia. Adicionalmente, en el hospital San Juan de Dios una mayor proporción de las camas y salas de operaciones son utilizadas por personas que ingresan por emergencias. Los anuarios estadísticos de la Caja Costarricense de Seguro Social de los años 2011 y 2012 reportan que el 55% de las cirugías realizadas en el hospital San Juan de Dios en esos dos años fueron cirugías de urgencia, mientras que los porcentajes equivalentes en el hospital México y en el hospital Calderón Guardia fueron de un 34% y un 46%, respectivamente. La ubicación geográfica del hospital San Juan de Dios agudiza el problema de las urgencias, porque la inclinación natural de la población del centro de San José es acudir a ese hospital. En resumen, el hospital San Juan de Dios es más pequeño, tiene mayor demanda, y recibe una mayor proporción de emergencias que los otros hospitales de tercer nivel. No es sorprendente que el principal cuello de botella de la Caja

Costarricense de Seguro Social esté en dicho el hospital, y que se formen allí las mayores filas de personas que requieren cirugías y sus emergencias sean atendidas.

Los datos mencionados sobre el crecimiento de las cirugías ambulatorias requieren de la creación de un programa dirigido a la estandarización de los procedimientos tanto administrativos como de enfermería, de las salas de cirugía ambulatoria, con el fin de que las salas dedicadas a esos procedimientos, cuenten con una guía estándar, en primera instancia para el hospital San Juan de Dios, a fin de garantizar su funcionamiento eficaz y eficiente. Una vez desarrollado el programa, capacitando a un primer grupo de enfermeras para su manejo, en concordancia con el equipo médico, se pondrá en práctica, con los debidos mecanismos de seguimiento y control, es decir, monitoreo, para determinar las fortalezas y las debilidades, con la idea de eliminar incongruencias y situaciones no deseadas. Una vez concluida esta etapa, se confeccionará el documento final, debidamente probado, que muestra el programa de enfermería perioperatoria para el manejo de las salas de cirugía ambulatoria, incluyendo todo lo relacionado con la atención de las personas candidatas para realizársele cirugía ambulatoria.

Este programa pretende involucrar a todos los servicios que forman parte de la intervención con la persona y su familia, con el fin de brindarles una atención oportuna, coordinada, eficiente y ordenada, aplicando las normas establecidas por la institución. De tal manera que, la intervención quirúrgica de inicio en el momento en que el médico especialista le comunica a la persona y su familia, que debe ser sometido a una cirugía y finaliza con la recuperación absoluta de la persona.

La clave del éxito de la cirugía ambulatoria está en la integración y especialización de las unidades de atención, es decir, que exista un rol activo en todas sus fases para lo cual es recomendable la existencia de una enfermera perioperatoria con amplios conocimientos en la materia, para lograr el objetivo de educar a las personas, comunicarse efectivamente con ellos o ellas, generar empatía y dedicarse lo suficiente a cada uno. Además de realizar la consulta de enfermería en el postoperatorio.

La enfermería perioperatoria es un pilar importante en el sistema de salud costarricense. Es el conjunto de actividades e intervenciones brindadas a las personas que viven la

experiencia de un proceso quirúrgico. Otorga servicios de alta calidad y eficiencia mediante la planificación, organización, dirección y control de los recursos financieros, humanos y materiales, con la finalidad de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. Guía sus actividades a partir de los conocimientos en las áreas de desempeño propias del quehacer de la enfermería.

El enfermero perioperatorio es un profesional crítico, analítico e innovador, que cuenta con conocimientos y destrezas en este campo, lo que le permite abarcar los procesos perioperatorios, por este motivo es necesario que se dicho programa sea dirigido por un profesional en enfermería en dicho programa de cirugía ambulatoria.

Este proyecto tiene como base fundamental el Proceso de Enfermería, es decir la herramienta que se utiliza para sistematizar el cuidado y de él se generan investigaciones, aplicado al evento perioperatorio, con sustento en las cinco fases; valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. De esta manera se identifican los problemas y necesidades de las personas y sus familias a través de un método ordenado y sistemático que permita a los profesionales del área quirúrgica brindar atención de calidad y con seguridad. Mediante la propuesta y divulgación del programa los primeros en recibir capacitación serán los funcionarios involucrados en la atención de las personas que serán sometidas al acto quirúrgico, consiguiendo así dar apoyo y guía de las necesidades de cada individuo, basándose en sus conocimientos científicos.

Es necesario incluir el concepto de capacitación, porque el proyecto de implementación de un programa para el manejo de la cirugía ambulatoria requiere de las personas involucradas los conocimientos suficientes para ofrecer, a la persona un servicio de calidad dentro del ámbito de seguridad riguroso y libre de errores.

Entonces, la capacitación es el proceso educativo de corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, por medio del cual las personas adquieren conocimientos, desarrollan habilidades y competencias en función de objetivos definidos. La capacitación entraña la transmisión de conocimientos específicos relativos al trabajo, actitudes frente a aspectos de la organización, de la tarea y del ambiente, así como desarrollo de habilidades y competencias. Una tarea cualquiera, compleja o simple, implica estos tres aspectos. Dentro

de una concepción más limitada, se puede entender que la capacitación es el acto de sumar conocimiento y la pericia sería el desempeño de un trabajador para determinado puesto o trabajo.

La enfermera quirúrgica tiene la oportunidad de brindar cuidado directo en las tres fases del proceso perioperatorio mediante funciones dependientes, interdependientes e independientes de enfermería.

OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios.

Objetivos Específicos

- Determinar la viabilidad de llevar a cabo un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa.
- Diseñar el programa de enfermería perioperatoria.
- Validar el programa con enfermeros especializados en el área quirúrgica.

El problema y su importancia

El Hospital San Juan de Dios es un centro médico de categoría A, mismo que ha crecido en demanda y población a través de los años desde su creación hace más de un siglo, en donde como es de esperar se ha incrementado enormemente y de forma paralela a los años de servicio la demanda quirúrgica en sus diferentes especialidades, cubriendo en gran parte la población sur de la provincia de San José como zona de atracción.

La situación actual, en el hospital San Juan de Dios, es la falta de un programa de enfermería perioperatoria en el área de oncología quirúrgica de la consulta externa; el cual esté plenamente establecido y en funcionamiento para la debida captación de personas usuarias, con la preparación y los correctos requisitos preoperatorios; además implementando los temas de la educación sobre los diferentes cuidados pre y post quirúrgicos.

Por su parte según la autora Hamlin (44) mencionan en su escrito que como parte de las pericias que debe poseer el enfermero perioperatorio deben tomarse en cuenta las siguientes: “Diseña, coordina y aporta atención compuesta por conocimientos de enfermería y habilidades psicomotoras, que son una mezcla de pensamiento y acción, para cubrir las necesidades del paciente quirúrgico” donde estas acciones ayudarían a establecer un servicio que brinde atención de calidad.

En razón de lo anterior mencionado, es preciso elaborar programas en el área quirúrgica que ayuden tanto al hospital a ser consecuente con su necesidad creciente, así como también a la población adscrita, necesitada de estos programas; ya que, como todos sabemos los procedimientos improvisados y la falta de información son acciones causales que afectan la organización y por ende el buen desempeño del centro médico.

Los aspectos básicos a considerar son la falta del establecimiento de un programa en el área operativa, donde se atenderían a los usuarios y ellos podrán eventualmente obtener información en general, además de ser apoyados en toda la preparación pre y eventualmente post quirúrgica, así como también en la evacuación de dudas por parte de un enfermero perioperatorio, mismos con experiencia en logística y formados

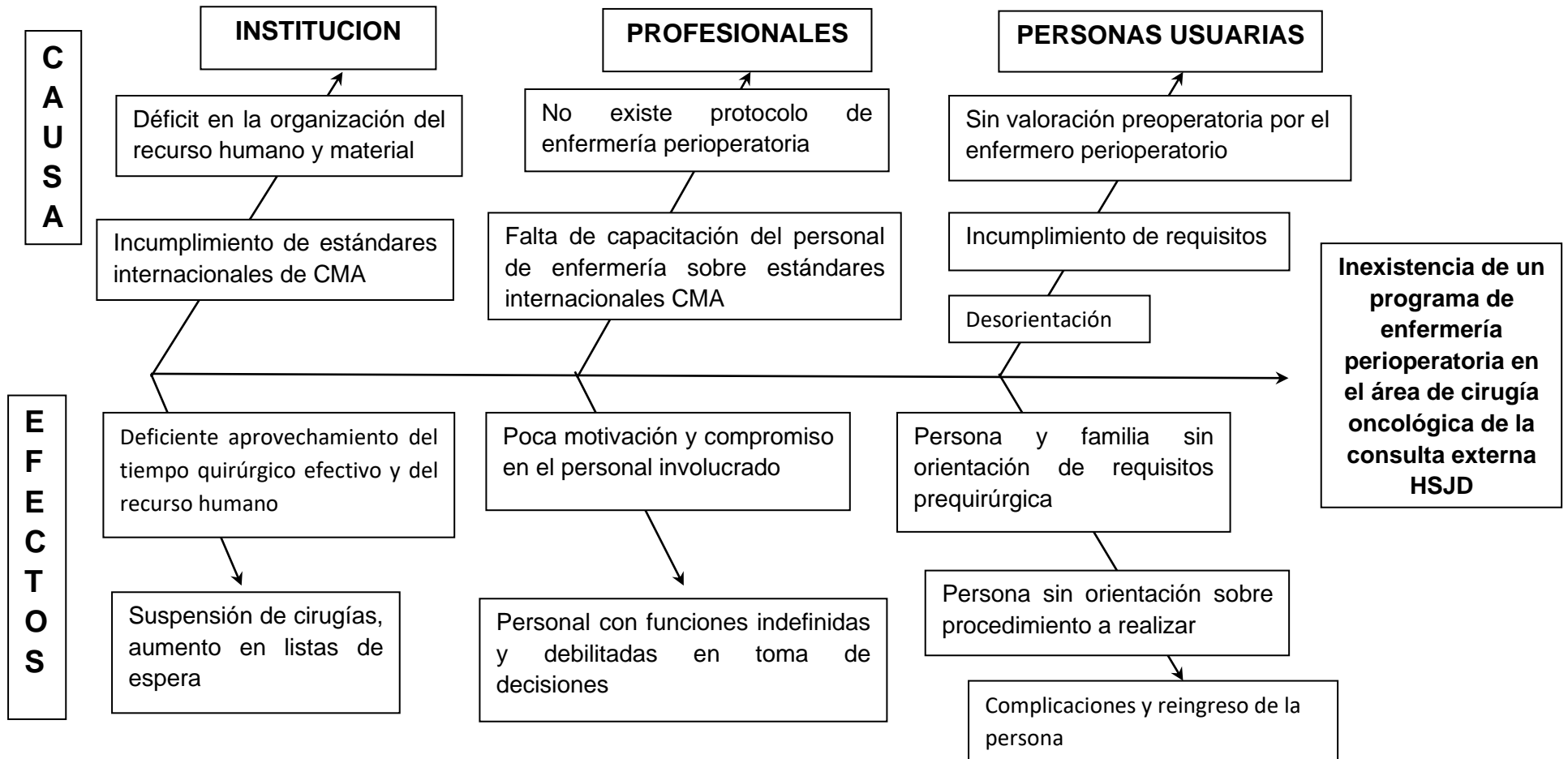
administrativamente para liderar; contemplando dentro de la problemática la inexistencia de un protocolo para laborar donde se definan las tareas y metas que se deben cumplir con respecto a la atención de esta población.

Como sabemos, los profesionales en enfermería perioperatoria están en la capacidad de proponer estrategias que den respuesta a las necesidades de los usuarios de la institución y hasta de los demás profesionales que conforman el equipo, para obtener resultados seguros y satisfactorios.

La creación del programa de cirugía perioperatoria se basa en las necesidades identificadas en las causas que lo determinan, como se muestra en el diagrama 1, basado en el diagrama de Ishikawa de causa y efecto.

Figura 1. Diagrama de Ishikawa

Causa y efecto



CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 Enfermería perioperatoria.

1.1.1 Definición.

Es la rama de la ciencia de la enfermería que estudia, aplica, diseña y analiza, los procedimientos y técnicas a ser aplicados en el paciente quirúrgico desde su ingreso hasta su egreso, posterior a la recuperación del enfermo quirúrgico. La enfermería perioperatoria diseña y actualiza con la evolución científica de la ciencias todos los procedimientos quirúrgicos, manteniéndolos actualizados a través de la investigación continua y el sostenimiento correctivo y preventivo, esto lo hace a través de diversas instituciones internacionales que regulan todas estas investigaciones sus asociaciones internacionales como la asociación de enfermeras registradas perioperatorias (AORN)

Por otra parte, García describe que: “El papel que la profesión de enfermería se ha desarrollado con la asistencia del paciente quirúrgico. Esta disciplina comprende su asistencia total antes, durante y después de la cirugía” (2)

El área del que hacer de la enfermería perioperatoria es muy amplio; es por ello la importancia de estos profesionales y el excelente accionar en el desempeño de su trabajo, a continuación se nombra algunas de estas áreas dentro de las cuales el profesional desarrolló sus conocimientos y habilidades en pro del cuidado de las personas:

1. Cirugía ambulatoria o de día.
2. Quirófano.
3. Sala de Anestesia.
4. Reanimación.
5. Esterilización.
6. Otros campos como Endoscopia, Radiología intervencionista, etc.

La asociación europea de enfermeras quirúrgicas (EORNA), identifica 5 áreas principales de competencias de los profesionales de enfermería perioperatoria (2):

1. Práctica profesional, ética y legal.
2. Cuidados de enfermería y práctica perioperatoria.
3. Relaciones interpersonales y comunicación.
4. Capacidades y habilidades organizativas, de gestión y liderazgo.
5. Educación y desarrollo profesional.

Entre los deberes de la enfermera perioperatoria se incluye la creación, desarrollo y ejecución de un plan preoperatorio de atención a cada persona que se somete a procedimientos quirúrgicos”.

El proceso perioperatorio está dividido por 3 fases, las cuales a continuación se describen:

1.1.1.1 Fase preoperatoria

El enfermero quirúrgico desempeña un papel sumamente importante durante el preoperatorio ya que brinda asistencia de enfermería a la persona durante este periodo, y la cual va a influir sobre la experiencia perioperatoria integral de la persona, además de una adecuada educación y preparación, por medio de una entrevista global que incluya: valoración, tratamiento del riesgo y educación sobre instrucciones previas al procedimiento, permite una evolución operatoria y una recuperación más fácil y menos traumática. Durante esta fase, la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales de la persona, así como los problemas potenciales. A

continuación, el profesional perioperatorio lleva a cabo las acciones encaminadas a resolver cada uno de los problemas que se hayan planteado, ofreciendo así una ayuda individualizada.

La evaluación preoperatoria se debe basar en la historia clínica de la persona y debe abarcar los tres aspectos fundamentales los cuales son: el biológico, el psicológico y el social. Sin importar que el procedimiento sea ambulatorio la enfermera quirúrgica debe realizar la historia clínica completa y las evaluaciones preoperatorias correspondientes. Esta etapa inicia cuando el cirujano toma la decisión y la persona está de acuerdo en someterse a la intervención quirúrgica y dicha fase termina cuando dicha persona se traslada al quirófano.

1.1.1.2 Fase intraoperatoria

Una vez finalizada la preparación y evaluación preoperatoria, la persona usuaria entra en la fase intraoperatoria la cual inicia con su traslado al quirófano y finaliza cuando ingresa en la unidad de asistencia post-anestésica. El trabajo del enfermero quirúrgico, durante este período abarca distintas actividades las cuales se enfocan con el único fin de cubrir las necesidades de la persona y de procurar su bienestar durante todo el proceso. El eje de la atención de los cuidados de enfermería se basa en acciones para la protección, la defensa y la prestación de atención del mismo, debido a la mayor dependencia del enfermo durante el período operatorio.

El principal objetivo del enfermero perioperatorio debe de ser; procurar que el acto quirúrgico transcurra sin incidencias y proteger a cada persona de las lesiones, reconociendo a la enfermera que le ha realizado la visita preoperatoria y estableciendo con ella una relación usuario-enfermera.

El equipo quirúrgico debe identificar a cada persona que será sometido al acto quirúrgico, tanto de palabra como con la pulsera de identificación e historia clínica, y completar la

valoración de enfermería perioperatoria pertinente; además debe de confirmar la técnica quirúrgica planeada y revisar toda la documentación, para verificar que está completa.

En esta fase el enfermero quirúrgico debe de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia. Esta etapa finaliza cuando se admite a la persona en la sala de recuperación.

1.1.1.3 Fase postoperatoria

El postoperatorio inicia cuando finaliza la intervención quirúrgica y la persona se traslada a la unidad de reanimación post anestésica (URPA) y la duración del postoperatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de la alteración causada por la cirugía y la anestesia, pudiendo ser de sólo unas pocas horas o abarcar varios meses. Dicha fase finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia; las personas a las cuales se les administra un anestésico local o en la que la intervención no requiere anestesia pueden pasar desde el quirófano a su cama de hospital o ser dados de alta a sus domicilios. Tras una anestesia general, la recuperación de la función cognoscitiva y de la habilidad motora puede requerir hasta 48 horas en recuperar los niveles pre anestésico. Sin embargo, los efectos más pronunciados de la anestesia se suelen disipar antes de que la persona sea trasladada de la unidad de reanimación post anestésica (URPA). Casi todos pasan entre 30 minutos y algunas horas en la sala del despertar, intervalo durante el cual se estabilizan y despiertan, recuperándose de los efectos residuales de los anestésicos.

El postoperatorio se divide en dos fases. La primera se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y el procedimiento quirúrgico durante las primeras horas siguientes a la intervención. La segunda fase es el período que incluye la resolución y curación, que puede llegar a ser incluso de meses en casos de intervenciones mayores. Como no existe una línea divisoria clara entre la fase inicial de la recuperación post anestésica y la segunda fase, los cuidados de enfermería se expondrán unificados:

- Nivel de conciencia
- Reflejos
- Frecuencia respiratoria
- Monitorización cardíaca y electrocardiograma
- Presión arterial
- Frecuencia cardíaca y pulso táctil
- Temperatura
- Heridas y drenajes
- Diuresis

El profesional en enfermería debe cerciorarse de que todos los procedimientos y técnicas de enfermería se ejecutan de forma correcta; así, los indicadores del buen resultado del proceso perioperatorio serían la satisfacción de todas las necesidades de la persona y el logro de los resultados deseados

1.1.2. Historia y evolución de la enfermería perioperatoria

El momento exacto donde aparece la enfermería perioperatoria es difícil de definir, pero autores como Saldana establecen que la enfermería se remonta a las primeras enfermeras monásticas e islámicas en la edad media, aun así se considera a Florence Nightingale como la madre de la enfermería moderna y creadora del modelo conceptual de enfermería (31).

Por otra parte, la autora menciona que el origen de la enfermería perioperatoria inicia con el reconocimiento en España de la carrera de practicantes en la ley de institución pública de 1857, determinando dentro de sus competencias lo siguiente:

- El ejercicio de pequeñas operaciones comprendidas bajo el nombre de cirugía menor, bajo la disposición de un doctor de la facultad de medicina.
- Oficios de curaciones de operados, uso y aplicaciones de remedios
- Cargos de ayudantes en las grandes operaciones.

La enfermería perioperatoria se encuentra entre las primeras áreas del que hacer del enfermero en desarrollo de las funciones de la enfermería clínica; además cabe resaltar que los profesionales en enfermería perioperatoria fueron de los primeros facultados en ser parte de un equipo quirúrgico, para brindar asistencia a las personas; sin embargo, durante años la práctica de la enfermería quirúrgica permaneció relativamente estática. Para entonces las profesionales en enfermería daban asistencia a las personas con procedimientos quirúrgicos como instrumentadoras y circulantes (quirúrgicas y de anestesia), durante las cirugías. De igual manera el personal de enfermería se encargaba de las labores de "aseo y mantenimiento" del departamento de cirugía y de los servicios de ropas blancas (lencería quirúrgica) y esterilización; preparaban paquetes e instrumental quirúrgico. Sumado a las funciones antes descritas también asistían a las personas con procedimientos quirúrgicos en el preoperatorio para efectuar el rasurado únicamente. Cuando no estaban en el quirófano ocupadas, estas enfermeras trabajaban en las salas de urgencias.

Lo común en esas épocas fue ver este tipo de labores desempeñadas por religiosas que recibían en la mayoría de los casos tan solo un entrenamiento práctico, la mayoría no eran profesionales en enfermería, a pesar de ser empíricas en sus funciones, la práctica las hizo expertas en estas labores. Posteriormente con los años y los avances en la ciencia y tecnología por los años de 1950 a 1970 se produjeron cambios radicales en todas las disciplinas de la salud, con ello el número de especialidades en enfermería se fue diversificando rápidamente, creando necesidades distintas a las que dieron origen al espíritu del profesional en enfermería; aunque sabemos que la enfermería como actividad existe desde inicios de la humanidad, ya que siempre ha existido personas que no pueden valerse por sí mismos y necesitaban los cuidados de otros, ese cuidado intrínsecamente se convirtió en el principio de la enfermería; su quehacer ha ido cambiando en el tiempo, dejando de ser auxilio de los enfermos, para convertirse en auxiliar del médico y, más recientemente al de profesión autónoma, evolucionado enormemente a través de los años, tanto en contenidos teóricos como prácticos.

En el año de 1975 publica la Dra. Mary Gill Nolan (1) una revisión amplia de la literatura de enfermería quirúrgica en 1972 donde demostró que no había informes sobre enfermeras

clínicas especialistas en el quirófano. Sin embargo, la doctora Natividad Pinto Afanador, decidió poner en marcha el papel de la enfermera clínica especialista en el quirófano al comenzar estudios de posgrado en la Universidad de California en los Ángeles, Estados Unidos en septiembre de 1972. Según sus experiencias “algunas enfermeras educadoras parecían considerar la enfermería de quirófano como limitada para utilizar destrezas técnicas y sin oportunidad para ejercer juicios de enfermería” (1)

En los años 70 existían pocas especializaciones clínicas, ninguna de ellas en sala de operaciones, las enfermeras solo recibían un entrenamiento informal de parte de personal empírico con experiencia, así como también de parte de anesthesiólogos y cirujanos. Con la complejidad de las salas de operaciones en los años 70 y 80 el profesional en enfermería supervisa labores de otros empleados, personal de aseo, auxiliares de enfermería y en algunos casos ayudantes, así las cosas un solo profesional en la mayoría de ocasiones debía responder por nueve salas de cirugía, un programa apretado de cirugía en cada especialidad: cirugía general, ortopedia, otorrinolaringología, neurocirugía pediátrica, cirugía ginecológica, cirugía plástica, casos de urgencia por trauma y casos infectados. En estas circunstancias, el cuidado individualizado se tornaba nulo para cada una de las personas. La enfermería de hoy es, por todo ello, muy distinta a la que se practicaba hace cincuenta años. La actividad asistencial que estaba basada en el empirismo y la técnica, ha pasado a ser un cuidado orientado por marco teórico que utiliza un método científico. Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar sus propios profesionales y de realizar investigaciones dirigidas a incrementar los conocimientos de su disciplina.

Arias refiere que para 1977 en España, debido al perfil que se estaba desarrollando, los enfermeros perioperatorios debían ser preparados en asepsia, anestesia, vendajes, curaciones para las competencias de su función. (31)

Es en la década de los años 80, donde en Colombia se marca la pauta del ejercicio de la enfermera quirúrgica a través de la Fundación Santafé de Bogotá, donde las funciones del personal de salas de cirugía están muy bien descritas, ya allí se encuentra una coordinadora del servicio de enfermería perioperatoria quien es la enfermera responsable de la

planeación, organización, orientación, coordinación, supervisión y realización de los programas clínicos y administrativos de acuerdo a las políticas establecidas por el departamento de enfermería, en las áreas de quirófanos, esterilización, recuperación, cuidados intensivos quirúrgicos y hospitalización quirúrgica (1).

En la actualidad el nombre de salas de cirugía o quirófano ha sido sustituido por unidad quirúrgica según lo define García como: (2) "Es un área de la institución, de accesos restringido por sus características especiales de esterilidad, en donde trabaja un grupo multidisciplinario, cuyo fin es el de ofrecer las condiciones que permitan a los médicos brindar terapéutica quirúrgica de calidad, en forma oportuna, precisa, humana y eficaz".

De acuerdo a lo citado por Basozabal y Duran área quirúrgica también se puede definir como "un conjunto de locales e instalaciones especialmente acondicionadas y equipadas selectivamente aisladas del resto del hospital, que constituyen una unidad física y funcionalmente diferenciada." (32)

El área debe mantenerse actualizada dentro de los avances de la ciencia y la tecnología y, al mismo tiempo, permitir el desarrollo y mejoramiento del personal que allí labora y el entrenamiento de los estudiantes del área de la salud.

En las instituciones ya se denomina muy claramente el equipo quirúrgico o el grupo multidisciplinario constituido por: médicos cirujanos de todas las especialidades quirúrgicas, anestesiólogos, enfermero perioperatorio y auxiliar de enfermería.

Las salas de cirugía han evolucionado tanto que se ha observado un cambio macro en la figura arquitectónica de ellas, así como también la manera cómoda y aséptica de cómo fue evolucionando la ropa con que se vestía el personal de salas de cirugía, especialmente el de enfermería, ya que inicialmente las religiosas se vestían con atuendos o túnicas hasta los pies. Luego el personal femenino optó por batas hasta la rodilla, sin botones y fácil de colocar; luego aparece ya en la década de los 80 en adelante, la ropa de "Mayo" para todo el personal de cirugía y diferenciándolo por colores para cada área. Hoy se han modificado

ya que se usa por asepsia gorros, tapabocas, batas quirúrgicas, lencería para el campo operatorio desechable y el personal viste con cómodas blusas y pantalones de algodón puro.

1.1.3 Historia de la enfermería perioperatoria en Costa Rica

Según menciona Solís, en 1899 se crea la escuela de Obstetricia, para 1917 la escuela de enfermería y la de obstetricia se unen, gracias a los esfuerzos de Sor Ángela Lazo y la enfermera consultora de OSP., Miss Mary J. Alberty, para crear la escuela de enfermería y obstetricia, en 1863, se crearon los servicios de salud; constituyéndose el origen del Hospital San Juan de Dios. Para 1900 se funda el Hospital de las Mujeres Adolfo Carit, con los propósitos de brindar atención de los partos y la creación de una escuela de parteras, considerados estos propósitos como el primer paso debidamente organizado para crear un grupo de enfermeras especializadas.

En el año 1946, la escuela de enfermería valoro la necesidad de funcionar bajo la dirección de una facultad de enfermería y que las docentes se especializaran, motivo por el cual la Junta de Protección Social de San José otorgo becas para que las enfermeras graduadas fueras al exterior a especializarse en alguna rama; entre ella y las más importantes para la enfermería perioperatoria fueron:

- Estela Marín Murillo en sala de operaciones en el Charty Hospital.
- Eugenia Bonilla de Rodó, en esterilización en New York Hospital.

Gracias a la especialización de dichas enfermeras se produjeron cambios de mucha importancia para el ejercicio de la profesión, aun hoy en día se trabaja bajo sus valiosos aportes además de dar inicio de las especialidades en enfermería incluyéndola enfermería perioperatoria.

Para el año 1951, la escuela de enfermería de la Universidad de Costa Rica da inicio a sus funciones, y con ello inicia el convenio firmado con la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud a mediados de dicho año ingresa al país un

primer equipo de enfermeras internacionales las cuales fueron: Fernanda Alves Diniz, la cual era especialista en organización, Magdalena Ruiz, especialista en enfermería perioperatoria y Margarita Castaing, especialista en salud pública.

En febrero de 1971, el consejo universitario de la Universidad de Costa Rica aprobó el programa de bachillerato en enfermería.

En 1999 se autoriza la desconcentración de la carrera de licenciatura en enfermería y se elimina la carrera de bachillerato.

Durante el año 2000 se da inicio del programa de posgrado en enfermería de la universidad de costa Rica. Para el año 2008 inicia la Maestría en Enfermería Quirúrgica de la Universidad de Costa Rica.

1.1.4 Evolución de la enfermería perioperatoria en Costa Rica

En el año 1991 se efectuó una reunión en las oficinas centrales de la Caja Costarricense del Seguro Social, en la sección de enfermería. Estaban presentes la Sra. Thelma Cuadra, la Sra. Cecilia Carvajal y las representantes de las enfermeras quirúrgicas, filial de ANPE (Asociación Nacional de Profesionales de Enfermería). En dicha junta acordaron realizar un encuentro con los profesionales de enfermería que laboraban en las salas de operaciones de los distintos hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social. Dicha reunión se realiza ese mismo año. El objetivo primordial era motivar a las profesionales de enfermería para llevar a cabo la práctica de la enfermería perioperatoria.

En abril de 1994 se realiza el primer Congreso de Enfermería Quirúrgica en nuestro país. En el mismo de desarrollan temas de enfermería perioperatoria y de las técnicas a llevar a cabo para implementar y poner en práctica dicho programa; el cual se inicia en la sala de operaciones de gineco-obstetricia del hospital San Juan de Dios con los profesionales de enfermería y los doctores y doctoras Marlon Martínez, Noemi Lizano, Iraida Mata y Alfredo Oquendo y en conjunto con la Dra. Maritza Chavarría Álvarez y se crea un

programa de educación en servicio, que incluía charlas educativas para preparar al personal en el tema del perioperatorio. A partir de enero de 1995 la subdirectora administrativa de enfermería, Dra. Libia Solís, colabora aportando sus conocimientos y da inicio al programa. Se elaboró la primera hoja preoperatoria, basada en la que se había presentado en el Congreso de Enfermería Quirúrgica, adaptada a las necesidades de cada persona. El programa da inició en forma práctica el 1 de abril de 1995; encontrándose en el camino el personal gran cantidad de desafíos. En el mes de julio de 1995 se realiza la primera revisión y corrección de la papelería. Entre los meses de octubre y noviembre de 1995, se hizo una evaluación del programa obteniéndose muy buenos resultados, además se brindan algunas recomendaciones. En varias ocasiones se tuvo que cancelar este programa por inopia de personal. En gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Dios se trabajó sin interrupción con el proyecto desde 1995. La sala de operaciones general, considerada de interés por la satisfacción del cliente quirúrgico se retomó en el año 2000. Se cumple así con las metas en el compromiso de gestión y se cuenta con la colaboración del Dr. Carlos Arce Espinoza. El 7 de agosto del 2004 se llevó a cabo el primer Taller de Capacitación de enfermería perioperatoria, dirigido a enfermeras profesionales. Fue celebrado en el Colegio de Enfermeras y liderado por las doctoras Jenny Porrás Marín y Maritza Chaverri Álvarez. Del 3 al 5 de octubre de 2005 se llevó a cabo la primera semana quirúrgica y el segundo taller de enfermería perioperatoria. Estos fueron avalados por el Colegio de Enfermeras y liderados por las doctoras Jenny Porrás Marín y Flor Ballesteros Quirós con gran éxito. El tercer taller de enfermería perioperatoria, en el año 2006, contó con el apoyo de la comisión de enfermería perioperatoria de la Caja Costarricense de Seguro Social, coordinado por la Dra. Ángela Conejo. La organización y liderazgo nuevamente de la Dra. Jenny Porrás Marín y el Comité Científico de la Sala de Operaciones del Hospital San Juan de Dios mismo que también fue reconocido por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Actualmente se continúa capacitando a los profesionales de enfermería de todo el país. Esto se logra mediante el Curso de Gestión Perioperatoria, a cargo de la Dra. Lorena Gamboa de Educación en Servicio y la coordinación de la Dra. Vianney Loria, jefe de área de Sala de Operaciones General y Ginecobstetricia del Hospital San Juan de Dios. Se cuenta además con la participación de la Dra. Lisbeth Araya Serrano y la Dra. Ana Lorena Sandoval Alvarado.

Por ser un programa de tanta importancia a nivel institucional, la Sub-Área de enfermería, analizo el contenido bibliográfico y realizó las gestiones pertinentes con las jefaturas correspondientes, para la puesta en marcha e implementación del Manual Normativo, a partir del año 2009.

Es relevante la aplicabilidad de las normas de dicho manual ya que está dirigido al personal de enfermería que brinda atención a la persona y familia con el propósito de interactuar con este grupo de personal para lograr los objetivos planteados (3)

Los cuales son:

- Disminuir la ansiedad, por medio de la evacuación de dudas a cada persona que se somete a cirugía y a su familia.
- La aceptación de acto quirúrgico.
- Educación sobre el autocuidado.
- Detectar factores de riesgo, que puedan incidir en el proceso perioperatorio.
- Establecer “comunicación oportuna y efectiva con la persona, Familia y personal del equipo de salud”.
- Aplicar estrategias basadas en prácticas quirúrgicas seguras, salva vidas.

La preparación física, fisiológica y psicológica de cada persona, favoreciendo la fase de pre, intra y postoperatorio.

1.1.5 Avances en enfermería perioperatoria.

Por la época de 1880, se funda en España la primera escuela de enfermería fundada por el Dr. Federico Rubio y Gali, en el instituto de técnicas operatorias, siendo estas profesionales las precursoras del movimiento reformista de la enfermería en España (2)

Los inicios en la jurisprudencia y normas que regulan el ejercicio de la enfermería en España son a finales del siglo XIX. En el año 1941 se establece por orden Ministerial las competencias de las enfermeras y el ámbito en que podían desarrollar sus funciones, siendo sus responsabilidades las de asistir a los enfermos en el aseo y la alimentación, la recolección de datos clínicos y la administración de medicamentos, en instituciones de tipo

religioso y patriótico. Era común en la mayoría de las instituciones, que las primeras funciones de las enfermeras en salas de cirugía, fueran ejercidas por religiosas. Las hermanas de la caridad, desde 1857 año en que llegaron de Francia para Colombia para cuidar a los enfermos en el Hospital de San Juan de Dios de Santafé de Bogotá, siempre estuvieron encargadas del quirófano, para esto algunas de ellas fueron entrenadas, otras recibieron estas asignaciones por haberlas ejercido anteriormente en Francia.

Después de 1920, en algunas universidades a nivel mundial comienza a aparecer la cátedra de cirugía en los programas de las enfermeras y por las exigencias de los diferentes médicos que ya regresaban de otros países comienzan a ejercer las funciones las enfermeras laicas o religiosas, pero con educación no formal como ayudantes de los cirujanos (1).

Aparece en la segunda mitad del siglo XX numerosos modelos filosóficos y teóricos por ejemplo Virginia Henderson, Dorothea Orem, Hildegarde Peplau, Calista Roy, Martha Rogers entre otras, desarrollándose con ellos nuevas ideas y programas formativos con teorías propias dando origen a la profesionalización de la enfermería. El concepto tradicional de la enfermería como profesión auxiliar de la medicina ha ido cambiando, pasando de ser una actividad al servicio del médico a una labor centrada en las personas, sanas o enfermas, convirtiéndose, por tanto, en un servicio dedicado a lograr el bienestar humano y social, mediante el mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado de los enfermos.

Ya por el año de 1945, una orden ministerial española determinó que las enfermeras en posición de título oficial estaban capacitadas y facultadas para asistir en operaciones quirúrgicas, intervenciones y curaciones, ayudando a los médicos, y desarrollar las funciones anteriores tanto dentro de las instituciones como a nivel domiciliario; para esa época se empieza a hablar de enfermería de quirófano que ha seguido evolucionando y formándose hasta nuestros días.

En la Universidad Industrial de Santander Colombia para diciembre de 1981, la con su Facultad de Salud, el Departamento de Enfermería en su programa de educación continua, dicta el curso Teórico-Práctico "Administración de la Atención de Enfermería en el Quirófano", al cual asistieron un número de 20 enfermeras profesionales, todas las

enfermeras allí reunidas estaban ejerciendo como enfermeras jefas del quirófano. En este momento los recursos de formación para estas enfermeras eran muy escasos. Se incluyó en su formación los servicios de central de esterilización; una enfermera profesional coordinaba dichas centrales de esterilización en los hospitales (especialmente universitarios) y en algunas clínicas importantes. En este punto el profesional del quirófano comienza a no entenderse con el preoperatorio de cada persona y este pasa a ser responsabilidad de las enfermeras de los diferentes servicios, las instituciones tienen sectorizados sus servicios quirúrgicos, ortopedia, quemados y cirugía plástica, gineco-obstetricia, cuidados intensivos, urgencias, oncología, es la sectorización más utilizada en los distintos hospitales.

La enfermera debía mantener una comunicación continua con los diferentes servicios para la preparación de las personas a operar diariamente y la consecución de algunos elementos usados en la etapa post-quirúrgica como prótesis, material de osteosíntesis, incluso la cama para su hospitalización en el postoperatorio; con todos estos requisitos de cumplimiento para la realización de cirugías los departamentos de cirugía general comenzaban a nacer.

Respecto a las funciones de la enfermera perioperatoria llamada en ese entonces “enfermera de quirófano” su labor de instrumentadora fue cedido a auxiliares de enfermería que recibían un adiestramiento no formal y a una que otra técnica en instrumentación que ya había recibido un entrenamiento formal. La enfermería de quirófano, se convertía en este momento en una especie de ingeniería biomédica ya que debían manejar y conocer específicamente el funcionamiento y arreglo de los equipos, debido a que el servicio de mantenimiento en los hospitales era muy deficiente; respecto a la organización en los elementos de suministro, (hoy arsenal) prácticamente era inexistente; estos elementos eran manejados en armarios que se mantenían con llave y en él se guardaban medicamentos de control, suturas, elementos de osteosíntesis. Nace con esta necesidad los llamados “centros” que era el sitio donde la persona que iba a instrumentar y la circulante debían ir a pedir los elementos que necesitaban, sin un listado específico ni un protocolo estandarizado para cada procedimiento; no se llevaba control estricto de los elementos gastados para cada persona, no existía el costo individual, las cuentas de las personas se manejaban de una manera global, los pedidos los realizaba la

enfermera con autorización del médico jefe del servicio que en alguno de los casos era un anestesiólogo o un cirujano. En la actualidad los elementos de suministro o de consumo son manejados directamente por los almacenes generales de los hospitales, en las salas de cirugía se encuentra un pequeño almacén ubicado dentro del área quirúrgica, en donde el personal que labora en las salas va a encontrar todos los elementos de consumo para cada procedimiento quirúrgico, el equipo de enfermería solicita su pedido con anterioridad y con estándar establecidos por el equipo quirúrgico según protocolos existentes. Además, en las instituciones funcionan efectivamente los comités de compras que son las personas encargadas de asesorar al personal que realiza las compras.

1.1.6 Actualidad de la Enfermería Perioperatoria

En la actualidad dicha especialidad comprende cada uno de los aspectos relacionados con las tres grandes áreas del proceso perioperatorio, el cual inicia en el preoperatorio, se hace presente en el transoperatorio y vela porque el posoperatorio sea exitoso. El autor Philips lo reafirma citando que “La enfermera perioperatoria realiza la valoración, determina los diagnósticos de enfermería, identifica las posibles evoluciones y desarrolla un plan asistencial” (34), garantizando así el temprano diagnóstico de las necesidades de cada persona valorándolo como un ser integral. Tomándose en consideración los cuatro conceptos que constituyen el núcleo del pensamiento de enfermería. Según cita el autor Wesley (35) “el metaparadigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos” los mismos son:

- Persona, receptor de los cuidados enfermeros.
- Entorno, condiciones internas y externas.
- Salud, grado de bienestar o enfermedad.
- Enfermería actividades, características y atributos.

Los mismos se encuentran presentes en las diferentes teorías y modelos de la enfermería actual, aplicados a las diferentes necesidades de pre, trans y postoperatorios.

Por otra parte, García define la enfermería perioperatoria como:

“Aquella que identifica las necesidades del enfermo que va a ser sometido a una intervención quirúrgica y pone en práctica un programa individualizado de cuidados

basado en conocimientos científicos, para conservar la salud de cada persona antes, durante y después de dicha intervención quirúrgica. Es importante destacar que las actividades de la enfermería quirúrgica ayudan al enfermo tanto en estado consciente como inconsciente (2).

Es por tal motivo que los profesionales en enfermería quirúrgica, son los responsables de planear, organizar, orientar, ejecutar y supervisar las actividades relacionadas con el cuidado de las personas en las salas de cirugía, de acuerdo a normas y procedimientos establecidos en los departamentos de enfermería y cirugía, para mantener la calidad de la práctica en los quirófanos y central de esterilización; además está en capacidad de desempeñarse como enfermera instrumentista o como enfermera circulante de la cirugía; está en capacidad de ejercer cuales quiera de estas funciones, recibe un entrenamiento formal por la institución, debe estar preparada para desempeñarse en las distintas especialidades médicas. Es por ello que es un miembro muy importante del equipo de cirugía. Para ser útil, tanto al enfermo como al resto del equipo quirúrgico, debe de tener los conocimientos, las destrezas y las actitudes necesarias para desarrollar adecuadamente su trabajo. Ello requiere de actualización permanente, no solo de conocimientos básicos de la carrera profesional, sino también de los específicos del área quirúrgica. De la misma manera, es indispensable que sepa todas las necesidades del enfermo, de manera que pueda llevar a cabo un programa individualizado de cuidados, en el que se realicen actividades encaminadas a la valoración, planificación, aplicación y evaluación del mismo.

Por tanto, no son solo los conocimientos relativos a la actividad quirúrgica los que la enfermera quirúrgica debe mantener actualizados. Su responsabilidad va más lejos y su formación tiene que extenderse además a aspectos metodológicos, éticos, legales, psicosociales y de relaciones interpersonales.

1.1.7 Enfermero Perioperatorio

La enfermería comprende la atención autónoma y colabora con personas de todas las edades, familias y comunidades, enfermos o no.

Según cita la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2016: “Enfermería comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.

Hoy en día existen numerosas definiciones de enfermero perioperatorio, motivo por el cual la autora García opta por el de la Asociación de enfermeras registradas (ORN)

“Personal que identifica las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas de la persona y pone en práctica un programa individualizado que coordine los cuidados de enfermería a fin de restablecer o conservar la salud y bienestar del individuo antes, durante y después del acto quirúrgico” (2)

También según Rojas; el autor Pérez, define al enfermero perioperatorio: “es un profesional de la enfermería altamente calificado, especialista en procedimientos y técnicas quirúrgicas” (30)

Además, la autora Roja refiere:

“La enfermería quirúrgica se fundamenta por lo tanto en el conocimiento enfermero, con la combinación de los aspectos científicos en el área quirúrgica, donde se profundiza el sentido ético, social y humanístico, conjuntamente con lo más refinado de nuestro arte, para ejecutar con calidad las habilidades y destrezas, al gerenciar el cuidado peri- trans y postoperatorio de los y las pacientes” (30). Podemos asegurar entonces, que el enfermero perioperatorio es un defensor del paciente, un actor dentro del sistema de salud, un socio compañero con el paciente y experto en la materia, y trabaja con un equipo de atención a la salud de forma independiente, y/o con un rol independiente

La enfermería perioperatoria comprende el estudio y aplicación de técnicas y procedimientos quirúrgicos. Los profesionales se caracterizan por su gran nivel ético y capacidad de trabajar en equipo, brindando atención integral por medio de cuidados de enfermería a la persona antes, durante y después del acto quirúrgico.

Es un profesional altamente calificado, especialista en procedimientos y técnicas quirúrgicas, en la actualidad el enfermero quirúrgico, debe ser competente para realizar funciones tanto de gerencia de las unidades quirúrgicas como llevar a cabo las funciones

inherentes al trabajo quirúrgico tanto como enfermera instrumentista como enfermera circulante; de manera tal que se brinde atención de calidad a la persona y de la misma forma se lograra maximizar el manejo de los insumos y equipos a su cargo.

Al mismo tiempo el profesional de enfermería quirúrgica forma parte muy importante del equipo interdisciplinario en el cual cada profesional realiza diferentes labores, pero trabajan en quipo para lograr un mismo objetivo, en este caso, según Hamlin et al(35). “el enfermero perioperatorio se encuentra en una posición única y privilegiada, puesto que asiste el procedimiento quirúrgico. Constituye la conciencia del paciente inconsciente”

Según sus funciones las enfermeras perioperatorias se clasifican en:

- Enfermera gerente quirúrgica (Coordinadora o jefe de quirófanos).
- Enfermera instrumentista.
- Enfermera circulante.

El profesional en enfermería quirúrgica debe tener características, para el buen desempeño de sus funciones las cuales se mencionan a continuación:

- Elevado nivel Ético - Bioético.
- Calificado en todos los procesos relacionados con asepsia quirúrgica.
- Carismático: debe ofrece excelente trato a cada persona y estar consciente de las necesidades del mismo.
- Conoce perfectamente bien la conformación estructural básica de un área quirúrgica.
- Perfecto conocedor de las terminologías de común manejo en la unidad quirúrgica
- Conoce los aspectos médico- legales que implica el trabajo quirúrgico y el recuento de gasas, compresas y pinzas.
- Es un perfecto conocedor de la anatomía humana.
- Valora la importancia del trabajo en equipo y lo pone en práctica en su cotidianidad manteniendo una excelente relación con el equipo quirúrgico.
- Capaz de manejar el paciente crítico del postoperatorio inmediato y mediato.

El enfermero quirúrgico en conjunto con los cirujanos y anestesiólogos coordina la actividad quirúrgica diaria y debe conocer con suficiente antelación el programa quirúrgico para:

- Realizar la valoración prequirúrgica y conocer el tipo de intervención que se va a realizar.
- Planificar los cuidados quirúrgicos necesarios.
- Preparar el quirófano con el material e instrumental quirúrgico necesario para la intervención quirúrgica tomando en cuenta la posición de la persona que se va a someter el procedimiento quirúrgico y requerimientos de equipamiento especial para cada cirugía.

1.2 Cirugía Mayor Ambulatoria

1.2.1 Definición

En España según el real decreto 1277/2003 la definición de cirugía mayor ambulatoria (CMA) es la siguiente: “Procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario” (28).

Se puede definir, además, como el método por el cual se realizan procedimientos quirúrgicos de diversa complejidad, practicados bajo cualquier tipo de anestesia, en el cual las personas usuarias requieren cuidados postoperatorios de corta duración y no es necesario el ingreso con antelación (internamiento), ni al finalizar el procedimiento debe quedar hospitalizado.

La cirugía mayor ambulatoria también se conoce por cirugía de día o cirugía sin ingreso y se denomina así a la atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que las personas no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento (14).

La cirugía ambulatoria es un sistema asistencial, con una formación organizada y su gestión es específicamente sanitaria ya que basa su atención en los servicios de salud, motivo por el cual requiere de condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen la atención a cada persona y su familia de manera eficaz, eficiente, segura y de calidad.

De la misma manera el autor Nava define que “El termino cirugía ambulatoria se refiere a todo procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo sin internamiento, independientemente de que se trate de una cirugía mayor o menor” (36)

Algunos autores escriben a cerca de la cirugía sin ingreso, postulando que asisten a más personas que con la cirugía convencional (15,16). Otros dicen que el incremento del costo económico y social que genera la cirugía con hospitalización, obliga a nuevos procedimientos de asistencia para racionalizar la financiación y gestión de los recursos (17,18). Rodríguez Armijo manifiesta que la lista de espera y los costes por motivo de la cirugía con hospitalización mejora con cirugía mayor ambulatoria. (28)

En la década de los ochenta se inicia su desarrollo en Europa, concretamente en Gran Bretaña que se impulsa a través de los profesionales. Se debe destacar el gran auge que ha tenido la cirugía ambulatoria, la misma vienen en aumento a nivel mundial, los autores Nazar, Zamora y Gonzales mencionan que: En Países desarrollados los procedimientos quirúrgicos ambulatorios representan sobre el 60 % del total de cirugías electivas. (37). Este incremento se explica principalmente por los avances en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, lo que también ha permitido que un número creciente de pacientes y/o procedimientos más complejos sean hoy considerados para cirugía ambulatoria. Los cambios que en esta década empiezan a aparecer en Estados Unidos son la ampliación de la cirugía ambulatoria y la introducción de procedimientos mínimamente invasivos. Algunos de los factores que impulsan la cirugía ambulatoria son:

- a) El alto costo de la hospitalización.
- b) La introducción de nuevos anestésicos y analgésicos.
- c) Incentivos al cirujano y a las personas por las compañías de seguro.
- d) Desarrollos tecnológicos.
- e) Evolución de servicios alternativos, cuidados de enfermería y áreas de recuperación diseñadas para generar menores gastos.

La cirugía ambulatoria se divide en 4 tipos, según se detalla a continuación:

- a) Cirugía menor ambulatoria: Es la realizada en consulta o quirófano bajo anestesia local. No requiere estancia en sala de recuperación.
- b) Cirugía mayor ambulatoria: Se practica con cualquier tipo de anestesia, requiere la estancia en sala de recuperación postquirúrgica no superior a 8 horas, y se produce el alta el mismo día de la intervención.
- c) Cirugía ambulatoria de recuperación tardía: Se produce el alta al día siguiente de la intervención quirúrgica, no superior a 23 horas desde su ingreso. Se realiza bajo cualquier tipo de anestesia, es necesaria la estancia de la persona en sala de recuperación postquirúrgica.
- d) Cirugía de corta estancia: Requiere hospitalización entre 24 y 72 horas; siendo esta última hora la máxima donde se dará de alta.

1.2.2 Historia de la Cirugía Ambulatoria

La cirugía mayor ambulatoria, como sistema funcional organizado, nació en el Reino Unido a mediados del siglo XX, como iniciativa del Sistema Público de Salud para disminuir las listas de espera quirúrgicas y adecuar, de forma racional, el binomio demanda asistencial y recursos sanitarios disponibles.

Este procedimiento fue rápidamente aceptado desarrollado e incorporado a partir de 1960 en EE.UU., donde sin duda se vio favorecido por las características de su sistema de salud, ya que muy pronto las compañías de seguros y los centros hospitalarios privados valoraron y reconocieron el importante potencial para la reducción de gastos que esta práctica lograría. Destacan las experiencias del Bittenwoth Hospital de Michigan, en 1961, y la de la Universidad de California en Los Ángeles, llevada a cabo en 1962, por Cohen y Dillon, que afirmaban en esa época que “la seguridad de los pacientes no depende de que estén o no hospitalizados, relacionándose más con una adecuada selección de pacientes y una cuidada práctica quirúrgica y anestésica”. Posteriormente, la creación del Surgicenter de Phoenix, en 1969, representó una innovación en la asistencia sanitaria que demostró que un centro totalmente independiente de un hospital podía prestar una asistencia de igual calidad, pero a menor costo.

El término cirugía mayor ambulatoria nace en 1986 con la publicación del trabajo de J.E. Davis de igual título.

La cirugía ambulatoria es tan antigua como la cirugía misma. Realmente la cirugía apareció antes que los hospitales para, posteriormente, incorporarse a estas instituciones. (5)

Con el crecimiento de las comunidades religiosas se da un aumento en la creación de hospitales-asilos que, junto con los hospicios y escuelas, funcionaron como parte integral de los Monasterios.

En la Edad Media, el Renacimiento e incluso después, los hospitales fueron dirigidos, casi en su totalidad, por comunidades religiosas, cumpliendo una misión benéfica, aportando ayuda espiritual y material a los pobres, mientras que las clases acaudaladas eran asistidas en sus propios domicilios. (5)

Antes de los grandes adelantos de la cirugía, de la anestesia y de los hospitales modernos, el paciente pasaba el postoperatorio en su domicilio porque estaba socialmente muy mal visto convivir con soldados e indigentes.

Con el pasar de los años la asistencia hospitalaria mejoraba, a pesar del hacinamiento y la mala higiene, pasando a extremos opuestos. Los pacientes preferían los cuidados de personal entrenado antes que el de los familiares y exigen la completa recuperación para luego egresar del centro hospitalario. Sin embargo, los cirujanos que prefieren que los pacientes pasen el postoperatorio en su domicilio por motivos: psicológicos, sociales e incluso económicos, especialmente los niños ya que toleran mal la separación de los padres y generando así una gran sobrecarga emocional.

A finales de 1800 se inician las primeras experiencias en cirugía mayor ambulatoria.

En 1886, Chilson, profesor de oftalmología de la Universidad de Maryland, publica excelentes resultados en la cirugía de cataratas y no restringe el movimiento postoperatorio. (6)

Los hechos históricos que impulsaron el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria comenzaron a principios del siglo XX.

La primera práctica documentada de cirugía mayor ambulatoria la realizó Nicoll en el año 1.908, que operó a 2.392 niños de manera ambulatoria en el Royal Hospital for Sick Children de Glasgow, de patologías de deformidades de los pies, hernias inguinales o labio leporino. Un año más tarde, presentó en la British Medical Association 8.988 cirugías realizadas en niños tales como herniorrafias, correcciones de alteraciones en los pies zambos realizando una comparación de resultados entre pacientes sometidos a cirugía ambulatoria y pacientes hospitalizados. En su artículo ya apuntaba la posibilidad de realizarla en casos similares en adultos.

Numerosos estudios, desde entonces, han afirmaron la seguridad y eficacia del sistema y en la actualidad las clínicas de cirugía ambulatoria están ampliamente difundidas en Norteamérica y su número ha crecido anualmente de modo casi exponencial. (7)

En 1899, el Dr. Reis fue el primero en idealizar de la deambulación temprana en los enfermos quirúrgicos. Oponiéndose a las prácticas de la época, describió la ausencia de complicaciones en pacientes a los que se les practicó celiotomía vaginal e iniciaron deambulación precoz. (8)

Hans Christian Jacobaeus, en 1910, médico internista de nacionalidad sueco, contribuyó con sus experiencias en pacientes sometidos a cirugías con la técnica de laparoscopia. Estos aportes concluían que la recuperación de los enfermos era más rápida al someterse a procedimientos quirúrgicos bajo esta técnica. (9)

Para esta época estaba la idea de que para la curación y cicatrización óptima era requisito mantener reposo absoluto en cama, durante largo tiempo.

En Europa, en el año 1938 la Dra. Gertrude Herzfeld, cirujana honoraria del Royal Edinburg Hospital for Sick Children, comparte su experiencia con hernias en la infancia; la misma publica 1000 casos de mala adaptación del niño al hospital, decidiendo por tal motivo el alta a las dos horas de hospitalización, a pesar de la anestesia general practicada en la mayoría de los casos. (10)

La cirugía mayor ambulatoria, tal como hoy es conocida, fue propuesta en 1955 por Farquharson como un método eficaz para disminuir las listas de espera del tratamiento de la hernia inguinal en Gran Bretaña. Es en la década de los sesenta cuando se organizan en EE.UU. programas de cirugía ambulatoria en Michigan y Los Ángeles apoyados por un nuevo concepto anestésico. A finales de los años 50 e inicios de los 60, este modelo de

cirugía gana renombre y es de preferencia para los cirujanos por las nuevas tecnologías y la limitación de los recursos. (11)

En EE.UU., en 1985 el 30 % de la cirugía se realiza en régimen ambulatorio; actualmente se realizan cerca del 50 %. (12)

En 1969 se crea la fundación Surgicenter de Phoenix, Arizona. Reed y Ford marcan el inicio de una nueva forma de entender la cirugía y que adquirirá un gran desarrollo en EE.UU., durante los años 70 y 80. Se desarrolla el modelo de Unidad de Cirugía de Día independiente de un centro hospitalario. (13)

En 1985, el Royal College of Surgeons publicó pautas y recomendaciones para aplicar en estos centros, y una lista de procedimientos idóneos para la práctica en régimen ambulatorio.

En 1995 se fundó en Bruselas la asociación internacional de cirugía ambulatoria Internacional (I.A.A.S). iniciándose la agrupación de un gran número de asociaciones y federaciones de todo el mundo que tienen el objetivo de estudiar esta nueva modalidad de cirugía.

1.2.3 Ventajas de la Cirugía Ambulatoria

- Disminución de la lista de espera: Con el desarrollo de la cirugía ambulatoria de corta estancia se evitan estancias innecesarias; de modo tal que da el recambio de una manera más ágil en el centro hospitalario, por lo tal se liberan camas que serán aprovechadas por personas más graves y a la vez se reduce la demanda de intervención quirúrgica. (20)
- Disminución del coste asistencial: Con disminuciones de un 20 a un 30 %. La reducción del uso de la cama hospitalaria reduce el costo por la atención brindada
- Atención Personalizada: Se da una relación más cercana personal médico-paciente. (21)
- Disminución de la ansiedad: Se desdramatiza el acto quirúrgico. La persona que requiere procedimientos quirúrgicos se desenvuelve en un medio más asequible y cercano a su cotidianidad, contribuyendo a su tranquilidad personal. (22,23,24)

Al darse la disminución del tiempo de estancia hospitalaria se logra:

- Menor riesgo de infección intrahospitalaria.
- Mínima alteración del modo de vida familiar y social, con reincorporación rápida al trabajo.
- Las personas con procedimientos quirúrgicos abandonan su vida cotidiana tan sólo unas horas. Principalmente importante para personas dinámicas que prácticamente no ven interrumpido su ritmo de vida actual. (25)

1.2.4 Inconvenientes de la Cirugía Ambulatoria

- Incumplimiento por parte de las personas que requieren procedimientos quirúrgicos, de las instrucciones dadas por el personal de salud; destacándose con mayor frecuencia el ayuno o indicaciones médicas previas con fármacos, dieta, reposo, etc. que obliga a posponer o suspender la intervención quirúrgica
- Sensación de abandono a partir del alta hospitalaria: En el hospital la persona recibe atención idónea en un medio con infraestructura adecuada. Esta pérdida se puede mitigar con información orientada a evitar una percepción de cambio brusco en el paso del entorno sanitario al familiar.
- Inadecuada colaboración de la familia: Es necesario un adulto responsable y colaborador que asegure cuidados postoperatorios y vigile un reposo mínimo del paciente (26).
- Insuficiencia del tiempo para brindar información a la persona que requiere procedimientos quirúrgicos: Es necesario dedicar un tiempo suficiente para informar adecuadamente ya que se logra evitar temores innecesarios.

1.2.5 Selección de personas candidatas a procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

Los programas de Cirugía Ambulatoria requieren de una adecuada selección de personas para asegurar así el éxito del procedimiento quirúrgico y de la misma manera una recuperación exitosa.

La idoneidad de las personas que requieren procedimientos quirúrgicos está influida por varios factores los cuales se citan a continuación:

a) Edad

Se descartan niños de corta. En las personas de edad avanzada el límite lo establecerá su estado de salud.

b) Psicología

Un niño de corta edad manifestará su rechazo a separarse de sus padres, beneficiándole sin embargo con claridad la entrada en un programa de cirugía sin ingreso.

En adultos que rechacen esta opción quirúrgica será mejor que no se acepte la intervención, puesto que ante la más mínima complicación serán críticos y manifestarán su insatisfacción.

c) Familia

La colaboración de la familia en todo momento, antes, durante y después de la cirugía imprescindible. El respeto y amor de la propia familia le predisponen a la persona entrar en el programa quirúrgico con buenas perspectivas y por consiguiente se obtendrá una mejor recuperación inmediata.

d) Transporte

Es recomendable que la duración del traslado a su domicilio no exceda los treinta minutos. En las grandes ciudades y por problemas de congestión de tráfico deben planificarse rutas y horarios alternativos para evitar que estas condiciones adversas empleen tiempos de traslado superiores a sesenta minutos.

e) Duración de la intervención y tipo de anestesia.

En todas las especialidades se puede incluir para cirugía mayor ambulatoria un gran número de procedimientos. Las cirugías serán programadas, con un riesgo hemorrágico mínimo, el dolor postoperatorio será controlable con analgésicos parenterales y la duración de la intervención no debe superar los 90 minutos.

El American College of Surgeons, establece que la cirugía mayor ambulatoria debe durar más o menos 90 minutos y una recuperación postoperatoria de 4 horas. No debe aparecer dolor postoperatorio intenso.

1.2.6 Selección de procedimientos quirúrgicos

Los procedimientos a realizar en cada unidad dependerán de las necesidades asistenciales de cada área sanitaria y de la lista de espera de cada centro hospitalario. (27)

Cuando se realiza la selección de los procedimientos se debe tener muy en cuenta la intensidad de los cuidados postoperatorios; por ello es recomendable seleccionar aquellos procedimientos que cumplan con los siguientes requerimientos:

- a) Mínimo riesgo de hemorragia.
- b) La anestesia general, no superara los 90 minutos.
- c) El dolor producido será fácilmente controlable.
- d) En el procedimiento quirúrgico no se realiza la apertura de cavidades.

1.2.7 Calidad en la Atención del Paciente Quirúrgico Ambulatorio

La satisfacción de las personas hoy en día ha sido prioritaria en los nuevos modelos de gestión de los servicios de salud, convirtiéndose en un objetivo prioritario. Actualmente el concepto de calidad es la satisfacción de las necesidades de los clientes. Esta situación está produciendo cambios en la prestación sanitaria global y especialmente en la atención hospitalaria.

Los requisitos básicos que una unidad de cirugía ambulatoria debe cumplir son: seguridad, calidad y eficacia. Para conseguir que el número de complicaciones anestésicas y quirúrgicas se reduzca al mínimo posible. El procedimiento quirúrgico se realizará buscando que la persona vuelva lo antes posible a su domicilio libre de dolor, sangrado, náuseas y vómitos.

En la actualidad la cirugía ambulatoria ha conseguido cifras del 70% de uso, debido principalmente a las nuevas técnicas anestésicas y fármacos de última generación, reduciendo los tiempos de recuperación.

1.2.8 El proceso de enfermería perioperatoria en la cirugía ambulatoria

El proceso de enfermería es la base del que hacer del enfermero en todas sus áreas de trabajo; es un método ordenado y sistemático, busca recolectar información y reconocer los problemas del individuo, con el objetivo claro de planear, ejecutar y evaluar, la atención que brinda enfermería a cada persona. Al utilizarlo se asegura la calidad de intervención de enfermería, desarrollándose como la base, para el control tanto técnico como, administrativo de los procesos.

El proceso de enfermería se realiza en cuatro pasos los cuales son:

1. Valoración y Diagnóstico.
2. Planeación.
3. Ejecución.
4. Evaluación.

La enfermera quirúrgica aplica dicho proceso de enfermería, en la atención perioperatoria de la persona que requirió un procedimiento quirúrgico, con el objetivo de realizar la valoración y planeación. Lo cual se hace en el preoperatorio. La documentación y las actividades que realiza la enfermera, son continuidad de las diferentes etapas, antes mencionadas.

1.2.8.1 Etapas del proceso de enfermería quirúrgica en la cirugía ambulatoria

1.2.8.1.1 Valoración y Diagnóstico

Se fundamenta en observar y recolectar datos de la persona en forma organizada, además de analizar los datos obtenidos con el objetivo de elaborar el diagnóstico de enfermería. Se realiza mediante las siguientes acciones:

- 1) Se obtiene la información mediante revisión de expediente.
- 2) Se realiza entrevista pre-operatoria.
- 3) Se organizan los datos e identificación de alteraciones, duda, miedos, preocupación, déficit de auto cuidado entre otros.

1.2.8.1.2 Planeación

Basándose en los datos obtenidos y el diagnóstico realizado, se deberá determinar prioridades de atención. En esta etapa se proponen metas, objetivos y planifican las acciones de enfermería a realizar, basadas en principios científicos con juicio crítico según los conocimientos profesionales. En esta etapa el profesional en enfermería implementa y pone en práctica estrategias, para prevenir, minimizar o corregir problemas que la persona usuaria pueda presentar.

1.2.8.1.3 Ejecución

En esta etapa se realiza el planeamiento de la atención de enfermería, basándose en las acciones establecidas en la etapa de planeación. Esta ejecución de las actividades planeadas en base a los diagnóstico de enfermería se debe realizar una completa y exacta anotación de lo ocurrido en la nota de enfermería, contenida en el expediente individual.

1.2.8.1.4 Evaluación

Consiste en evaluar el logro de los objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción de las personas a las que se les brinda atención.

El Enfermero Perioperatorio, acompaña a la persona, desde su ingreso al quirófano hasta el egreso del mismo, brindando de esta manera atención intra-operatoria.

El Enfermero Instrumentista está involucrado en el cuidado preoperatorio inmediato de la persona. De esta manera lograra valorar la situación de la persona, brindarle apoyo emocional, despejar dudas sobre el procedimiento a realizar y su estancia en la sala de operaciones, además lograra valorar factores de riesgo para cada persona. Dicha entrevista

que realiza el enfermero perioperatorio como parte del proceso de enfermería preoperatorio, permitirá fortalecerá la información que se encuentra en la anamnesis, sobre revisión por sistemas, así como el examen físico, los diagnósticos de enfermería preoperatorios y el plan de atención, con una evaluación de los resultados de las acciones de enfermería, registrándolos en la nota de enfermería del expediente de salud.

El profesional en enfermería perioperatoria, inicia su proceso de enfermería realizando la consulta prequirúrgica al persona y familia; para efectuar la valoración y la planeación, del cuidado. (3)

1.2.9 El proceso de enfermería aplicado en el perioperatorio.

Es un sistema de planeación para la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de 5 pasos:

1.2.9.1 Valoración y diagnóstico

Consiste en la apreciación de la persona y sus necesidades de atención existente o potencial, con base en la historia de enfermería a través de la revisión del expediente de salud, observación y entrevista.

La enfermera perioperatoria identifica y crea, los diagnósticos de enfermería adecuados para cada persona que requiere su intervención durante las fases pre-operatoria e intraoperatoria.

Valoración

Se deben considerar otros aspectos en la valoración que realiza la enfermera quirúrgica a cada persona, en este proceso perioperatorio. Siendo estos los siguientes:

- Diagnóstico y tratamiento médico actuales.
- Abuso de sustancias y medicación.
- Estudios, diagnósticos y resultados de pruebas de laboratorio.
- Estado físico y reacciones fisiológicas, incluyendo alergias, deficiencias sensoriales, limitaciones físicas ó motoras.
- Valoración fisiológica, condición de la piel, estado nutricional, peso, estatura.

- Necesidades espirituales y antecedentes culturales.
- Reacciones o comportamientos previos ante las diferentes enfermedades, ante la hospitalización o ante las intervenciones quirúrgicas.
- Forma en que la persona, comprende, recibe el procedimiento quirúrgico y lo que se espera de éste.
- Habilidad para comprender y retener la enseñanza.
- Apoyo por familiares o personas relacionadas con éste, mecanismos propios de conducta.

Diagnóstico de Enfermería

Es el criterio que se obtiene y se produce; como resultado de la valoración de enfermería. Son formulados de manera concisos sobre los problemas, las necesidades y el estado de salud de cada persona.

El padecimiento, enfermedad específica o la identificación de algún problema que sufre el paciente en el perioperatorio, influye y trastorna la dinámica personal y familiar. (3)

Pasos para desarrollar el diagnóstico de enfermería:

- a. Identificación de problemas.
- b. Formulación del problema, basándose en la identificación y análisis de datos que son significativos, se debe tomar en cuenta, entre varios aspectos, lo siguiente:
 - Angustia e incertidumbre ante la experiencia quirúrgica (anestesia y dolor) y los resultados finales de la cirugía.
 - Carencia de conocimientos sobre técnicas quirúrgicas y los protocolos preoperatorios, así como los resultados en el postoperatorio.
 - Alteración del concepto de autoimagen, en relación con la cirugía y el cuidado postoperatorio.
 - Posibles factores de riesgo en relación, con la modificación de estilo de vida y el estado de salud.

Las funciones de enfermera quirúrgica tienen tres dimensiones: dependiente, independiente e interdependiente. Según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en el paciente, que puedan corresponder a otros profesionales del área de salud atender. (3)

- **La dimensión dependiente** de la práctica de la enfermera incluye: aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico, que es quien designa las intervenciones que debe realizar la enfermera. La responsabilidad de la enfermera, es administrar el tratamiento médico prescrito. (3)

- **Dimensión independiente** de la enfermera: es toda aquella acción que es reconocida legalmente dentro del ejercicio de la profesión de enfermería y de su responsabilidad, como responsabilidad estas acciones no requieren la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los diagnósticos de enfermería.

- **La dimensión interdependiente** de la enfermera: se refiere en aquellos problemas o situaciones, cuya prescripción y tratamiento, colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problema colaborativo o interdependiente. Son las complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan en el paciente; para detectar el inicio, la evolución y de esta forma colaborar con los otros profesionales de las ciencias médicas para que determinen el tratamiento que necesita el paciente. (3)

1.2.9.2 Planeación y ejecución.

La Planeación, es la creación de estrategias que se realizan para prevenir, disminuir o corregir los problemas.

La Ejecución, es la puesta en práctica de los cuidados programados. Los principales deben ser: disminución de la ansiedad prequirúrgica, desarrollo de sus conocimientos sobre los preparativos preoperatorios y postoperatorios. Toda persona merece que se le brinde la explicación según sus angustias, temores, dudas, necesidades y esperanzas. Ya que cada uno es diferente; de manera tal que la respuesta de cada quien suele ser diferente.

Una vez realizado el diagnóstico de enfermería y valoradas las necesidades particulares de cada uno, se debe planear un programa de intervenciones de enfermería y llevarlo a la práctica, con el objetivo de prevenir, minimizar o eliminar las situaciones encontradas.

Previo a la intervención quirúrgica se le brinda educación a la persona sobre los protocolos: pre-intra y post-operatorios y se le familiariza con el ambiente del quirófano. En el proceso de la entrevista, se tiene la libertad de despejar cualquier duda o inquietud acerca de la operación.

La enfermera del programa perioperatorio, debe brindar la educación e información necesaria a cada persona y su familia en términos sencillos, claros sin terminología médica de la cual ellos no son conocedores.

Es de suma importancia que la enfermera reciba a la persona saludándola y llamándola por su nombre, de esta manera se sentirá importante para el equipo quirúrgico, además que está en manos de expertos, brindándole así a la persona seguridad y tranquilidad. Debe ofrecerse en todo momento, un ambiente seguro, con calidad y calidez en la atención.

1.2.9.3 Evaluación

Es una comparación entre los resultados obtenidos y los previstos. Durante una visita o una llamada postoperatoria uno o dos días después de la cirugía, el enfermero quirúrgico investigará, cómo percibió la persona la atención preoperatoria e intraoperatoria. Las preguntas se dirigen hacia la satisfacción de las necesidades; físicas, emocionales, de seguridad, de ambiente y enseñanza, así como la preparación para la rehabilitación postoperatoria. El profesional perioperatorio, debe identificar qué factores influyeron en el resultado de evaluación. (3)

1.2.10 Teorizantes de Enfermería

1.2.10.1 Abraham Maslow

Teoría de la motivación humana.

El siglo 20 se caracterizó por el desarrollar tres olas de pensamiento psicológico sobre la naturaleza humana:

- El psicodinámico.
- El conductual.
- El humanista/existencial.

Abraham Maslow, se asocia tradicionalmente con la psicología humanista, siendo pionero en el área de la motivación, la personalidad y el desarrollo humano. En 1943, propone su “Teoría de la Motivación Humana” la cual basa sus raíces en las ciencias sociales y a su vez, se ha convertido en una de las principales teorías en el campo de la motivación, el desarrollo de la atención de la enfermería.

Dicha teoría, propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas para lograr su auto realización; esta jerarquía se basa en cinco categorías de necesidades la cual construye según un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. Según este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad.

Las cinco categorías de necesidades son:

- Necesidades fisiológicas: se originan por la fisiología del ser humano y están orientadas hacia la supervivencia; dentro de estas se consideran las necesidades básicas e incluyen actividades como lo es: respirar, beber agua, dormir, comer, defecar, orinar, sexo y refugio.
- Necesidades de seguridad: cuando las necesidades fisiológicas son satisfechas, surge un segundo escalón de necesidades orientadas hacia la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección. Dentro de estas necesidades se encuentran cosas como: seguridad física, recursos, familia, y salud.
- Necesidades Sociales: están dirigidas al amor, afecto y pertenencia, están orientadas, a superar los sentimientos de soledad. En la vida diaria, estas necesidades se presentan continuamente cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia.
- Necesidades de estima: cuando las tres primeras clases de necesidades están medianamente satisfechas, surgen las llamadas necesidades de estima orientadas hacia la autoestima, el reconocimiento hacia la persona, el logro particular y el

respeto hacia los demás; al satisfacer estas necesidades, las personas se sienten seguras de sí misma y valiosas dentro de una sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor. En estas necesidades, Maslow señaló dos distintas necesidades de estima: una inferior que incluye el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad; y otra superior, que determina la necesidad de respeto de sí mismo, incluyendo sentimientos como confianza, competencia, logro, independencia y libertad.

- Necesidades de autorrealización: Es la más elevada y se encuentra en la cima de la jerarquía; Maslow describe la autorrealización como la necesidad que posee toda persona para ser y hacer lo que el “nació para hacer”, es decir, es el cumplimiento del potencial personal a través de una actividad específica.

El autor de esta teoría describe las necesidades básicas, relacionadas con el paciente quirúrgico, durante la atención perioperatoria, ya que cada persona siempre va a buscar satisfacer sus necesidades básicas por el mismo y al no poder realizarlas, va a buscar por medio del enfermero quirúrgico satisfacer dichas necesidades como lo son: miccionar, respirar, sentir seguridad, apoyo, cuidado, aceptación, y atención integral de sus necesidades tanto fisiológicas como psicológicas, una vez que el enfermero logre satisfacer dichas necesidades este sentirá autorrealización y por consiguiente el derecho y capacidad de participar activamente en establecer objetivos y tomar decisiones, acerca del cuidado de su salud.

1.2.10.2 Dorotea Orem

Teoría de los Sistemas

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana. Está conformada por un conjunto de acciones realizados por enfermeras a través del ejercicio de su profesión. Estos están dirigidos a personas con limitaciones de salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de cuidado dependiente. Entonces un sistema de enfermería se define según la manera y el contexto en los que la enfermera y la persona usuaria interactúan.

Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

1. La enfermera.
2. La persona usuaria o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos, incluyendo las interacciones con los familiares y amigos.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: El totalmente compensatorio, el parcialmente compensatorio y el de soporte-educación. Para el perioperatorio podemos aplicar dicha teoría del sistema totalmente compensatorio; ya que en dicho período las necesidades de cuidado de la persona son de compensación total.

1.2.10.3 Sistema de enfermería Totalmente Compensatorio

Se hace mención que es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza los cuidados requeridos para compensar a la persona ya que con frecuencia es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal; es por ello que la enfermera quirúrgica brinda todos los cuidados requeridos, hasta el momento en que el mismo pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que logre adaptarse a su situación de salud.

Este sistema de enfermería se aplica para diferentes situaciones tales como las que se citan a continuación:

1. La persona es incapaz de ocuparse de su autocuidado por estar en estado de coma ya sea inducido o natural.
2. La persona es conocedora de la necesidad de ocuparse de las actividades de autocuidado; por otra parte, posee la capacidad de formar juicios acerca de su salud y de sus necesidades además tiene la capacidad de tomar decisiones. Tiene las aptitudes necesarias para hacerlo, pero no puede o no quiere emprender acciones que requieran deambulación o movimientos para la realización del autocuidado.
3. La persona es incapaz de atender sus propias necesidades de cuidado de la salud, formar juicios razonados o tomar decisiones, pero puede realizar movimientos manipulativos o deambular.

Esta teoría también se aplica en el intraoperatorio cuando la persona se encuentra bajo efectos de la anestesia; el mismo es totalmente dependiente del equipo quirúrgico. El

confort, la seguridad y el mantenimiento de las técnicas de asepsia quirúrgicas estrictas es responsabilidad directa de la enfermera quirúrgica para garantizar la atención de calidad que cada persona requiere según la teorizante de Orem.

La Enfermería Perioperatoria así como es proveedora de cuidados, también deben formar los juicios y tomar las decisiones pertinentes en beneficio de la persona. Tomando en consideración que la enfermería es una ciencia dotada de una estructura de conocimientos en constante desarrollo, podemos afirmar que el cuidado de enfermería añade a lo cotidiano, la profesionalidad.

CAPÍTULO II

ENFOQUE METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

Se denomina proyecto de investigación el plan que se desarrolla previamente a la realización de un trabajo de investigación. Su objetivo es presentar, de manera metódica y organizada, un conjunto de datos e informaciones en torno a un problema para formular una hipótesis encaminada a su resolución.

En este sentido, el proyecto de investigación es una evaluación previa del problema, sus alcances e importancia, así como de los recursos que serán necesarios para el desarrollo del trabajo de investigación.

Los proyectos de investigación son realizados con base en una metodología, lo cual los dota de rigor y validez científico, los resultados pueden desarrollarse no solo en el área de las ciencias, sino también en las humanidades, la tecnología, las artes, las ciencias políticas y jurídicas, las ciencias sociales, etc.

La investigación es una actividad del hombre, orientada a descubrir algo nuevo.

Respecto a esta investigación la misma se elaboró bajo la modalidad proyecto de investigación, siendo esta una actividad teórico-práctica dirigida al diagnóstico de un problema, a su análisis y a la determinación de los medios válidos para resolverlo, siendo el mismo la elaboración de un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa, del hospital San Juan de Dios. De acuerdo con Aguirre; es un conjunto de acciones y propuestas cuyo objetivo es dar respuesta a una necesidad humana (38). De la misma manera la autora define proyecto como: “la ordenación de un conjunto de acciones que se realizan combinando recursos humanos, materiales, financieros y técnicos, con el propósito de conseguir un determinado objetivo o resultado.” (38)

Algunas de las características que un proyecto debe tener son: actividades realizadas en un tiempo establecido y continuo, resultados de acuerdo con los objetivos planteados mediante la integración de diferentes materiales, recurso humano, técnico y financiero.

Este proyecto de graduación se basó en la elaboración de un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa, del Hospital San Juan de Dios.

2.2. Área de estudio

Para la elaboración del presente proyecto se tomó en cuenta el área de cirugía oncológica de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios, la cual fue creada en el año 1936.

Según el Departamento de Registros Médicos y Estadística (2019) del Hospital San Juan de Dios, la enfermedad del cáncer es la segunda causa de muerte en la población adscrita a dicho centro de salud (45), por ende es de vital importancia para los profesionales de enfermería reafirmar y actualizar su conocimiento de las prácticas actuales en el diagnóstico, prevención y tratamiento de esta enfermedad, motivo por el cual se inicia la propuesta para la elaboración de un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa. Es primordial para el país que se dispongan de esta herramienta, para garantizar constante mejoría en la atención al paciente.

Es necesario para este tipo de proyectos de investigación conocer nuestra realidad nacional en Costa Rica, Según el Ministerio de Salud en su análisis de la situación de salud 2018, memoria institucional (2019). El cáncer es la segunda causa de mortalidad en el país. Hay un aumento en la incidencia del cáncer de 1990 a la actualidad, la cifra específica se considera alrededor de un 40%. En el año 2018, se dio un total de 30579, personas diagnosticadas en la incidencia general de tumores más frecuentes los cuales son cáncer de piel, mama, próstata, cuello uterino y estómago, durante el periodo, 2011–2015 (46). Es el cáncer entonces el causante directo de alrededor del 20% de las muertes en Costa Rica.

Por estas razones se ha hecho un esfuerzo por educar a todo el personal de salud con respecto a prevención, diagnóstico y tratamiento de los diferentes tipos de cáncer. Se han formado unidades de cáncer de mama, protocolos de papanicolaou, pasantías hospitalarias y mayor número de especialidades oncológicas, formación de subespecialistas en el extranjero, todo ello con el fin de mejorar la calidad del servicio para el usuario de la Caja Costarricense del Seguro Social. Es por ello que vemos relevante la implementación de un

programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa, proyecto que a la fecha no existe.

2.3. Población

2.3.1. Población Directa

El Hospital San Juan de Dios es uno de los hospitales más importantes de nuestro país. Fue el primer hospital construido en la historia de Costa Rica y es el más antiguo de la nación, pues su fundación data del año 1845. Pertenece a la Caja Costarricense de Seguro Social y cuenta con todas las especialidades médico quirúrgicas. Es una de las instituciones beneméritas del país.

La creación del Hospital San Juan de Dios data del 27 de junio de 1845 cuando el entonces representante ante la Cámara de diputados de Costa Rica, el Dr. José María Castro Madriz presentó ante dicha cámara un proyecto para fundar la Junta de Caridad, hoy Junta de Protección Social y construir un hospital general, puesto que el país no contaba con ninguno. Dicha ley fue aprobada el 3 de julio, la cual en su artículo primero nombro al hospital como «San Juan de Dios».

En Costa Rica existen 3 redes de servicios de salud: la Red Noroeste, la Red Sur y la Red Este, las cuales están conformadas de acuerdo al área de influencia de los 3 grandes hospitales generales. El Hospital San Juan de Dios lidera la Red Sur, y tiene como apoyo un hospital regional (el Hospital Escalante Pradilla en Pérez Zeledón) y 5 hospitales periféricos (Hospital de Ciudad Neilly, Hospital de San Vito de Coto Brus, Hospital Max Terán Vals de Quepos, Hospital Manuel Mora Valverde de Golfito y Hospital Tomás Casas Casajús de Ciudad Cortes). A su vez, el país se encuentra dividido en 98 áreas de salud. De estas, las siguientes áreas refieren pacientes de tercer nivel al Hospital San Juan de Dios: los distritos de Pavas, Mata Redonda, Hospital y Hatillo; los cantones de Desamparados, Puriscal, Turrubares, Acosta, Aserrí, Alajuelita, Escazú, Mora Santa Ana y Pérez Zeledón, en la provincia de San José; en Cartago Corralillo y La Sierra; en Puntarenas los cantones de Parrita, Aguirre, Buenos Aires, corredores, Osa, Golfito y Coto Brus. En total, el número

de personas adscritas a la red que cubre el San Juan de Dios asciende aproximadamente a un millón doscientas mil de personas.

Actualmente, el hospital San Juan de Dios cuenta con 68 mil metros cuadrados de construcción, 624 camas, más de 63 especialidades médicas y quirúrgicas, 4.200 funcionarios y con los quirófanos más modernos de Centroamérica. Además, pasó de 300 egresos por año reportados en el siglo XIX, a más de 32 mil egresos en el 2018.

Como podemos corroborar con la información anterior, las personas usuarias de los servicios de salud del Hospital San Juan de Dios provienen de áreas rurales, urbanas, e incluye la atención de la Población Indígena, reciben el servicio según corresponda en los tres Niveles de Atención, ya sean personas de la población directa e indirecta a este nosocomio, según el servicio de registros médicos y estadística del Hospital San Juan de Dios; para el año 2018 la Población Directa estuvo estimada en 787.264 personas, mientras la Población Indirecta en 378.236 personas, para un total de 1.165.500 personas, Con este proyecto se beneficiarían los usuarios del servicio de oncología quirúrgica que califique para ser tratados en el programa de cirugía ambulatoria.

2.3.2. Población Indirecta

Está conformada por los funcionarios de la institución; ya que serán beneficiados al contar con protocolos de enfermería perioperatoria que les permitirá trabajar bajo los estándares internacionales de la cirugía mayor ambulatoria; mediante acceso a la información necesaria por medio de capacitación, dando como resultado atención de calidad a la persona, aunado a las ventajas relacionadas con el ámbito social, familiar, individual y socio-afectivo que conlleva este programa.

2.4. Consideraciones éticas

Para la elaboración e investigación de este proyecto se realizó acorde con los principios del reglamento ético científico de la universidad de costa rica para las investigaciones en las que participan seres humanos (Aprobado en sesión 4542-05, 10/05/2000. Publicado en el Alcance a La Gaceta Universitaria 6-2000, 22/06/2000).

En cuanto al aspecto ético, se contó con un documento formal que contenía la descripción del estudio a realizar, los objetivos y los beneficios. Además, discreción total en cuanto al tema de confidencialidad.

2.5. Diseño metodológico

Como antes se mencionó, se denomina proyecto de investigación al plan que se desarrolla previamente a la realización de un trabajo de investigación. Resultando como objetivo presentar, de manera metódica y organizada, un conjunto de datos e informaciones en torno a un problema para formular una hipótesis encaminada a su resolución. Redundando en el tema, el proyecto de investigación es una evaluación previa del problema, sus alcances e importancia, así como de los recursos que serán necesarios para el desarrollo del trabajo de investigación realizado con base en una metodología científica, lo cual los dota de rigor y validez.

El presente proyecto de investigación se realizó a partir de la modalidad de proyecto, trabajando en según Aguirre “un conjunto de acciones y propuestas cuyos objetivos es dar respuesta a una necesidad humana”. (38)

La autora menciona que “un proyecto es la ordenación de un conjunto de acciones que se realizan, combinando recursos humanos, materiales, financieros y técnicos con el propósito de conseguir un determinado objetivo o resultado” según cita Aguirre. (38). Por otra parte Rosales define proyecto como: “una tarea innovadora, que involucra un conjunto ordenado de antecedentes, estudios y actividades planificadas y relacionadas entre sí, que requiere la decisión sobre el uso de recursos, que apuntan a lograr los objetivos definidos, efectuada en un cierto periodo, en una zona geográfica delimitada y para un grupo de beneficiarios, solucionando problemas, mejorando una situación o satisfaciendo una necesidad y de esta manera contribuir a los objetivos de desarrollo de un país(41).

Para esta investigación se aplica el modelo de Kurt Lewin: Del cual se deriva la propuesta de acercarse teórica y metodológicamente a los problemas significativos de la vida cotidiana e involucrar al investigador como agente de cambio social, parte de la investigación-acción de Kurt. Lewin que antecede a la investigación acción participativa de la década del 70, fundamentada en la teoría de la dependencia, la teología de la liberación, la militancia y el rechazo crítico al positivismo. En su teoría topológica de la personalidad

Lewin, utilizó un modelo matemático para explicar el campo psicológico de la persona y utilizó el concepto de campo, extraído de la física, para analizar y comprender la conducta humana. El campo psicológico lo constituye la totalidad de hechos coexistentes e interdependientes. Los individuos existen en un campo psicológico de fuerzas que determina su conducta.

Este componente psicológico circunda a cada individuo y se llama espacio vital, que es un espacio subjetivo, diferenciado, que está referido a la forma en como cada individuo percibe el mundo, sus metas, sus esperanzas, sus miedos, sus experiencias pasadas. Pero además de tener el campo componentes subjetivos, tiene también aspectos objetivos como las condiciones ambientales físicas y sociales, que actúan limitando el campo psicológico. La percepción social (manera particular como el individuo interpreta las acciones, los atributos o intenciones de los otros individuos; la atmósfera social o determinadas situaciones de la vida) encauzan el comportamiento.

Para Kurt Lewin existen diferentes etapas para la realización de la investigación-acción, entre las que nos competen para el presente proyecto están:

a. Diseño general del proyecto:

Se realiza una propuesta para la creación de un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios, pionero de este tipo de procesos. Dentro de los objetivos para llevar a cabo la implementación de este programa se planteó la necesidad prioritaria de conformar un equipo multidisciplinario a la cabeza de un profesional en enfermería perioperatoria el cual sea garante y capaz de evaluar, controlar, dirigir y decidir a través de la labor realizada y los mecanismos pertinentes para su funcionamiento; y ya sobre la marcha ir fortaleciéndolo en este centro hospitalario garantizando el alcance de los objetivos y metas correspondientes a un programa de tal magnitud.

b. Identificación de un problema importante:

En esta etapa se identifica como problema importante que no existe un programa que cumpla con lo establecido en esta propuesta. Ocasionando suspensión de cirugías; ya que las personas y familiares no cuentan con la información y educación necesaria para la cirugía, como por ejemplo, los requisitos de preparación prequirúrgica, además la

suspensión o no de medicamentos previo a la cirugía. Ejemplo nuevamente en el caso de tratamientos antihipertensivos ocasionando en la persona la descompensación de su salud.

Sumado a lo anterior descrito se plantea seriamente la necesidad que la persona quien se va a someter al procedimiento quirúrgico ingrese al programa acompañado por un adulto para que le de soporte y ayuda al momento de cubrir sus necesidades básicas posterior al procedimiento efectuado.

Es también notable y parte fundamental del problema el cual se quiere resolver mediante la implementación de este proyecto, la carencia de personal calificado en el área perioperatoria para que asuma un rol preponderante dentro de dicho proyecto. Razones por las cuales se debe concientizar al grupo del bloque quirúrgico y/o a los jefes de la institución del problema y la necesidad de crear un programa de enfermería perioperatoria como en que aquí se presenta para oncología quirúrgica de la consulta externa del hospital San Juan de Dios.

Análisis del problema

Como en todo análisis de problema procedemos a identificarlo respecto a las demandas o necesidades de implementación, luego examinamos los efectos del problema midiendo repercusiones, efectos directos o inmediatos; posteriormente se identifican las posibles causas tales como limitación del potencial productivo local, gastos, postergaciones, etc. Una vez subsanados estos pasos se definen los objetivos para la solución o la situación esperada al resolver el problema por medio de formular acciones y por último configurar alternativas viables y pertinentes.

En nuestro caso se evalúa que existe un programa de enfermería perioperatoria para la sala de operaciones general, excluyendo totalmente la sala de cirugía menor de oncología quirúrgica de la consulta externa; razón por la cual este programa visualiza la realidad fáctica y posteriormente surge la formulación del problema que es específicamente la inexistencia de un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa del hospital San Juan de Dios.

La sala de operaciones es un servicio con una estancia de la persona relativamente corta. Se podría decir que su estadía es transitoria, específicamente mientras es intervenido

quirúrgicamente. Aquí, en muchas ocasiones el trabajo es desorganizado ya que no existe protocolo de enfermería perioperatoria; esto provoca deficiencias en la calidad de atención a la persona usuaria, con altas probabilidades de incurrir en omisiones que podrían representar un riesgo para las personas que requieren procedimientos, para la institución y para el personal mismo.

En muchos casos, los resultados obtenidos de esta investigación, muestran como causa principal del problema, la inexistencia del programa específico, lo cual degenera en que las prácticas perioperatorias se tornen o inexistentes, o inespecíficas o mal programadas lo que incide en que la atención pre, trans y post quirúrgica tenga en alguna o varias de sus etapas serias deficiencias

Diseño e implementación de un proyecto

Con el patrón estructural anterior y la carencia objetiva a la cual nos vemos expuestos en la atención óptima de la persona se elabora con esta fundamentación el proyecto. Este se usa para la creación de un programa de enfermería perioperatoria.

c. Evaluación de la acción ejecutada:

En esta etapa se cuestionó si los posibles resultados del plan de acción a ejecutar solucionan el problema o no.

El segundo momento metodológico se enfocó en los últimos objetivos específicos. El cual el fin es elaborar dicho proyecto de enfermería perioperatoria.

Como respuesta al problema analizado anteriormente, el cual corresponde a la inexistencia de un programa de enfermería perioperatoria, afirmamos que se debe elaborar uno, tal y como se refleja en el esquema del Problema (figura #1). Con la implementación del proyecto en esta área específica se podrá brindar atención de calidad a la persona y su familia. El proyecto busca por medio del programa de enfermería perioperatoria unificar criterios, médico – legales pertinentes al proceso en sí.

2.6 Etapas del proyecto

Como se mencionó supra, según Aguirre, “Un proyecto es la ordenación de un conjunto de acciones que se realizan, combinando recursos humanos, materiales, financieros y técnicos, con el propósito de conseguir un determinado objetivo o resultado.”(38) Por eso, se seguirán las etapas que propone la autora para la elaboración de proyectos: fase de pre inversión, fase de promoción, negociación y financiamiento, fase de inversión y ejecución, fase de funcionamiento y finalmente la fase de evaluación.

2.6.1 Fase Pre inversión

Según Aguirre (38) esta etapa consiste en identificar las ideas de inversión: formular, evaluar y seleccionar los proyectos más rentables desde el punto de vista social y económico.

Entre las necesidades existentes para llevar a cabo la aplicación de un protocolo que unifique criterios de atención en perioperatorio se valoran aspectos tales como la disposición del personal de enfermería, así como también, la planta física del bloque quirúrgico.

Para la aplicación del protocolo de enfermería es necesario establecer las pautas que el personal debe seguir para el abordaje de la persona usuaria. El propósito es disminuir al mínimo los riesgos que conlleva todo procedimiento quirúrgico. Como resultado se obtendrá uniformidad, agilidad y precisión en la atención.

Según Badilla y Pinales 2016 (39) esta fase es donde se definen las bases para realizar los estudios y las estimaciones tendientes a determinar la factibilidad y viabilidad del proyecto; revisando bibliografía, coordinaciones y las visitas, contemplando todos los elementos necesarios para la toma de decisiones referentes al proyecto.

Por lo anterior se realizaron las siguientes actividades:

- Búsqueda bibliográfica de material referente al tema, la cual se basa en autores principalmente de España, México y Argentina ya que desgraciadamente carecemos de experiencia bibliográfica específica autóctona.
- Identificación de las necesidades en recursos físicos, humanos y financieros para la realización del programa.

- Cotejar normativas institucionales y a nivel país bajo las cuales debe adherirse el programa.
- Factibilidad financiera y logística del programa a través de la investigación y el asesoramiento a lo interno de la institución.

2.6.2 Fase promoción, negociación y financiamiento

Rosales, explica que la siguiente fase, se basa en la negociación de los recursos necesarios, ya sean económicos, materiales o humanos de la misma manera es necesario, garantizar ante los organismos responsables de las áreas que tengan relación con el proyecto, el reconocimiento del mismo (41).

Es decir que esta etapa consiste en la negociación de los recursos necesarios ya sean económicos, humanos y materiales.

- **Promoción.**

Es una reunión formal con la jefatura de enfermería en la cual se establecieron acuerdos para la elaboración de dicho programa. Esta fase sirve de ligamen entre la fase de pre inversión y la de inversión, fundamental para garantizar la implantación del proyecto; comprende todos aquellos aspectos relacionados con la negociación de los recursos necesarios para el proyecto, en especial, los financieros, así como las acciones relacionadas con la promoción y divulgación del mismo, las cuales en alguna medida son responsables y deben brindar las aprobaciones correspondientes.

Todo proyecto independientemente de la naturaleza de su fuente de financiamiento debe pasar por el proceso de negociación y asignación de recursos para viabilizar esta fase y garantizar su ejecución.

- **Negociación:** Se negocian los recursos humanos, económicos y materiales necesarios para el programa.
- **Financiamiento:** Es la determinación de la factibilidad financiera y logística del programa, por medio de asesoramiento de las autoridades correspondientes para cumplir con dicha etapa se coordina con la jefatura de sala de operaciones, de esta jefatura emana el permiso correspondiente, el costo fue asumido por la investigadora.

Dentro de las actividades que se realizaron para la promoción, negociación y financiamiento se encuentran

- Se realiza la elaboración del borrador del documento, con los principales elementos del proyecto.
- Se gestiona con la jefatura correspondiente la necesidad de la implementación del proyecto a corto plazo. Esto porque se trata de un tema de suma importancia tanto para la institución, como para los profesionales y la atención que se le brinda a la persona y familia.
- Financiamiento se realiza la lista de insumos, recursos materiales y la logística para la puesta en práctica del proyecto.

2.6.3 Fase Inversión y ejecución

Según lo menciona Aguirre (38), esta es la etapa donde se materializan todas las ideas y planteamientos del proyecto, en la cual se incluye el desarrollo del proyecto hasta el inicio de operación del mismo. Motivo por el cual el producto de la misma será el proyecto listo para entrar en funcionamiento.

Para efectos de este proyecto se presenta la Ficha Técnica.

Las actividades que se llevaron a cabo son:

- Presentación de la propuesta final del proyecto.
- Incorporación de las correcciones que realizan personas expertas responsables de la lectura del documento.
- Elaboración y aplicación del pretest y el post test, para profesionales expertos en enfermería quirúrgica que cuentan con maestría profesional en enfermería quirúrgica.

2.6.4 Fase Evaluación.

Según Aguirre (38), en la etapa de evaluación del ciclo de vida de un proyecto existen tres procesos que deben realizarse, los cuales son el ex - ante, durante y el ex - post. De igual manera el autor Severin (40), cita que la evaluación supone un proceso que atraviesa diferentes etapas, las cuales son: etapa de diseño o planificación, una etapa de ejecución o trabajo de campo, el procesamiento y análisis de la información recolectada y por último la presentación de resultados para luego realizar la toma de decisiones. (40)

Rosales (41) establece que las fases y actividades para la evaluación del proyecto son las siguientes:

2.6.4.1 Ex – ante

El término ex-ante (a veces escrito ex ante o exante) es una palabra neolatina que significa "antes del suceso". Ex-ante se usa más comúnmente en el mundo comercial, donde los resultados de una acción concreta, o una serie de acciones, se prevén con antelación. Se realiza durante todo el proceso en el cual se busca evidenciar la factibilidad, utilidad del proyecto y la necesidad del mismo, así como el estudio y financiamiento que permite poner en marcha la propuesta inicial mediante reuniones con las jefaturas correspondientes de sala de operaciones la Dra. Vianney Loria Zúñiga y de Oncología Quirúrgica el Dr. Mario Vásquez Chávez, los cuales están anuentes a la realización del proyecto y de la misma manera la ejecución del mismo, ambas jefaturas han brindado recomendaciones para el desarrollo del programa.

2.6.4.2 Durante

Badilla y Parrales (39) hacen mención que esta etapa se realiza durante todo el proceso y su objetivo es detectar las dificultades y corregirlas, además mencionan que durante esta etapa se detectan dificultades, pero lo más importante es revisarlas y corregirlas oportunamente, logrando de esta manera alcanzar el mayor éxito posible del proyecto.

Por otra parte, Aguirre (38) menciona que, se da en el momento del diseño del proyecto, se evalúa el cumplimiento de los objetivos planteados. Además, se realiza en todo el proceso para determinar eventualidades que podrían impactar negativamente el proyecto, abordar estas eventualidades y corregirlas.

En esta etapa se lleva a cabo la revisión de la estructura metodológica del proyecto que se pondrá en práctica; en este caso la creación del programa de enfermería perioperatoria, con enfermeras perioperatorias, de sala de operaciones del Hospital San Juan de Dios.

2.6.4.3 Exp-post

Según refiere Aguirre (38), Es una evaluación que se realiza después de la ejecución del proyecto.

En el presente proyecto, creación de un programa de enfermería perioperatoria en el área de oncología quirúrgica, de la consulta externa del hospital San Juan de Dios. Se determinó que hay tres grandes sectores beneficiados los cuales son:

- Las personas que serán sometidas al acto quirúrgico; ya que gracias al presente proyecto reciben atención integral con calidad, seguridad y calidez, la cual será brindada por un profesional en enfermería perioperatoria.
- El personal de enfermería perioperatoria que labora para la Institución; por medio del proyecto y por ende la creación de protocolo de enfermería perioperatoria, los mismos conocerán las pautas y directrices que se van a implementar durante el proceso de atención en este servicio.
- La Institución; ya que se cumplirá con estándares internacionales de calidad en cirugía mayor ambulatoria, dirigidos a la población costarricense.

2.6.5 Objeto de estudio

La enfermería perioperatoria enfocada en cirugía ambulatoria oncológica de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios.

2.6.6 Estudio de mercado

Uno de los aspectos más importantes en la elaboración de proyectos es el análisis del mercado en el que se va a ofrecer el servicio o el producto final, ya que, un conocimiento adecuado del mismo permite evaluar las posibilidades de éxito. Es necesario estar alerta ante las exigencias y expectativas del producto ofrecido para alcanzar el éxito deseado.

Al realizar el estudio de mercado se determina que en dicha área quirúrgica no se cuenta con ningún programa de enfermería perioperatoria, ni con personal calificado en el área

perioperatoria, dando como resultado deficiente atención al usuario tanto en educación pre, trans y postquirúrgica. Al emanar este programa de un proyecto final de graduación de la Universidad de Costa Rica, alma mater con más prestigio en el país, se generará interés en su aplicación de acuerdo a los planteamientos de aceptación que se han establecido.

La necesidad existente versus la solución planteada lograra implementar a corto plazo este proyecto, de acuerdo con la investigación efectuada.

2.6.7 Recolección de datos

El estudio descriptivo exploratorio para la elaboración del proyecto, se realizará a partir de la recolección de información tanto de fuentes primarias como de fuentes secundarias. Las fuentes primarias utilizadas serán: entrevista semiestructurada, para lo cual se elaborará un formato con instrucciones y guía para la entrevista. Se realizará una prueba piloto para exploración de dificultades para el diligenciamiento y en la modalidad de las preguntas de la encuesta y posteriormente a partir de las observaciones se realizará el ajuste definitivo de las preguntas del cuestionario para la aplicación de la encuesta. Para la aplicación del cuestionario se solicitará el listado con los nombres de los profesionales que serán entrevistados, para lo cual se contactará y solicitará una cita previamente. El tiempo estimado para la entrevista es de dos horas. La información suministrada será manejada bajo los parámetros normativos de confidencialidad.

La información de fuentes secundarias se obtendrá a través de la revisión de textos, artículos y documentos, publicados, revisión normativa y consulta de literatura gris (no convencional, artículos no publicados y artículos en proceso de publicación). Las unidades temáticas a utilizar para la revisión de literatura son: Antecedentes, sistemas de salud, inspección, vigilancia, control, estructura, funciones, competencias, fortalezas, necesidades, normatividad, reformas.

Para llevar a cabo las etapas del proyecto y lograr sus objetivos propuestos, es necesario recolectar y procesar la información que permitió establecer algunas variables de importancia, para lo cual se puso en práctica la técnica de la entrevista semiestructurada, la misma fue aplicada en diferentes momentos a la población en estudio, para lograr el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

2.6.7.1 Entrevista semiestructurada

Según Díaz-bravo (42), la entrevista como recurso dinámico, es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial, de igual manera es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar.

Por otra parte, podemos acotar que la entrevista es una conversación, en la cual se desarrolla es el arte de realizar preguntas y escuchar las respuestas. Como técnica de recogida de datos, está fuertemente influenciada por las características personales del entrevistador. La misma incluye cualquier encuentro entre dos personas, un investigador y su entrevistado, en el que el investigador hace preguntas que pueden ir desde las encuestas de opinión o los cuestionarios, es decir, instrumentos altamente estructurados, y las entrevistas abiertas donde es posible, incluso, que el investigador sea preguntado e interpelado por el informante. Se puede definir como una "conversación amistosa" entre informante y entrevistador, convirtiéndose este último en un oidor, alguien que escucha con atención, no impone ni interpretaciones ni respuestas, guiando el curso de la entrevista hacia los temas que a él le interesan. Su propósito es realizar un trabajo de campo para comprender la vida social y cultural de diversos grupos, a través de interpretaciones subjetivas para explicar la conducta del grupo.

En esta etapa del proyecto, se le realiza la entrevista semiestructurada, instrumento diseñado con cinco preguntas abiertas, a cinco enfermeras instrumentistas del Hospital San Juan de Dios; las cuales poseen gran experiencia en dicha área, con la finalidad de realizar la investigación sobre la necesidad de crear el Programa de Enfermería Perioperatoria, basada en ser, hacer y saber del profesional de enfermería, lo cual se plantea debidamente en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Resultados

Al realizar el diagnóstico sobre la necesidad de la creación del programa de enfermería perioperatoria se logra obtener los siguientes resultados por medio de la entrevista semiestructurada realizada a cinco enfermeras especialistas en el campo.

Respecto al cuestionamiento:

1. *¿Desde la disciplina enfermera, considera usted que sería de utilidad para el Hospital San Juan de Dios, la creación de un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa?*

El 100% de los expertos en la materia encuestados consideran importante y necesario que se dé la creación de dicho programa, además recomiendan que la coordinación del mismo proyecto, este a cargo de un profesional en enfermería perioperatoria y que este pueda contar con un equipo de trabajo establecido, en el cual cada uno de los miembros tenga un rol dinámico adecuado a su perfil laboral

La entrevistada N°.2 RHM, refiere: “En base a mi experiencia laboral considero que sería de muchísima importancia y utilidad la creación de un proyecto así, porque los pacientes requieren educación pre y post quirúrgica”

N°5 JAM refiere: “es de suma importancia que se realice un programa en esa área, ya que no existe y también sería de muchísima utilidad que sea dirigido por un profesional en enfermería perioperatoria”

2. *¿Además de la posible utilidad, cree usted que tendría beneficio para la persona usuaria y familia un programa de enfermería perioperatoria en el área de oncología quirúrgica de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios?*

Los profesionales están la totalidad en acuerdo que tanto la persona usuaria como su familia sería en gran medida beneficiada, ya que la persona se va a sentir más cómoda de recuperarse en la comodidad de su hogar y bajo los cuidados de su familia, además se evitarían internamientos en salones pre y posquirúrgico, de igual manera la persona se puede reincorporar a sus labores diarias con mayor celeridad.

Algunos de los datos obtenidos por medio de la entrevista fueron:

Entrevistado N°4: “Sería de muchísimo provecho para para el personal de enfermería y para la institución, porque es por medio de protocolos se garantiza una excelente atención a la persona usuaria”

3. *¿Cuál cree que debe ser la formación del profesional en enfermería que se desempeña en el programa de enfermería perioperatoria de cirugía ambulatoria?*

De las 5 enfermeras especialistas en la materia consultadas; el 100% indica que la formación del profesional de enfermería debe de ser enfermero perioperatorio.

4. *¿Respecto al equipo de trabajo, ¿cuál cree usted como profesional debe ser el idóneo para habilitar el programa de enfermería peroperatoria en el área de oncología quirúrgica?*

Según la totalidad de los encuestados el siguiente equipo es el idóneo para la buena ejecución de dicho programa: cirujano oncólogo, profesional en enfermería perioperatorio, auxiliar de enfermería, auxiliar de quirófano y asistente de pacientes, los cuales deben de estar comprometidos con el proyecto.

Los mismos deben tener conocimiento en cirugía ambulatoria y oncológica para orientar de la mejor manera a la persona usuaria y su familia. Además, de éste personal, se debe de contar con equipo de apoyo conformado por funcionarios de: Farmacia, Laboratorio Clínico, Rayos X, Patología y Nutrición, y una persona fija de servicios generales.

5. *¿Respecto a la infraestructura cuales deben ser los requisitos de funcionamiento?*

Los encuestados refieren que es necesario contar con la infraestructura adecuada según normativa internacional. Dicha estructura física tiene como objetivo principal el

proporcionar un ambiente seguro y eficaz al usuario para que la cirugía se realice en las mejores condiciones posibles, para potenciar al máximo la prevención de la infección se debe contemplar paredes techos y suelos recubiertos, puertas de corredera, no debe haber ventanas, aire acondicionado exclusivo para el área quirúrgica, sistema de comunicación efectivo, etc.

Entrevistado N²: “La infraestructura debe tener los requerimientos establecidos internacionalmente, para de esta manera disminuir los riesgos para el usuario”.

6. *¿Cuáles son las características, desde el ser, el hacer y el saber, con las que el profesional de enfermería perioperatoria del programa debería contar?*

Los expertos mencionan características y cualidades importantes con las que debe contar el personal de enfermería para desempeñarse de manera óptima en el programa a desarrollar. Los cuales se detallan a continuación:

Tabla 1. Cualidades que debe tener el enfermero quirúrgico.

| El Ser | El Hacer | El Saber |
|---|--|---|
| Capaz de mantener buenas relaciones interpersonales | Dirigir el programa | Normas y cuidados perioperatorios |
| Responsable | Solicitar insumos necesarios | La dinámica del servicio |
| Servicial | Vigilar que se cumplan normas y estándares | El objetivo, desarrollo y el fin del programa |
| Proactivo | Brindar educación a la persona y familia | Procedimientos quirúrgicos a realizar |
| Líder | Atención directa a la persona en el perioperatorio | Las cualidades de sus colaboradores |

Fuente: Elaboración propia, 2019

Respecto a las recomendaciones de las expertas en la materia entrevistadas se destacan las siguientes:

- Se requiere de la creación de un protocolo para el programa de enfermería perioperatoria
- Se menciona de importancia la educación continua para el personal.
- Deber de información precisa sobre cuidados perioperatorios para la persona usuaria y su familia.
- Se debe programar una evaluación del desempeño.
- Adecuada planificación y educación a la persona y familia para evitar suspensión de cirugías.

En base al diagnóstico, la revisión bibliográfica exhaustiva, el desarrollo de las etapas de un proyecto y la entrevista, se elabora la propuesta de la creación de un programa perioperatorio de cirugía oncológica, la cual se presenta seguidamente por medio de la ficha técnica.

3.2. Ficha técnica del proyecto

1. Nombre del proyecto

Creación de Programa de Enfermería Perioperatoria en el área de Cirugía Oncológica de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios.

2. Autora

Kembly Salas Araya.

3. Asesoría Técnica.

Dr. Mauricio Parrales Mora.

4. Naturaleza del proyecto

4.1 Descripción del proyecto.

Este proyecto es de acción social, ya que el mismo surge al realizar el análisis de un problema real, al cual se pretende dar respuesta. Logrando brindar atención a la persona en el perioperatorio, dando como resultado atención de calidad, disminución en la cantidad de

cirugías suspendidas por falta de educación preoperatoria a la persona y familia. Además se pretende que el personal esté ampliamente capacitado en el área perioperatoria con fundamento en los estándares internacionales, lo que permitirá brindar atención de calidad a la persona y su familia, además de realizar procedimientos de manera más ágil lo que genera como resultado la disminución en las listas de espera del servicio de cirugía oncológica.

4.2 Fundamentación

El profesional de enfermería perioperatoria, es idóneo para dirigir un servicio de sala de operaciones ya que posee expertiz y el conocimiento académico, sumado a lo anterior sabe dirigir y buscar soluciones respecto a su labor; conoce las áreas que comprenden este servicio y las funciones que se deben realizar en cada una de ellas. De la misma manera conoce los requisitos respecto a la infraestructura, requerimiento de materiales y estándares internacionales para el correcto funcionamiento de dicha área. Según lo menciona Aguirre “La gestión de los cuidados es un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno, con intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud” (38).

4.3 Marco institucional

La delimitación del marco institucional de dicho proyecto es el hospital San Juan de Dios, propiamente en el área de cirugía oncológica de la consulta externa.

El ente encargado de su implementación es la dirección de enfermería como jefatura responsable. Su función es dirigir y coordinar a su personal a cargo, para promover que las labores se realicen de manera efectiva.

4.4 Finalidad del proyecto

El proyecto tiene como finalidad que exista un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica del Hospital San Juan de Dios a cargo de un profesional en enfermería perioperatoria, ya que es la persona idónea para dirigir dicha área logrando garantizar el cumplimiento de las normas y estándares establecidos por la institución y

organismos internacionales, el manejo de los equipos, del instrumental y del material a utilizar con cada persona.

Garantizando a la persona usuaria que su atención es especializada y de calidad en todo el proceso perioperatorio.

Por otra parte, para la institución, como prestadora de los servicios de salud, será de suma importancia ya que, debe garantizar y ser responsable de brindar atención de calidad.

4. 5. Objetivos del proyecto

Una vez aprobado el programa, homogenizar los conocimientos científicos, teóricos y administrativos del profesional de enfermería perioperatoria para así lograr el desarrollo de sus habilidades y competencias, en la atención a la persona de manera oportuna con calidad y calidez.

Objetivo General

Establecer los roles de trabajo que debe cumplir el enfermero perioperatorio dentro del programa de enfermería perioperatoria del área de cirugía oncológica en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios para garantizar que la persona cumpla con los requisitos preoperatorios establecidos y evitar así la suspensión de cirugías y consecuentemente aumento desmedido en las listas de espera.

Objetivos específicos

- a. Describir el perfil del enfermero perioperatorio en el servicio de cirugía oncológica, de la consulta externa del hospital San Juan de Dios.
- b. Brindar educación continua al personal a cargo en temas que competen al servicio de cirugía oncológica y sala de operaciones
- c. Brindar atención postquirúrgica a la persona y familia para lograr disminuir la incidencia de complicaciones postquirúrgicas e internamientos no programados.
- d. Realizar pedidos de insumos necesarios para la atención de la persona.
- e. Elaborar registros de material, equipos e instrumental.
- f. Evitar la suspensión de cirugías educando a la persona en su preparación quirúrgica.
- g. Clasificar a la persona según criterios para la cirugía ambulatoria.

4.6. Metas del proyecto

El ejercicio de la enfermería perioperatoria tiene como meta en este proyecto la atención segura y de calidad a través de un programa especializado y detallado para la persona que va a ser sometida al acto quirúrgico, el cual se realiza como tratamiento curativo o paliativo a la persona atendida en el servicio de oncología quirúrgica bajo las siguientes premisas:

1. Enorme beneficio para la persona que será sometida al acto quirúrgico ya que se logrará optimizar el recurso humano y material que se requiere para su atención.
2. Se establecen lineamientos y criterios para la atención perioperatoria de la persona que será sometida al acto quirúrgico.
3. Se procurará reducir los internamientos y por ende los costos en atención de la persona.
4. Se agilizará los procesos y tiempos quirúrgicos mediante la implementación del proyecto, logrando así disminuir la estancia de la persona y la lista de espera del servicio de cirugía oncológica.
5. Dar a conocer la importancia de un profesional de enfermería perioperatorio y su perfil por competencias para que sea el encargado de desarrollar y manejar este programa.
6. Optimizar el recurso humano para brindar atención directa de calidad.

4.7 Beneficiarios

El asegurado y la institución serán ampliamente beneficiados ya que se logrará un servicio ordenado, con estándares establecidos, bajando las listas de espera y la suspensión de procedimientos quirúrgicos por mala preparación de la persona o por falta de materiales e insumos.

El profesional en enfermería perioperatoria, también será beneficiario ya que podrá desarrollar todos sus conocimientos y habilidades en un servicio apto para explotar y aplicar sus conocimientos y los propios de la especialidad.

4.8 Producto del proyecto

El siguiente perfil debe ser cumplido por el profesional en enfermería perioperatoria el cual se basa en competencias en el ser, saber y hacer como profesional, de esta manera queda plasmado la importancia de contar con un master en enfermería perioperatoria encargado de

dicho programa, garantizando de esta manera a la persona y familia seguridad y atención con calidad y calidez.

4.8.1 Perfil por competencias del enfermero perioperatorio que labora en el programa de cirugía oncológica de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios.

Se entiende por enfermería perioperatoria como el papel que la profesión de enfermería ha desarrollado con la asistencia del paciente quirúrgico. Esta disciplina comprende su asistencia total antes, durante y después de la cirugía. Entre los deberes de la enfermera perioperatoria se incluye el desarrollo y la implantación de un plan preoperatorio de asistencia al paciente.

Según el concepto descrito, el siguiente perfil se basa en las siguientes premisas:

a) Saber hacer del profesional de enfermería perioperatoria.

Fundamentado en los siguientes compendios legales:

- Capítulo V deberes de los profesionales de la enfermería ante la sociedad del Código de ética del colegio de enfermeras de Costa Rica.
- Artículo 35 deber de respeto a los derechos de las personas sujetas de atención. capítulo VI deberes generales de las personas profesionales en enfermería con las personas usuarias.
- Código de ética y moral profesional del colegio de enfermeras de Costa Rica.
- Artículo 31. Deber de la promoción de la salud.
- Artículo 32. Deber de educar en salud.
- Artículo 34. Deber de respeto a la diversidad de sociales.
- Artículo 40. Deber de información.
- Artículo 45. Deber de la confidencialidad secreto profesional.

Los anteriores obtenidos del Código de ética y moral profesional del colegio de enfermeras de Costa Rica.

Fundamentado en la práctica perioperatoria clínica de la Asociación de enfermeras perioperatorias (AORN.), basado en el manual institucional de normas de atención perioperatorio de la Caja Costarricense de Seguro Social (2008).

Según lo anterior en el programa de enfermería perioperatoria de cirugía oncológica de la consulta externa el enfermero perioperatorio deberá:

- Realizar entrevista a la persona; estableciendo excelente comunicación con la persona usuaria y familia. Utilizando lenguaje claro y sencillo, para lograr que la persona lo comprenda fácilmente, sin importar cual sea la condición cultural, social y educativa del sujeto en atención.
- Facilitar la expresión de sentimientos de la persona, logrando canalizar sus dudas y temores.
- Según criterio profesional reconocer y reportar al cirujano cualquier incumplimiento de los requisitos preoperatorios.
- Hacer uso correcto de la información de la persona, manteniendo siempre la ética profesional.
- Brindar excelente atención basada en la calidad y calidez.

De la misma manera deberá ser gestor realizando las siguientes acciones:

- Elaborar el plan anual.
- Participar activamente en la elaboración de proyectos.
- Supervisar el personal a cargo
- Asignar el trabajo diario.
- Hacer la evaluación del desempeño para el funcionamiento correcto del servicio, según lo institucionalmente normado.
- Hacer uso correcto, tanto del recurso humano como material para lograr como objetivo general, brindar atención eficaz y eficiente a la persona usuaria.
- Realizar el proceso de enfermería en el perioperatorio

- Coordinar con servicios de apoyo (sala de operaciones, arsenal quirúrgico, recuperación, Rayos X, laboratorio, nutrición, lavandería, mantenimiento, seguridad y admisión).
- Participar en programas de Educación Continua.
- Evaluar metas propuestas.
- Verificar el óptimo funcionamiento de los equipos.

b) Saber conocer del profesional de enfermería perioperatoria.

El profesional de enfermería perioperatoria deberá conocer los principios bioéticos de la profesión los cuales se basan en aplicar los principios de autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia, veracidad, fidelidad; según capítulo IV del Código de ética y moral profesional del colegio de enfermeras de Costa Rica.

De la misma manera conocerá normas para mejoramiento de la calidad en la enfermería perioperatoria, según la Asociación de enfermeras perioperatorias (AORN).

Además, conoce normas de atención en las etapas para la práctica perioperatoria, según manual institucional, de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En base a estas directrices podemos acotar que:

El enfermero (a) quirúrgico debe tener claro la integración de roles, por su trabajo tan complejo, es fácil de perder de vista la importancia de conectar e integrar las tareas y las responsabilidades. La instrumentación quirúrgica, como parte de los roles del enfermero quirúrgico, nunca se lleva a cabo en forma aislada. Cada tarea y responsabilidad es parte integral de un campo de mayor tamaño que es la medicina.

Según cita Fuller: “El campo específico de la instrumentación quirúrgica es la atención del usuario en el ámbito perioperatorio, que se centra en el uso seguro de la tecnología y en el arte de la cirugía con el fin de promover el bienestar del usuario” (43) De la misma manera la actuación del enfermero quirúrgico es cada día más compleja. La mejora y avance de las técnicas quirúrgicas obliga a la enfermería de quirófano a la constante actualización para conocer temas de procedimientos y técnicas a seguir.

c) Saber ser del profesional de enfermería perioperatoria.

Fundamentado en los siguientes compendios legales:

- Ley 7085 estatuto de servicios de enfermería colegio de enfermeras de Costa Rica.
- Ejercer con deontología profesional en enfermería basado en el capítulo del código de ética y moral profesional del colegio de enfermeras de Costa Rica.
- Capítulo IV de la descripción de los deberes y responsabilidades de las clases de puestos de enfermería y sus requisitos.
- Conjunto de reglas valores y principios éticos y morales que rigen el ejercicio de la enfermería.
- Basado en normas para la práctica administrativa perioperatoria de la AORN.

Según lo anterior el enfermero perioperatorio deberá saber ser:

- Respetuoso de la vida de la persona, familia y a su fe.
- Independiente al realizar sus funciones en el área de su especialidad.
- Ser íntegro en su profesión.
- Respetuoso de las normas y estatutos para el ejercicio de la profesión.
- Altamente profesional brindando atención holística y empática a la persona.
- Ser responsable de la administración del servicio.
- Responsable de identificar y emplear procesos éticos en la busca del beneficio de la persona.
- Dinámico en su función administrativa.

4.8.2 Protocolo de intervención del profesional de enfermería perioperatoria a la persona usuaria en cirugía ambulatoria.

El siguiente protocolo ha sido elaborado específicamente para la realización de las funciones y tareas del equipo de enfermería que forma parte del programa de enfermería perioperatoria del área de oncología quirúrgica de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios, el cual garantiza una atención de calidad, brindando de esta manera la seguridad de la persona que será intervenida quirúrgicamente; además se brindan las pautas para

mantener la coordinación entre el equipo tanto del bloque quirúrgico como de otras áreas del hospital.

En el proceso quirúrgico la persona que será intervenida, deberá seguir los pasos establecidos para cumplir con las normas preoperatorias las cuales son:

- a) Realización de exámenes de laboratorio.
- b) Realización de pruebas complementarias según la condición de la persona y que el cirujano indique.
- c) Asistir a la consulta preoperatoria con la profesional de enfermería a cargo.

4.8.2.1 Funciones del enfermero perioperatorio en el preoperatorio.

Objetivo: Brindar toda la información correspondiente a la persona que será intervenida quirúrgicamente, sobre los temas relacionados del periodo perioperatorio.

Gerenciar el servicio para evitar atrasos o suspensiones de cirugías

Funciones y actividades.

- Realizar valoración preoperatoria a la persona y su entorno familiar; logrando identificar si la persona es candidata a realizársele cirugía bajo modalidad ambulatoria.
- Brindar la charla educativa sobre el proceso perioperatorio, evacuando dudas y temores de la persona y familia.
- Revisa el cumplimiento de los requisitos preoperatorios y corrobora la fecha quirúrgica dada por el cirujano a las personas usuarias. Además, realiza la programación de la cirugía.
- De acuerdo a la programación quirúrgica, certifica la técnica operatoria, preferencia del cirujano y se asegura de la preparación del material, instrumenta y equipos especiales.
- Respecto a condiciones del usuario el enfermero perioperatorio debe conocer: el rango de edad (de 13 a 70 años de edad según atención hospitalaria) Índice de masa corporal: El máximo permitido será hasta 35%. La persona que posee un índice de masa corporal mayor a 35 podrá ser sometida a cirugía bajo modalidad de cirugía ambulatoria; si el tipo y el tiempo de la cirugía permitirán realizarla bajo anestesia general, regional y local

con sedación, una vez realizada la evaluación en conjunto cirujano y anestesiólogo. El tiempo máximo permitido de cirugía serán 90 minutos.

- **Diagnósticos permitidos.**

De acuerdo a la lista de procedimientos quirúrgicos que podrán efectuarse en la sala cirugía ambulatoria oncológica de la consulta externa, se debe de acatar con las siguientes regulaciones:

- Se debe considerar que las cirugías no sean lo suficientemente complejas y que abarquen grandes vasos, lo cual podría originar sangrados profusos.
- El manejo del dolor deberá ser controlado por la persona con analgésicos comunes, tras el alta.
- El compromiso post-operatorio de la vía aérea debe ser mínimo.
- Se debe retomar la ingesta de líquidos y sólidos, lo más pronto posible

- **Contraindicaciones en cirugía mayor ambulatoria.**

- Enfermedades neuromusculares por el riesgo de asociación con el síndrome de hipertermia maligna o dificultad respiratoria postoperatoria que puede requerir ventilación mecánica.
- Coagulopatias.
- Alteraciones psiquiátricas mayores depresión grave esquizofrenia enfermedad bipolar etcétera.
- Alteraciones y la piel dermatitis del pañal activa o cualquier afección infecciosa de la piel.
- Alcoholismo o consumo habitual de cocaína estupefacientes u otras drogas.
- Obesidad mórbida.
- Malformaciones de la vía aérea y o antecedente de dificultad de la intubación en cirugías previas.

- **Listado de cirugías que se realizan en la sala de cirugía de oncología de la consulta externa del hospital San Juan de Dios.**

- Resección de tumores partes blandas.
- Mastectomías subcutáneas.
- Resección de tejido mamario
- Biopsia de mama y ganglios.
- Lipomas pequeños.
- Resección de nevus.
- Resección de fibroadenoma mamario.
- Marsupialización de quiste de bartolino.

- **Enfermedades crónicas permitidas.**

Diabetes, hipertensión arterial, asma en general las patologías tienen que estar bien compensadas de acuerdo a la clasificación ASA:

- ASA I (sin alteración orgánica fisiológica bioquímica y psiquiátrica).
- ASA II (con una alteración sistémica leve o moderada que puede no estar relacionada con la patología que requiere cirugía hipertensión obesidad mórbida)
- ASA III (con una grave alteración sistémica que puede o no estar relacionada con la patología que requiere cirugía angina e infarto miocárdico en los últimos meses diabetes con secuelas vasculares etcétera)

Todas las personas usuarias ASA II y ASA III que se programen para una cirugía mayor ambulatoria deben tener una entrevista con el anestesiólogo previa a la programación de la cirugía.

- **Ubicación.**

La distancia permitida es una hora máxima del hogar de la persona en transporte terrestre hasta el centro hospitalario.

- **Condiciones o aspectos psicosociales.**

La modalidad de cirugía ambulatoria es muy ventajosa para las personas usuarias de manera psicosocial debido a que no tendrían ninguna permanencia en el centro hospitalario, además de ello estarán en compañía de su familiar o persona cercana que le ayudará en su proceso.

El día quirúrgico de la misma manera la persona usuaria debe ir acompañado por una persona mayor de edad responsable que le acompañe durante la entrevista de pre admisión e ingreso y al egreso, incluso en su hogar durante las primeras 24 horas

- **Ayuno preoperatorio.**

Adultos: 8 horas de ayuno de alimentos sólidos y 4 horas de líquidos claros agua de jugos sin pulpa.

El profesional de enfermería encargado del programa debe contar con habilidades actitudes, conocimientos en el área de enfermería perioperatoria, ya que todas estas competencia y conocimientos se ven expresadas en el ser, el hacer, y el conocer de la enfermería perioperatoria, logrando como mayor objetivo brindar a la persona y familia atención holística, basada en la calidad y calidez.

Es por ello que el profesional de enfermería debe brindar información a la persona y familia sobre aspectos a tomar en cuenta antes del procedimiento quirúrgico, para lograr como objetivo disminuir la suspensión de cirugías por falta de preparación e incumplimiento de requisitos preoperatorios; dicha información la brindara por escrita para que la persona y familia la puedan tener a mano.

Información para la persona usuaria

¡Bienvenido al programa de cirugía ambulatoria de oncología!

Usted ha sido clasificado por su médico tratante para que se le realice la cirugía que necesita, bajo en la modalidad de cirugía ambulatoria la misma tiene una duración de aproximadamente entre 30 y 90 minutos; cuando no existen complicaciones asociadas no se requiere de hospitalización, sólo se necesita un tiempo de observación corta por lo que, por lo general regresara al hogar el mismo día de la cirugía.

Requisitos que debe cumplir antes de la cirugía.

- Realizarse exámenes preoperatorios.
- Asistir a la valoración preoperatoria complementarias
- Debe venir acompañado por un mayor de edad.
- Si toma aspirina la debe suspender 7 días antes de la cirugía.
- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

Día de la cirugía.

- Presentarse con la secretaria del programa de cirugía oncológica de la consulta externa a las 6 a.m. con su acompañante.
- Los menores de edad deben estar acompañados por su encargado.
- Debe traer su documento de identificación vigente.
- Sí sufre de presión alta debe tomar su tratamiento a las 5 de la mañana con dos sorbos de agua.

Cómo ingresar al quirófano.

- Con bata gorro y bata de tela color verde. (debe retirarse ropa interior)
- Sus pertenencias deben ser custodiadas por la persona acompañante.
- Si utiliza prótesis dentales removibles audífonos o lentes de contactos deben ser retirados.

Se recomienda traer ropa floja y cómoda, no traer joyas, ni artículos de valor; además si necesita incapacidad debe informarlo a la enfermera a su ingreso a sala de operaciones.

Guía para el autocuidado después de la cirugía

Esta guía tiene el objetivo de ayudarle a disfrutar de una recuperación exitosa y sin complicaciones

- **Retiro del apósito**

El retiro de las gasas colocadas sobre la herida en el hospital se hará al día siguiente antes de bañarse en la mañana.

- **Baño diario**

Mantener una buena higiene corporal mantenerse en su hogar con ropa floja y descubierta.

- **Cuidado de la herida**

Lavarse las manos antes y después. Coloque sobre la herida jabón antibacterial con movimientos circulares, enjuagar bien el área con abundante agua y secar la zona con un material limpio. La herida siempre debe estar al aire libre seco en todo momento. No aplicar ninguna crema o medicamento sobre la herida sólo por indicación médica.

- **Deambulacion temprana**

Mejora la circulación favorece la cicatrización previene la aparición de trombos o coágulos elimina la debilidad muscular. No hacer actividades que generen esfuerzo no manejar bicicleta moto no andar a caballo no jugar fútbol no ejercitarse no ir a playas y piscinas.

- **Retiro de suturas.**

Se realiza según indicación médica al cumplir con la cantidad de días en el EBAIS o en la consulta post quirúrgica con el enfermero encargado del programa de cirugía oncológica del hospital San Juan de Dios.

- **Vigilar signos de infección**

Vigilar el color de la herida (no debe estar roja) el tamaño (no debe estar inflamada) la zona no puede estar caliente. Evite la presencia de pus o mal olor si presenta cualquier signo debe dirigirse al EBAIS lo más lo más rápido posible para que le brinden tratamiento.

- **Dolor**

Después de la cirugía es posible que presente dolor, por lo cual debe valorar el dolor en una escala de 1 a 10 siendo 10 el dolor máximo, debe tomar los tratamientos indicados por el médico respetando la cantidad y las horas para que pueda disfrutar de una analgesia efectiva. Si el dolor no disminuye puede colocarse compresas frías, tratar de relajarse, escuchar música, distraerse no pensar en el dolor, si a pesar de todas estas recomendaciones el dolor continua o aumenta por favor póngase en contacto con la enfermera del programa de cirugía ambulatoria de oncología.

- **Náuseas y vómitos**

Pueden presentarse al iniciar la alimentación, después del vómito no ingerir nada durante una hora, posterior ingerir alimentos líquidos y alternar con blandos. Si los vómitos continúan son abundantes y frecuentes debe ir al EBAIS más cercano.

Guía para acompañantes

Instrucciones.

- Ingresar junto a su familiar a las 6 de la mañana; de no ser así la persona usuaria no podrá ingresar.
- Sólo se permite un acompañante por persona.
- Si necesita comprobante de asistencia debe solicitarlo al ingreso con la secretaria
- Venir preparado para permanecer entre 4 a 10 horas en el hospital según el caso.
- No abandonar el área hospitalaria mientras su familiar se encuentre hospitalizado.
- Usted es responsable de las pertenencias de la persona usuaria se recomienda traer un bolso grande para que las guardé más cómodamente no debe traer niños.

Recuperación

- Debe tener claro que el área de recuperación es de acceso restringido por lo que debe colaborar con mantener el orden, silencio, respetando las personas que están alrededor post operadas.
- El personal de enfermería le indicará el momento y la forma en que podrá ayudar a la persona una vez operada.
- Informe al personal de enfermería cualquier cambio o situación que considere anormal.
- Se le solicita “paciencia” ya que, si la persona no cumple con adecuada tolerancia oral, caminar prontamente, u orinar espontáneamente no podrá ser egresado.

Requisito de egreso

La persona ambulatoria debe cumplir con:

- Adecuada tolerancia oral, caminar prontamente, orinar espontáneamente.
- El acompañante es el encargado de ayudarlo a realizar estas acciones.
- La alimentación que se brinda es para las personas usuarias no para el acompañante.
- Cuando a la persona le den de alta saldrá acompañado por usted y el asistente de pacientes quien los llevará al servicio de admisión.
- Si desea realizar algún comentario o aclarar duda diríjase al personal de enfermería.

4.8.2.2 Funciones del Enfermero Perioperatorio en el transoperatorio

El profesional de enfermería que trabaja en un quirófano debe conocer a la perfección el medio en el que se desenvuelve, y esto implica un conocimiento exhaustivo, tanto del material como del mobiliario y del equipo médico, así como fundamentos anatómicos, asepsia quirúrgica y los riesgos que implica el simple el hecho de realizarse una cirugía. Las funciones del profesional en enfermería perioperatoria comienzan con el traslado de la persona a la mesa quirúrgica una vez que cumple el proceso de admisión respectivo. Una vez en la mesa quirúrgica todas las actividades se enfocan con el único fin de cubrir las

necesidades de la persona y de procurar su bienestar durante todo el proceso. La persona reconoce a la enfermera que ha realizado la visita preoperatoria y establece con ella una relación usuario-enfermera; lo cual permitirá sentirse más a gusto y seguro.

Dicha etapa implica para el profesional en enfermería perioperatoria realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con eficacia, habilidad, seguridad y eficiencia.

Objetivo

- El proceso transoperatorio tiene como objetivo brindar seguridad a la persona, buscando ofrecerle atención de calidad durante su procedimiento quirúrgico.

Funciones y actividades

- Dentro de las responsabilidades en la función del profesional en enfermería perioperatoria está el preparar el quirófano debidamente, aunque no vaya a ser utilizado de inmediato.
- Debe solicitar conjuntamente con el enfermero circulante, el material, instrumental y equipos que va a requerir para la cirugía.
- Se informa respecto al proceso de ingreso del usuario, confirma que esté preparado el mismo y solicita su traslado a la sala de operaciones con 30 minutos de antelación al inicio del procedimiento quirúrgico.
- Dentro de sus responsabilidades esta revisar el quirófano, lo que incluye equipo eléctrico, la limpieza realizada y los recursos materiales con los que cuenta.
- Constata que el personal de enfermería a su cargo, este presente y preparado a la hora establecida de inicio del procedimiento.
- Dirige, establece y asigna las tareas a su personal y hace conciencia en los mismos, de la importancia de la seguridad, el pudor, confort y apoyo emocional brindada a la persona, además que nunca deberán dejar sola a la persona, en el quirófano.
- Una vez iniciado el procedimiento quirúrgico entrega el instrumental al cirujano en la mano, de acuerdo a la técnica quirúrgica.
- Mantiene la mesa operatoria limpia y ordenada en todo momento.
- Entrega a la circulante muestra biológicas para su respectivo estudio.

- Coloca junto con el circulante el apósito según la herida quirúrgica de la persona.
- Retira las hojas de bisturí de los mangos y los coloca en el riñón de desechos, para descartarlos en el recipiente específico de punzocortantes.
- Cuenta el instrumental previo al traslado al arsenal quirúrgico, para evitar la pérdida de material.
- Descarta a ropa en el soporte específico.
- Realiza cuidado terminal de instrumental fino, y lo entrega al arsenal. Mantiene la técnica aséptica médica y quirúrgica, durante todo el procedimiento quirúrgico, para evitar infecciones cruzadas.
- Es responsable de los cuidados de enfermería que se le brindan a la persona en el quirófano.
- Lleva la cuenta exacta del instrumental, equipos especiales, material como: cuadros de gasa, torundas, plexos, paños abdominales, realiza junto con el circulante el recuento de los mismos antes de iniciar la cirugía, antes del inicio de cerrar y antes del cierre de la piel.
- Notifica inmediatamente al circulante cualquier falta de instrumental, para que lo comunique a la enfermera jefe del arsenal quirúrgico.
- Conoce las fases de la incisión anatómica, en los tiempos operatorios, para así anticiparse según las necesidades de la cirugía.
- Proporciona a los cirujanos los instrumentos limpios, libres de secreciones en todo momento.
- Vela por que se mantenga el orden y disciplina dentro del quirófano.
- Cuando la cirugía se prolonga fuera de la hora límite de su horario, solicita que se avise a la supervisora de SOP general, para que la misma tome las consideraciones del caso y le reciban.
- Ayuda al circulante a reponer el material usado, dejando de esta manera el quirófano listo para ser usado en el momento que se requiera.
- Permanece dentro del quirófano desde el ingreso de la persona, hasta su traslado a recuperación.
- Se asegura que sean brindadas las medidas de confort y seguridad a la persona en su traslado a la camilla y posteriormente a recuperación.

- En casos sépticos, se ajusta a las normas y procedimientos establecidos por la institución.
- Brinda atención a la persona de manera atenta, precisa y sistemática de acuerdo a las técnicas establecidas.
- Supervisa, dirige y enseña al personal a su cargo.
- Cumple con las tareas encomendadas por sus superiores para el óptimo funcionamiento del servicio.
- Al finalizar su jornada laboral, revisa que el quirófano quede limpio, debidamente equipado y ordenado, con los materiales, ropa y soluciones requeridos.
- Será responsable del cuidado y mantenimiento del instrumental especializado que use.

4.8.2.3 Funciones del Enfermero Perioperatorio en el postoperatorio.

El enfermero perioperatorio brinda consulta postoperatoria a la persona posterior a su intervención quirúrgica, con el objetivo de evaluar la preparación preoperatoria y la asistencia intraoperatoria; de esta manera se evalúan las metas alcanzadas y se pone en manifiesto las omisiones y errores en el proceso de enfermería perioperatoria para su posterior modificación o mejora

Objetivo

En esta el enfermero perioperatorio debe valorar al paciente en el proceso postoperatorio para verificar si se presentan o no complicaciones en la persona sometida al acto quirúrgico

Funciones.

- Brindar cuidados posts quirúrgicos a las personas.
- Valorar posibles complicaciones de la cirugía
- Realizar la consulta a las personas post operadas.
- Valoración de heridas quirúrgicas.
- Dar seguimiento a las personas que presentaron complicaciones en el período post quirúrgico.

- Realizar las curaciones a las personas; según requerimientos individuales.
- Efectuar charla sobre prevención de infección en heridas quirúrgicas.
- Brindar atención a las personas que por complicaciones no lograron egresar del centro hospitalario.
- Llevar un control estadístico.

5. Localización física y cobertura especial.

Hospital San Juan de Dios

6. Especificación operacional de las actividades.

Respecto a las especificaciones operacionales de las actividades se realizaron las siguientes gestiones:

- Respecto a la dirección de enfermería y la jefatura del servicio de Oncología Quirúrgica del hospital San Juan de Dios se aplicó un instrumento de diagnóstico al servicio, evidenciando la necesidad de realizar un perfil por competencias.
- Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva.
- Se realizó la confección del perfil para un enfermero perioperatorio.
- Se dio la revisión y aprobación del perfil por competencias para el enfermero perioperatorio mediante la selección de un grupo de profesionales en enfermería perioperatoria, expertos en el bloque quirúrgico.

El perfil fue validado por los profesionales en enfermería perioperatoria correspondientes del bloque quirúrgico.

7. Calendarización del proyecto

Para el cumplimiento del proyecto se realizó la calendarización aquí se muestra cuando se desarrollarán las diferentes etapas de actividades que se implementarán en el 2020.

Tabla 2. Cronograma de Actividades para la elaboración del Programa Perioperatorio

| Actividades | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Diciembre |
|--|------|-------|-------|--------|-----------|
| Presentación del programa a jerarcas de la institución | ✓ | | | | |
| Taller de inducción al personal | | ✓ | ✓ | | |
| Puesta en marcha del programa | | | | ✓ | |
| Evaluación del programa | | | | | ✓ |

8. Presupuesto.

8.1 Determinación de los Recursos Humanos y Materiales

Para realizar un proyecto es necesario contar con recursos que posibiliten que el proyecto se lleve a cabo. Los recursos a prever son los humanos (con quien hacer), materiales y financieros (con que hacer). Entonces para hacer funcionar el programa de enfermería perioperatoria de cirugía oncológica de la consulta externa, del Hospital San Juan de Dios es necesario contar con:

8.2 Recursos materiales técnicos y tecnológicos

Se debe hacer una enumeración lo más detallada posible de los recursos materiales que deberán ser utilizados en las tareas del proyecto, por ello hay que tener presente:

- Material fungible de diversa índole que es necesario para diseñar las actividades.

- Instrumentos (instrumentos y materiales quirúrgicos), materiales de oficina (lapiceros, lápices, calendarios, agendas, grapadoras, papel para impresión, tintas, clips, sellos, escritorios, sillas herramientas.
- Material tecnológico (impresoras, computadoras, aparatos de video, monitores, internet, modem, monitores cardiacos, máquina de anestesia) y las instalaciones necesarias.

8.3 Recurso humano.

Identificar a las personas que participaran para llevar a cabo el proyecto y cada una de sus actividades. Definir y distribuir las distintas funciones y tareas. Identificar las distintas actividades y los funcionarios responsables de su realización, así como la capacitación de las personas, la experiencia y el tiempo que podrán dedicar al proyecto. En razón de lo anterior, se debe contar con un equipo multidisciplinario para la atención directa y apoyo; constituido por médicos anesthesiólogos, cirujano oncólogo, supervisora de área quirúrgica de enfermería, enfermero perioperatorio, auxiliares de enfermería, auxiliares de quirófano asistentes de pacientes, personal de apoyo (farmacia, laboratorio, rayos x, nutrición, misceláneos, centro de equipos y otros)

8.4 Recursos financieros.

Tener previsto los gastos de desarrollo. Elaborar un presupuesto realista que cubra los gastos materiales de infraestructura, materiales, equipo, personal humano. La financiación permite enunciar como serán previstos los gastos y cual departamento se va a encargar de financiar dicho proyecto. Se tiene previsto que sala de operaciones se haga cargo del presupuesto respecto a recurso humano y equipo. Mientras que el departamento de cirugía oncológica se hará cargo del presupuesto para compra de insumos e infraestructura para la puesta en práctica de este proyecto.

A continuación, se enumeran los recursos necesarios para el proyecto con los que cuenta el hospital San Juan de Dios.

Tabla. 3 Registro de materiales requeridos en el programa

| Tipo de recurso | Recurso | Factible | No Factible |
|------------------------|--|-----------------|--------------------|
| Humano | Enfermera perioperatoria | ✓ | |
| | Personal de enfermería SOP. | | |
| | Personal de apoyo. | | |
| Material | Instrumentos y materiales quirúrgicos. | ✓ | |
| | Materiales de oficina | | |
| Tecnológico | Equipo de oficina | ✓ | |
| | Internet. | | |
| | Inmobiliario de SOP | | |
| Financiero | Horas laborales | ✓ | |
| | Adquisición de insumos y materiales | | |

9. Administración del proyecto

La administración del proyecto estará a cargo del enfermero perioperatorio en coordinación con la jefatura del servicio.

10. Indicadores de evaluación

En el momento que este proyecto se ha implementado será evaluada la contribución que hace el profesional de enfermería perioperatorio a continuación se presenta el instrumento de evaluación.

Tabla 4. Instrumento de evaluación para el Programa Perioperatorio

Indicaciones

Este cuestionario fue preparado con el propósito de evaluar el programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de consulta externa del hospital San Juan de Dios.

La información que usted nos brinda nos permitirá evaluar la calidad y funcionabilidad del programa.

Instrumento para medir la satisfacción de la persona usuaria en sala de operaciones

Introducción

El presente instrumento debe ser llenado por el profesional de enfermería perioperatoria que efectúa la consulta postoperatoria; previo a realizar la entrevista se debe asegurar que el usuario este consciente y orientado.

Este instrumento contiene el siguiente cuestionario; el cual tiene como objetivo evaluar el nivel de satisfacción de la atención ofrecida por el personal de enfermería en el programa perioperatorio de cirugía oncológica.

Esta información es estrictamente confidencial siendo de mucha importancia para mejorar la calidad de atención.

Instrucciones

Favor anotar únicamente la información solicitada en el instrumento.
Marque con una (X) la respuesta que corresponda.

1. Información general.

Nombre: _____ Cédula: _____

Fecha: _____ Servicio: _____ Edad: _____

Sexo: F ____ M ____ Diagnóstico Médico: _____

Credo: _____ Estado Civil: _____

2. Marque con una (X) el horario que ingresó el paciente a sala de operaciones.

| | |
|----------------------|--|
| I TURNO 6 am a 2 pm | |
| II TURNO 2pm a 10 pm | |

3. Marque con una (X) Cuando ingresó a sala de operaciones fue recibido por:

| | |
|-------------------------|--|
| Enfermera: | |
| Auxiliar de enfermería | |
| Asistente de pacientes: | |
| No recuerda | |

4. Estando en preanestesia al solicitar el bidé, el orinal (cacho), sábanas u otros, ¿el personal le proporcionó lo que necesitaba?

SI _____ NO _____

5. ¿El ambiente físico de sala de operaciones le produjo agrado?

SI _____ NO _____

Explique por qué:

6. Durante su permanencia en sala de operaciones el personal de enfermería:

| | SI | NO |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| Lo llamo por su nombre | _____ | _____ |
| Lo trato con respeto | _____ | _____ |
| Le brindo privacidad | _____ | _____ |
| Atendió su pregunta | _____ | _____ |
| Lo acompaño en todo momento | _____ | _____ |

7. Marque con una (X) debajo del número según corresponda, la atención de enfermería brindada durante su estancia en Sala de Operaciones, tomando en cuenta el número 10 es la calificación más alta.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | | | | | | | | | |

8. Anote las sugerencias, que la persona usuaria entrevistada le externó, enfocadas a mejorar la atención de enfermería en el programa de cirugía oncológica.

9. Nombre del profesional de enfermería que realiza la entrevista:

Firma: _____ No. de licencia: _____

Fuente: Manual Institucional de Normas de Atención Perioperatoria (2008) CCSS.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

Consideraciones Finales

La modalidad de cirugía ambulatoria, con el pasar de los años ha tenido mucho éxito a nivel mundial, ya que la persona que se someterá a un procedimiento quirúrgico de menor e intermedia complejidad, independientemente del tipo de anestesia egresa el mismo día de la cirugía, evitando el internamiento, y por consiguiente el aumento de las listas de espera según la especialidad.

Este programa de enfermería perioperatoria al estar basado en un perfil por competencias del profesional de enfermería ofrecerá a:

Profesional de enfermería perioperatoria:

Empoderarse del ejercicio de su profesión, llevando a cabo las actividades propuestas en el saber: hacer, ser y conocer; logrando de esta manera fortalecer su identidad como enfermero perioperatorio y coordinador del programa.

El personal de sala de operaciones:

La dirección del programa por parte de un enfermero perioperatorio, aplicando las normas perioperatorias institucionales, permitirá al personal sentirse apoyado y respaldado en sus funciones diarias, realizándolas de manera estructurada y previamente establecidas, dando como resultado; personal de enfermería más seguro y capacitado. Garantizando atención de calidad tanto a la persona como a la institución

La persona usuaria:

Según se evidencia, la persona es beneficiada al formar parte del programa de cirugía ambulatoria ya que no está expuesta al internamiento, podrá percibir todas las ventajas de la cirugía ambulatoria como lo es: pronta recuperación, disminución de la ansiedad del internamiento, mínima alteración del modo de vida, estar al cuidado de su familia en su hogar existe menos riesgo de infecciones cruzadas, con la educación recibida por el enfermero perioperatorio para su autocuidado y pronta recuperación, disminuyendo el

riesgo de complicaciones postquirúrgicas tales como infección del sitio quirúrgico y dehiscencia de herida quirúrgica.

Por otra parte, recibirá seguimiento postquirúrgico, a cargo del enfermero perioperatorio encargado.

Institución:

La institución debe garantizar la prestación de servicios de calidad a la persona y familia, dicho programa ofrece muchos beneficios para la institución:

- a) Disminución de listas de espera por internamientos, al brindar educación preoperatoria a la persona y familia se dará la disminución en la suspensión de cirugías.
- b) Aumento en el rendimiento de la producción de los quirófanos, canalizando las cirugías de baja y mediana complejidad al programa de cirugía oncológica de la consulta externa, logrando minimizar considerablemente los gastos del hospital.

Motivo por el cual se le brindan al servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios.

- Se debe oficializar el presente protocolo de enfermería perioperatoria y el perfil por competencias propuesto. Es indispensable que exista un enfermero perioperatorio encargado de dicho proyecto.
- Es necesario que se brinde al personal de enfermería de SOP educación continua todos los temas relacionados al proceso perioperatorio.
- Realizar capacitaciones, talleres sobre atención de calidad y calidez a la persona y familia, logrando la motivación y compromiso de los colaboradores del programa

Posgrado de Enfermería Quirúrgica:

Una vez finalizada este proyecto, se concluye que dentro de la formación académica es necesario ahondar en aspectos técnicos y prácticos de la cirugía ambulatoria.

Referencias bibliográficas citadas

1. Pinto Afanador Natividad, visión de cambio,1972.
2. María Amparo García, enfermería de quirófano, editorial DAE, 2012.
3. Manual institucional de Normas de atención perioperatorio, CCSS 2008.
4. Rotherock,Jane. Enfermería Perioperatoria más allá del quirófano, Nursing vol 12, nov 1994.
5. Detmer D.E., Buchanan D.J. Ambulatory surgery. Clínicas of North America 1982; 62: 685-705.
6. Chilson J.J., The rational method of treating cataract patients to the exclusion of compresses bandages and dark rooms. American. Journal of Ophthalmology. 1886; 3:135- 140.
7. Nicoll J.H., The surgery of infancy. British Medical Journal. 1909; 2:823.
8. Colomer J., Unidad de cirugía sin ingreso: nuevas perspectivas de la cirugía ambulatoria. Acta Chirurgica Cataloniae. 1.992, 13:37-41.
9. Reis E., Journal of the American Medical Association. 1899; 33:454.
10. Anestesiología Mexicana en Internet. [http:// www.anestesia.com Mx / artículo laparost.html](http://www.anestesia.com/Mx/articulo_laparost.html). 5-09-2007.
11. Dailey F. W., cataract operations performed on patients in their own beds. J. Iowa. Medicine Society. 1928; 18: 8-10.
12. Herzfeld G., Hernia in infancy. American Journal of Surgery. 1938; 39:422-428.
13. Christy N.E., Effect of early ambulation on the incidence of postoperative complications of cataract surgery. American Journal of Ophthalmology. 1960; 49:293- 297.

14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
15. Bricknell M.C., Experience of day-case end surgery in a military hospital J.R. Army Medical Corps. 1994; feb. 140 (1) 18-21.
16. Edwards N., The implications of day surgery for in-patient hospital wards. Nurs Times. 1996. sep 11-17. 92 (37): 32-4.
17. Sabiano M.S. Evaluation of costs in surgery of inguinal hernia. Day surgery and one day surgery versus ordinary admission. Annali Italiani di Chirurgia sep-oct, 1966 :615-9.
18. Way J. C., Establishment and cost analysis of an office surgical suite. Journal Surgery 1996; oct 39 (5): 379-83.185
19. Rodríguez Armijo. Cirugía Bucal Ambulatoria. Archivos de odontoestomatología, 1998; vól. 14,
20. C. Sánchez-Cabezudo. Diseño y estructuras de las unidades de CMA. Cirugía Mayor Ambulatoria 1998. Vol. 3 (3): 195-198.
21. . American Collage of Surgenos. Statement on ambulatory surgery. 1981;
22. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. Cirugía Española 2001; 69:337-9.
23. Postuma R., Day-Care Surgery: a 30-year hospital experience. Journal of Pediatric Surgery, 1987; 22: 304-307.
24. De Diego, E. Boletín de la sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. 2001; 41: 83-90.

25. Otte DI. Patients perspectives end experiences of dacases. *Jadu Nurs* 1996; jun. 23(6): 1228-37.
26. White P. F., Díez Rodríguez Labajo A. Ambulatory anaesthesia and surgery: past, present and future. *Maphe Medicien* 1996; 17: 1-13.
27. 76. Temes J.L., *Gestión Hospitalaria*. McGram-Hill. Cuarta edición. 2007; 24: 433-438.
28. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. NIPO: 351-08-088-0. 2008.
29. Marín Morales J. Cirugía mayor ambulatoria: una transformación necesaria *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 3: 237. 1996
30. Rojas Alpizar Nora Elena. Desarrollo de la enfermería quirúrgica en las instituciones públicas y privadas de Costa Rica periodo 1971- 2000, San José. Costa Rica (2005); 134.
31. Arias, J (2001) *Generalidades Medico Quirúrgicas*. Editorial Tebar. Pp11- 15 Madrid.
32. Basozabal, B. Y Duran, M (2003). *Manual de Enfermería Quirúrgica*. España.
33. Phillips, N. (2005) *Berry y Khon: Técnicas de Quirófano*. España, Madrid.
34. Wesley, R. (1997) *Teorías y Modelos de Enfermería*. México, México, D.F. McGraw-Hill.
35. Hamlin, L. Richardson, M, y Davies, M. (2010). *Enfermería peri-operatoria: texto introductorio*. México: Editorial El Mundo Moderno

36. Nava, J.(Julio – setiembre, 2013). Tratamiento de la náusea y vomito postoperatorio en cirugía ambulatoria. Revista Mexicana de Anestesiología. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdf/rma/cma-2013/cmas132i.pdf>
37. Nazar J, Zamora, M, y González, A. (2015) Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Revista Chilena de Cirugía, 67(2), 207-213. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v67n2/art17.pdf>
38. Aguirre, E (2009). Formulación de Proyectos en el Área Educativa, Social y Cultural. San José, Costa Rica: publicaciones El Atabal, S:A.
39. Badilla J, Parrales M,(2016) Programa de entrenamiento en instrumentación de cirugía laparoscópica, dirigido a enfermeros y enfermeras instrumentistas de los hospitales nacionales,, durante el segundo semestre 2015. Trabajo final de graduación para optar por el grado de maestría profesional en enfermería quirúrgica. San José, Costa Rica.
40. Severin, E(2010). Manual para la evaluación de proyectos de inclusión de TIC en educación. Banco interamericano de desarrollo. División de educación (SCL/EDU). Notas Técnicas N°6. Recuperado de <http://idbocs.iabd.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35128349>
41. Rosales, R (1999). Formulación y evaluación de proyectos. Instituto centroamericano de Administración Pública (ICAP). San José, Costa Rica.
42. Laura Díaz-Bravo, Uri Torruco-García, Mildred Martínez-Hernández, Margarita Varela-Ruiz (2013). Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200750572013000300009&script=sci_arttext.

43. Fuller, J. R. (2012). Instrumentación quirúrgica: Principios y Práctica. Buenos Aires: Medica Panamericana
44. Hamlin, L, Richardson, M, y Davies, M. (2010). Enfermería peri-operatoria: texto introductorio. México: Editorial El Manuel Moderno.
45. Departamento de Registros Médicos y Estadística (2019).
46. Ministerio de Salud análisis de la situación de salud 2018, memoria institucional (2019).

Referencias bibliográficas consultadas

- Boeree, G. (2006). Personality Theories Psychology Department Shippensburg University. Documento en línea recuperado 12 abril de 2011 de <http://www.ship.edu/%7Ecgboree/perscontents.html>
- Chapman A. (2007). Maslow's Hierarchy of Needs. Documento en línea recuperado el 15 abril de 2011: www.businessballs.com/maslow.htm
- Colvin, M. & Rutland, F. (2008). Is Maslow's Hierarchy of Needs a Valid Model of Motivation. Louisiana Tech University. Documento en línea recuperado 15 abril de 2011 de <http://www.business.latech.edu>
- Feist, J. & Feist, G. (2006) Theories of Personality (sexta edición). New York: McGraw Hill.
- Heylighen, F. (1992). A Cognitive-Systemic Reconstruction of Maslow's Theory of Self-Actualization. Behavioral Science, Vol. 37, 39-56.
- Koltko M. (2006). Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. Review of General Psychology by the American Psychological Association Vol. 10, No. 4, 302–317.
- Reid-Cunningham A. (2008). Maslow's Theory of Motivation and Hierarchy of Human Needs: A Critical Analysis. PhD Qualifying Examination School of Social Welfare University of California, Berkeley.
- Simons, J., Irwin, D. & Drinnien, B. (1987). Maslow's Hierarchy of Needs from Psychology - The Search for Understanding. New York: West Publishing Company

ANEXOS

Anexo #1

Entrevista semiestructurada

Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Postgrados

Programa de Ciencias de la Enfermería

Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica

Entrevista Semiestructurada

Les solicito su colaboración para la respuesta del siguiente cuestionario, las cuales han sido creadas con fines estrictamente educativos, dicho cuestionario es de carácter confidencial. No debe colocar su nombre ni otro dato personal.

1. ¿Desde la disciplina enfermera, considera usted que sería de utilidad para el hospital San Juan de Dios, la creación de un programa de enfermería perioperatoria en el área de cirugía oncológica de la consulta externa?
2. ¿Además de la posible utilidad, cree usted que tendría beneficio para la persona usuaria y familia un programa de enfermería perioperatoria en el área de oncología quirúrgica de la consulta externa del hospital San Juan de Dios?
3. ¿Cuál cree que debe ser la formación del profesional en enfermería que se desempeña en el programa de enfermería perioperatoria de cirugía ambulatoria?

4. ¿Respecto al equipo de trabajo, cuál cree usted como profesional debe ser el idóneo para habilitar el programa de cirugía ambulatoria en el área de oncología quirúrgica?
5. ¿Respecto a la infraestructura cuales deben de ser los requisitos de funcionamiento?
6. ¿Cuáles son las características, desde el ser, el hacer y el saber, con las que el profesional de enfermería perioperatoria del programa debería contar?
7. Recomendaciones.

Anexo. 2 Material didáctico hacia la persona usuaria y acompañante

1. Guía para el Acompañante

| Instrucciones | Recuperación | Requisito de egreso |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Ingresar junto a su familiar a las 6 de la mañana; de no ser así la persona usuaria no podrá ingresar. ● Sólo se permite un acompañante por persona. ● Si necesita comprobante de asistencia debe solicitarlo al ingreso con la secretaria ● Venir preparado para permanecer entre 4 a 10 horas en el hospital según el caso. ● No abandonar el área hospitalaria mientras su familiar se encuentre hospitalizado. <ul style="list-style-type: none"> ● Usted es responsable de las pertenencias de la persona usuaria se recomienda traer un bolso grande para que las guardé más cómodamente no debe traer niños. | <ul style="list-style-type: none"> ● Debe tener claro que el área de recuperación es de acceso restringido por lo que debe colaborar con mantener el orden, silencio, respetando las personas que están alrededor post operadas. ● El personal de enfermería le indicará el momento y la forma en que podrá ayudar a la persona una vez operada. ● Informe al personal de enfermería cualquier cambio o situación que considere anormal. ● Se le solicita “paciencia” ya que, si la persona no cumple con adecuada tolerancia oral, caminar prontamente, u orinar espontáneamente no podrá ser egresado. | <p>La persona ambulatoria debe cumplir con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Adecuada tolerancia oral, caminar prontamente, orinar espontáneamente. ● El acompañante es el encargado de ayudarlo a realizar estas acciones. ● La alimentación que se brinda es para las personas usuarias no para el acompañante. ● Cuando a la persona le den de alta saldrá acompañado por usted y el asistente de pacientes quien los llevara al servicio de admisión. ● Si desea realizar algún comentario o aclarar duda diríjase al personal de enfermería. |

2. Guía para la persona usuaria antes de la cirugía

| | | |
|---|--|---|
| <p>¡Bienvenido al programa de cirugía ambulatoria de oncología!</p> <p>Usted ha sido clasificado por su médico tratante para que se le realice la cirugía que necesita, bajo en la modalidad de cirugía ambulatoria la misma tiene una duración de aproximadamente entre 30 y 90 minutos; cuando no existen complicaciones asociadas no se requiere de hospitalización, sólo se necesita un tiempo de observación corta por lo que, por lo general regresara al hogar el mismo día de la cirugía.</p> <p>Requisitos que debe cumplir antes de la cirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Realizarse exámenes preoperatorios. ● Asistir a la valoración preoperatoria complementarias | <ul style="list-style-type: none"> ● Debe venir acompañado por un mayor de edad. ● Si toma aspirina la debe suspender 7 días antes de la cirugía. ● Evitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco. <p>Día de la cirugía</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presentarse con la secretaria del programa de cirugía oncológica de la consulta externa a las 6 a.m. con su acompañante. ● Los menores de edad deben estar acompañados por su encargado. ● Debe traer su documento de identificación vigente. ● Sí sufre de presión alta debe tomar su tratamiento a las 5 de la mañana con dos sorbos de agua. | <p>Cómo ingresar al quirófano</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Con bata gorro y bata de tela color verde. (debe retirarse ropa interior) ● Sus pertenencias deben ser custodiadas por la persona acompañante. ● Si utiliza prótesis dentales removibles audífonos o lentes de contactos deben ser retirados. <p>Se recomienda traer ropa floja y cómoda, no traer joyas, ni artículos de valor; además si necesita incapacidad debe informarlo a la enfermera a su ingreso a sala de operaciones.</p> |
|---|--|---|

3. Guía para el autocuidado después de la cirugía la persona usuaria.

| | | |
|--|---|---|
| <p>Para que su recuperación sea sin complicaciones por favor siga las siguientes recomendaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Retiro del apósito El retiro de las gasas colocadas sobre la herida en el hospital se hará al día siguiente antes de bañarse en la mañana. ● Baño diario Mantener una buena higiene corporal mantenerse en su hogar con ropa floja y descubierta. ● Cuidado de la herida Lavarse las manos antes y después. Coloque sobre la herida jabón antibacterial con movimientos circulares, enjuagar bien el área con abundante agua y secar la zona con un material limpió. La herida siempre debe estar al aire libre seco en todo momento. No aplicar ninguna crema o medicamento sobre la herida sólo por indicación médica. | <ul style="list-style-type: none"> ● Deambulacion temprana Mejorar la circulación favorece la cicatrización previene la aparición de trombos o coágulos elimina la debilidad muscular. No hacer actividades que generen esfuerzo no manejar bicicleta moto no andar a caballo no jugar fútbol no ejercitarse no ir a playas y piscinas. ● Retiro de suturas Pr favor siga las indicaciones de enfermería al cumplir con la cantidad de días en el EBAIS o en la consulta post quirúrgica con el enfermero encargado del programa de cirugía oncológica del hospital San Juan de Dios. ● Vigilar signos de infección Vigilar el color de la herida (no debe estar roja) el tamaño (no debe estar inflamada) la zona no puede estar caliente. Evite la presencia de pus o mal olor si presenta cualquier signo debe dirigirse al EBAIS lo más rápido posible para que le brinden tratamiento. | <ul style="list-style-type: none"> ● Dolor Valorar el dolor en una escala de 1 a 10 siendo 10 el dolor máximo, debe tomar los tratamientos indicados por el médico respetando la cantidad y las horas para que pueda disfrutar de una analgesia efectiva. Si el dolor no disminuye puede colocarse compresas frías, tratar de relajarse, escuchar música, distraerse no pensar en el dolor, si a pesar de todas estas recomendaciones si el dolor continua ó aumenta por favor póngase en contacto con la enfermera del programa de cirugía ambulatoria de oncología. ● Náuseas y vómitos Pueden presentarse al iniciar la alimentación, después del vómito no ingerir nada durante una hora, posterior ingerir alimentos líquidos y alternar con blandos. Si los vómitos continúan son abundantes y frecuentes debe ir al EBAIS más cercano. |
|--|---|---|