

Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria*

Nursing care interactions with patient in perioperative period

Ángela María Salazar Maya

Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

RESUMEN

El cuidado de enfermería se fundamenta en las interacciones que establecen el paciente y el equipo de enfermería en diferentes escenarios; en este caso, en el "período perioperatorio". **Objetivo:** describir las estrategias de acción/interacción entre el equipo de enfermería _ paciente, emergidas durante la investigación "Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado". **Metodología:** con herramientas de la teoría fundamentada se realizaron 47 entrevistas a 20 pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente y a 27 integrantes del equipo de enfermería y una observación participante y no participante durante 7 meses, en dos hospitales de segundo nivel de atención en Medellín, Colombia.

Resultados: las estrategias de acción e interacción que emergieron del esquema teórico fueron: *Cumpliendo los rituales de enfermería* relacionados con los procesos y procedimientos técnicos en el perioperatorio y *Haciendo-me sentir como en casa:* la tranquilidad, la confianza y la seguridad fueron objetivos permanentes del equipo de enfermería durante las interacciones con el paciente desde de la dimensión subjetiva del cuidado. **Conclusiones:** a través de la interacción los sentimientos cumplen una función particular e individual. Se precisan en el equipo de enfermería atributos como la sensibilidad humana, que busca respetar al otro como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad, y que junto con la charla y el humor buscan el bienestar y tranquilidad del paciente para hacerlo sentir como en casa.

Palabras clave: interacciones en el cuidado de enfermería, cuidado perioperatorio, equipo de enfermería-paciente

ABSTRACT

Nursing care is based on interactions that establish patient and nursing staff in different settings, in this case is "perioperative period". **Objective:** To describe action / interaction strategies between the nursing staff - patient that emerged in the investigation "Living with ambivalence care interactions" **Methodology:** Using tools from grounded theory were conducted 47 interviews with patients and nursing

staff and observation was made for 7 months. **Results:** Strategies of action and interaction that emerged from theoretical framework were: Fulfilling nursing rituals related to technical processes and perioperative nursing procedures an make them feel at home: tranquility, confidence and security are permanent objectives of nursing team during interactions with patient through subjective dimension of care. **Conclusion:** Through nursing rituals nursing staff _patient interactions living with the patient during perioperative period, feelings play a particular role and individual. There must be attributes in nursing team, as human sensibility that seeks to respect "the Other as a human being" who has feelings and sensitivity, and that along with talk and humor seek welfare and patient tranquility.

Key words: nursing care interactions, perioperative care, patient - nursing team.

INTRODUCCIÓN

El concepto de cuidado denota fenómenos complejos y multidimensionales que incluye elementos científico-técnicos orientados a la dimensión biológica de enfermar y otros humanísticos relativos a la esfera psicosocial y espirituales de la enfermedad.

En Colombia, el capítulo II, artículo 3 de la ley 0911 de 2004, define el acto de cuidado de enfermería como: "el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas (...) se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno (...) e implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas".¹

El cuidado de enfermería se fundamenta en las interacciones que establecen el paciente y el equipo de enfermería en diferentes escenarios. El interés de este estudio fue el cuidado quirúrgico, denominado por la literatura como "período perioperatorio" y definido como un proceso temporal que el paciente experimenta durante las fases preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria² dentro del centro quirúrgico.

La mayoría de investigaciones realizadas en el perioperatorio son estudios cuantitativos que validan aspectos de las prácticas biomédicas relacionadas con la alimentación, higiene, actividad, descanso, medicación, control de ventilación, y signos vitales; otras, exploran el cuidado pre y postoperatorio y documentan la ansiedad, el estrés, la recuperación y el alivio del dolor de los pacientes.^{3,4,5,6,7} En el transoperatorio, los estudios se concentran en indicadores físicos, y actividades quirúrgicas y anestésicas que muestran el cuidado de enfermería estereotipado, orientado a la esfera técnico-científica, pero no a la esfera psicosocial y espiritual, lejos del resto del cuidado de enfermería.^{8,9} Por otro lado, señalan un paciente que

no puede evidenciar el cuidado por los efectos de la anestesia y la sedación,¹⁰ o que le impiden juzgarlo con objetividad al pasar rápidamente por las unidades quirúrgicas.³

Surge entonces la pregunta de investigación ¿Cuál es el significado que le otorga el equipo de enfermería-paciente a las interacciones de cuidado en el periodo perioperatorio? y como *objetivo* para el presente artículo: describir las estrategias de acción/interacción entre el equipo de enfermería _ paciente, emergidas durante la investigación "Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado".

MÉTODOS

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

Se seleccionaron 10 mujeres y 10 hombres (7 de ellos, intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general, 11 bajo anestesia raquídea y 2 bajo anestesia local), teniendo en cuenta los siguientes criterios para su inclusión: personas mayores de 18 años, que su intervención quirúrgica haya sido electiva y que su recuperación se haya hecho en una unidad postquirúrgica. Además, que no tuvieran antecedentes de trastornos mentales o neurológicos que comprometieran la comunicación, y que voluntariamente aceptaran participar en el estudio.

Los participantes por parte del equipo de enfermería fueron 12 auxiliares, siete técnicas de enfermería, seis enfermeras, una enfermera especialista y una enfermera magister, los cuales se seleccionaron de acuerdo con los siguientes criterios: llevar más de un año de vinculación y con experiencia en quirófanos en instituciones de segundo nivel de atención en municipios del Valle del Aburrá, Antioquia, Colombia, y que luego de una invitación por parte de la investigadora, manifestaran interés por participar en el estudio.

La recolección de los datos se hizo mediante entrevista y observación. Las preguntas de las entrevistas hechas a los pacientes indagaron sobre la experiencia de cuidado de enfermería durante el periodo perioperatorio en el servicio de cirugía, mientras que las preguntas al equipo de enfermería hicieron hincapié en las interacciones de cuidado con el paciente durante el proceso quirúrgico. El objetivo de las entrevistas fue adquirir información de los participantes en sus propias palabras, y lograr descripciones y detalles de las situaciones basadas en la propia experiencia que permitieran comprender su punto de vista del fenómeno.^{11,12} Cada entrevista se grabó y tuvo una duración entre 20 minutos y 2 horas. El número de entrevistas fue definido por el criterio de saturación teórica.¹³ También, se hizo observación participante y no participante durante de 7 meses, con el fin de profundizar e incrementar la familiaridad y el conocimiento de la situación,¹⁴ incursionar en el campo y conocer los participantes que podían colaborar en el estudio, aclarar aspectos específicos de la entrevista y observar las interacciones de cuidado en el periodo perioperatorio. Para su ejecución se tuvieron en cuenta la descripción de los espacios, los actores, los objetos, los eventos, sentimientos y emociones expresadas y observadas en los actores; se escucharon hechos y datos y se hicieron observaciones enfocadas y selectivas de la interacción equipo de enfermería _ paciente, el tipo de interacción, los comportamientos en la interacción, la comunicación verbal y no verbal, el interés en la interacción y el tiempo.

Análisis de los datos: se realizó manualmente con la ayuda de un computador siguiendo los referentes teóricos de la teoría fundamentada. Se hizo lectura cuidadosa de las entrevistas y el diario de campo y simultáneamente se hizo codificación abierta, axial y selectiva.

En la codificación abierta se realizó la transcripción exacta de las entrevistas y la codificación línea por línea de la información descrita, se examinaron minuciosamente, se compararon en busca de diferencias y similitudes.¹⁵ Por último, se utilizaron códigos en vivo y sustantivos que dieron origen a categorías.

En la codificación axial, se relacionaron las categorías con sus subcategorías para formar explicaciones precisas y completas sobre los fenómenos. La codificación ocurrió alrededor del eje de una categoría, se enlazaron las categorías de acuerdo con sus propiedades y dimensiones¹⁵ y la forma cómo se entrecruzaban y vinculaban. Cada categoría representó un fenómeno, un problema, un asunto, un acontecimiento o un suceso significativo para los participantes.¹⁵

Y en la codificación selectiva, una vez categorizada y codificada la información, se dio paso a la recomposición parcial de los datos y se seleccionaron las categorías que emergieron y las que fueron consideradas más relevantes en tanto dieron respuesta a la pregunta del estudio.¹⁵ Las categorías emergentes se validaron con los datos. Esta codificación fue más selectiva hasta que se construyó el fenómeno de estudio.

Consideraciones éticas: se respetaron la dignidad, la protección de los derechos, la confidencialidad y el anonimato de los participantes.¹⁶ A cada participante se le asignó un seudónimo y se le pidió el consentimiento informado por escrito previa explicación de los objetivos y la metodología del estudio. También se le pidió a cada participante su autorización para grabar la entrevista y divulgar la información. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y el Comité de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, y los comités científicos de las instituciones hospitalarias.

Criterios de rigor: para asegurar el rigor a través del estudio se hizo seguimiento de los principios de la investigación cualitativa, se mantuvo una profunda familiarización con los datos, se contrastaron las categorías del esquema teórico con los significados dados por los participantes utilizando sus palabras, articulando los puntos de vista emic y etic, por medio de memos sobre comentarios posteriores a la entrevista y llevando un diario personal. Por último, se confrontaron los hallazgos con la literatura¹⁷ y se vigiló la coherencia metodológica, el muestreo teórico, la saturación y la postura analítica activa.¹⁴ Todo esto, no solo para asegurar el rigor del estudio, sino también para mantener la dirección del análisis.

DESARROLLO

Las categorías que componen las estrategias de acción/interacción que emergieron en el estudio fueron: ***Cumpliendo los rituales de enfermería y Haciendo-me sentir como en casa.***

Cumpliendo los rituales de enfermería: Uno de los significados de ritual, dado por el diccionario Thesaurus, es el de "un acto formal, institución o procedimiento que se sigue constantemente".¹⁸ Según la literatura actual,¹⁹⁻²¹ los rituales abundan en los centros quirúrgicos, y aunque el concepto de ritual se usa en el área de la

salud de manera negativa, en el sentido antropológico, como lo acota Wall LL,²⁰ se entiende como un comportamiento que trasmite significados que ayuda a mantener y mejorar la calidad del servicio prestado.

En las instituciones donde se hizo el estudio los rituales se inician desde el ingreso del paciente, con algunas variaciones según el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar, así lo manifestó una de las participantes :

(...) como acá se trabajan muchas especialidades, hay protocolos según la especialidad de la cirugía que tengamos (...) La primera tarea, una vez ingresa el paciente, es el interrogatorio que se hace al paciente con el objetivo de conocer su preparación para el procedimiento quirúrgico. Se indaga sobre el ayuno, exámenes prequirúrgicos necesarios, acompañante, pruebas de sensibilidad, premedicación, antecedentes personales, quirúrgicos, consumo de tabaco, licor y medicamentos, entre otros, Elvira, Auxiliar de Enfermería.

En esta investigación, como en otras²², los diferentes procesos y procedimientos técnicos que se realizan en los centros quirúrgicos se consideran rituales, en tanto se consideran un modelo de acción simbólica del equipo de enfermería y revelan valores de tratamiento, orden, limpieza y precaución.²¹ Según, Zisberg, Young, Kschepp, y Zysberg,²³ el concepto de ritual y sus atributos son patrones de comportamiento, en la mayoría de los casos observables, que organizan, sincronizan la duración y el orden de las actividades, coordinan varias actividades en el tiempo, espacio e interacciones personales. Son repetitivas en el tiempo, días y semanas, ocurren en un contexto con características físicas y sociales que involucran la automatización de actividades que sirven como recurso en el nivel cognitivo y físico; se pueden aplicar al individuo, grupo social o comunitario y pueden comprometer el mundo individual, estilo de vida y aun la identidad.

Las enfermeras entienden esta visión como un respaldo para sus prácticas de cuidado, al punto que en cirugía le dan énfasis a los antecedentes del paciente, la preparación preoperatoria, la asepsia de la piel y la posición en la mesa de cirugía, y en el posoperatorio a la curación de la herida quirúrgica, la deambulación precoz y los movimientos activos, como se aprecia en este relato:

(...) los contactos que yo tuve con la enfermera en el preoperatorio fueron para tomar datos, que parece ser, son necesarios, quién soy yo, de qué enfermedades sufro, qué drogas tomo y qué me han hecho antes (...) Matías, paciente.

Procedimientos que ya fueron estudiados y mostraron su eficacia para el éxito de la cirugía y la recuperación fisiológica del organismo.²⁴

En cirugía todos estos rituales son importantes, es sólo a través de una atención rigurosa al detalle y a la comunicación efectiva como se mantiene la seguridad durante un período extremadamente vulnerable para el paciente,^{25,26} pues, cirugía es una unidad cerrada, de riesgo y repleta de normas. Su complejidad, justificada por los muchos procedimientos quirúrgicos y anestésicos que allí se realizan, también se debe al estrés que genera, razón por la que el equipo de enfermería requiere, además del conocimiento científico, responsabilidad y habilidad técnica, estabilidad emocional y excelentes relaciones humanas.²⁶

Con ello se busca que el paciente esté en las mejores condiciones y seguro de que no se le causará ningún daño. El ritual de preparación para el acto quirúrgico, observado en nuestro estudio, consistió, entre otros, en identificar al paciente con una manilla o cinta, pesarlo, valorar sus signos vitales, canalizarle una vena, hacerle la prueba de sensibilidad para antibióticos profilácticos si lo requiere, y

revisar la hoja de preanestesia para verificar si le han ordenado algún medicamento especial. Al respecto, una de las participantes comentó:

(...) se mira la hoja de anestesia, se revisa qué medicamentos hay que darle como premedicación, luego se le canaliza vena, casi siempre con jelco 18, se le monta líquido endovenoso; como protocolo se le hace prueba de cefazolina, se les coloca el gorro, se revisa bien la papelería, se dan los derechos y deberes al paciente, que los lea y ya; si hay algo en especial que sea anormal, que sea hipertenso, que no tenga todo en orden, se le avisa a la jefa, o al anestesiólogo. Daniela, Auxiliar de Enfermería.

Otras de las rutinas fueron rasurar, marcar el área operatoria y desinfectar la piel, además, cerciorarse de que el paciente haya sido evaluado por el anestesiólogo y el cirujano; si no, le avisan a la jefa o a los médicos y realizan los procedimientos que el paciente amerite.

En la interacción verbal se verificó la preparación del paciente en cuanto al ayuno, el retiro de accesorios, objetos metálicos, prótesis dentales, entre otras. Estas interacciones tienen como meta última asegurar la adecuada preparación del paciente para un procedimiento que conlleva riesgos.

En cuanto al transoperatorio, los rituales de la enfermera estuvieron encaminados a la verificación de los exámenes de laboratorio, relatarle al paciente que es allí donde le realizarán el procedimiento quirúrgico, trasladarlo a la mesa de cirugía, monitorizarle sus signos vitales y valorar su estado.

Cuando el paciente era intervenido con anestesia conductiva y se mantenía consciente, se le iba explicando cada paso como la preparación de la piel, la posición requerida para el acto anestésico o quirúrgico. Así mismo, se le informaba el inicio del proceso anestésico y cómo saldría luego del mismo, como se evidencia en este relato de una de las participantes:

En el quirófano uno le va explicando al usuario determinados procedimientos. Si le vamos a colocar una anestesia raquídea: te vamos a lavar con este jaboncito frío, y por ejemplo, si es una anestesia general, cuando le aplicamos el fentanyl, le explicamos que va a sentir mareo, que se va a dormir del todo. Si hay tiempo muchas veces se le explica: vea le vamos a colocar una anestesia, se va a despertar de esta manera y se va a demorar tanto tiempo más o menos en movilizar las piernas; depende del tiempo que tengamos (...) Elvira, enfermera.

Aunque la enfermera no siempre estuvo en la instalación de la cirugía, sí estuvo pendiente de cada procedimiento. Su presencia dependía de la situación del servicio, de la complejidad de los pacientes y del recurso humano disponible. Generalmente, se encontraba presente en las cirugías grandes y de mayor riesgo.

En su trabajo cotidiano el equipo de enfermería hace acciones que son repetidas, valoradas y consideradas como típicas de la profesión. Los rituales en enfermería están relacionados con el mantenimiento de una práctica guiada por un modelo de trabajo funcional, determinado por el cumplimiento de tareas necesarias para mantener el orden de la unidad. La creación de rutinas y rituales posibilitan patrones de cuidado y, al tiempo, seguridad para el equipo de enfermería.²⁷ Para el caso de la circulante, persona asignada al quirófano durante el transoperatorio, su ritual consistió en estar pendiente de lo que "pasa" con el paciente durante el acto quirúrgico y de lo que requieren el equipo quirúrgico y el anestesiólogo; por lo que debe establecer un orden de prioridades en las tareas que allí se realizan con el fin de cumplirlas a cabalidad.

Una vez instalado el procedimiento quirúrgico ella debe estar atenta de lo que acontece con el paciente, verificando su comportamiento hemodinámico, su estado de consciencia, y mirando los monitores que se convierten en el foco de interés.

También, está pendiente de la hora de inicio y terminación de los procedimientos anestésico y quirúrgico, de los medicamentos, de los líquidos venosos y de la comodidad del paciente después de terminar el procedimiento:

(...) estar muy pendientes de la hora de inicio de anestesia y de cirugía, del acto quirúrgico como tal, de la terminación de la anestesia, de la terminación de cirugía; la cirugía se termina cuando la instrumentadora termina la curación y coloca el apósito y lo último que tenga que colocar; la anestesia termina cuando llevamos el paciente a recuperación. Celia, Auxiliar de Enfermería.

Al terminar el procedimiento, el paciente se traslada a la unidad posquirúrgica, donde se debe estar pendiente de sus reacciones al despertar. Para una auxiliar, estar asignada a la sala de recuperación significa estar atenta a los cambios que pueda presentar el paciente. Para ella, el cuidado es su responsabilidad total. Aquí, el contacto con el paciente es mucho mayor que en la etapa anterior por cuanto en algunas ocasiones, está inconsciente. Dentro de los rituales en este servicio, se destacan la recepción del paciente y el inicio de la monitorización:

(...) cuando uno está en recuperación, los recibe. Cuando están muy dormidos, uno no les dice hola porque no se van acordar absolutamente de nada (...) Astrid, Auxiliar de Enfermería.

En esta unidad, también deben tomarse medidas que aseguren la comodidad y mejoren las condiciones del paciente^{24,28} como lo comenta una de las auxiliares:

(...) por ejemplo, la cobija me parece muy importante porque uno sale temblando, si le puede echar dos, dos; si hay más, colóquele más, porque a veces sale con sábana no más; hasta ponerle la almohada, porque uno sale, como incómodo; si se puede, uno le levanta la cabecera o la almohada; son muchas cosas, uno debería tener uno o dos [pacientes] no más, (...) Imelda, Auxiliar de Enfermería.

También, se está pendiente de evitar y detectar cualquier tipo de complicación:

Estar pendiente de que el paciente esté bien, que no tenga ninguna complicación. El postoperatorio es el momento más crítico (...) Adelaida, Auxiliar de Enfermería.

Estar al pie del paciente durante este periodo de recuperación, depende del procedimiento quirúrgico al que fue sometido y del tipo de anestesia que se utilizó:

(...) con el paciente que más cuidado hay que tener es con el de otorrino, si es de nariz, la gente se desespera mucho porque no puede respirar, y con el de "maxilo" (cirugía máxilofacial), por la intubación nasal; esos pacientes son de mucho cuidado (...) Clemencia, Auxiliar de Enfermería.

(...) si es una anestesia general, el paciente necesita una vigilancia muy especial; son pacientes que no se dejan solos, siempre están monitorizados, las camillas siempre deben estar con barandas, les debemos suministrar oxígeno inmediatamente lo recibimos en recuperación, debemos vigilar su vía aérea, que no tengan ningún tipo de obstrucción, por secreciones o sea por posición; debemos estar vigilantes de la herida quirúrgica, de los drenajes según el tipo de cirugía (...) Elvira, Auxiliar de Enfermería.

En otras palabras, el paciente bajo los efectos de la anestesia general demanda una vigilancia exhaustiva durante su recuperación. En cambio, el paciente sometido a anestesia conductiva llega sedado pero no inconsciente, en ellos, los cuidados se enfocan hacia la recuperación de la motilidad y la sensibilidad de las extremidades inferiores y la vigilancia de las variantes fisiológicas, hasta lograr su estabilidad y darle de alta.^{24, 29}

Haciendo-me sentir como en casa: los innumerables rituales durante esta etapa del cuidado, propician las interacciones verbales y no verbales entre el equipo de enfermería y el paciente, que pretenden, según éste, expresar sus expectativas, pensamientos, temores, y ansiedades; pero también, es un momento oportuno para la información y educación del paciente sobre el proceso perioperatorio, intervenciones que permiten hacerlo sentir como en casa.

La tranquilidad, la confianza y la seguridad deben ser objetivos permanentes del equipo de enfermería durante las interacciones con el paciente, durante esta fase del cuidado, a través de: *Siendo y sintiendo calor humano*, dimensión subjetiva del cuidado por parte del equipo de enfermería que tiene un impacto sobre su relación con el paciente.

Establecer una adecuada relación es por tanto relevante para un cuidado humano, para conocer las características de la persona que va a ser atendida y aumentar la posibilidad del vínculo. Las dimensiones subjetivas del equipo de enfermería se constituyen en facetas importantes, y el conjunto de ellas determina la relación con el paciente. Esta tarea implica considerar al otro como un ser integral, como dice Quintero: "En realidad, para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hay que ir en contracorriente de la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la súper especialización".³⁰ Trabajar en cirugía supone condiciones humanísticas especiales, requiere humanidad con el paciente y su familia, así lo expresaron algunos participantes:

(...) la primera condición del personal es que sea muy humano, que sepa que no se trata solamente del paciente sino un también de su familia (...) Sofía, enfermera.

(...) son personas que tienen sentimientos, gracias a Dios, porque eso le hace mucha falta a uno, que le quiten esos nervios (...) Ricardo, paciente.

Para cumplir este requisito se requiere personal capaz de llegar al paciente para acompañarlo, y hacerle sentir que todos los que le rodean están para su bienestar.

(...) cuando salí de la operación, noté un calor humano impresionante, todo el mundo preocupado, qué le pasa señora, cómo está, ya se va a aliviar (...) todo lo que me había faltado en los otros lugares lo encontré ahí, en ese lugar (...) en recuperación me sentí muy feliz, tan feliz que se lo he contado a mucha gente (...) Berenice, paciente.

Bolton SC³¹, utiliza el término labor emocional para referirse a las habilidades, del cuidador profesional, para crear un clima emocional adecuado. El quehacer emocional de las enfermeras ha sido conceptualizado de varias maneras, Strauss y colaboradores,³² fueron los primeros en introducir el término "trabajo sentimental" como un reconocimiento que va más allá del trabajo técnico. Estos autores comparan el trabajo sentimental con la oferta de un cuidado amoroso aunque estresante.

Los estudios reportados por Ferreira³³ y Williams Ururita,³⁴ describen que los pacientes se sienten cuidados cuando las acciones están acompañadas de cualidades humanas de la enfermera como estar atenta y cariñosa, lo que se traduce en sentimientos de seguridad, tranquilidad, ánimo y bienestar emocional.

Los pacientes describen el confort emocional en términos de sentimientos positivos hacia la vida, la felicidad y una alta espiritualidad.³⁴ En este sentido, el personal le da la bienvenida al paciente para que se sienta bien con el equipo de salud y con otros pacientes.³⁵

Durante los rituales de cuidado se observaron manifestaciones de cariño y compasión a través de los toques espontáneos, la escucha, la mirada atenta, la bondad, la ternura, la amistad, la alegría, el calor humano, la honestidad, la confianza, la cordialidad, reconociendo al paciente como persona con necesidades individuales y con la actitud de que nada sugiere ser un problema serio. Al respecto, uno de los pacientes narró una de sus vivencias:

Me atendieron muy bien ese día, las muchachas hasta me charlaban, el doctor me marcó ahí como una bolita y me decían que me mirara el tatuaje que me había hecho el doctor (...) Virgilio, paciente.

Manifestaciones que de una u otra manera influyen en los resultados de la interacción y el desarrollo de una relación terapéutica,^{3,32, 36, 37, 38, 39, 40} a tal punto que los pacientes llegan a sentirse como en su casa.

Así mismo, el humor y la distracción están presentes en las interacciones e impregnan todos los aspectos de la conducta humana, aunque a veces en la atención de la salud se subestime como entidad terapéutica, en la práctica clínica el humor y la risa fomentan las relaciones y la confianza, disminuyen la tensión, consolidan relaciones, ayudan en el afrontamiento de situaciones estresantes y enfatizan la experiencia subjetiva de la comunicación y la interacción de los pacientes y cuidadores,⁴¹ como nos lo deja ver esta apreciación de una de las participantes:

(...) muy formales todas, siempre llegaban con bromas, lo trataban a uno con formalidad, bromeando (...) Carlota, paciente.

En el mismo sentido, la confianza es una cualidad positiva que refuerza el afrontamiento personal y las posibilidades de éxito en la interrelación enfermera paciente. Se desarrolla por el interés y el valor que demuestra el personal de enfermería hacia el paciente.⁴² Pero también, hace referencia a la preparación de la enfermera para actuar en determinadas situaciones. Cada cuidadora se enfrenta o se relaciona con el paciente de una manera diferente, cada quien se ingenia la forma de trabajar y dar cuidado. El estilo de trabajo es una expresión de la actitud del cuidador.⁴³

(...) yo sentí que ellas estaban preocupadas por mí, sí, que aunque había otros pacientes, a todos nos atendieron igual y por todos se preocuparon, que hay que ponerle el suero a este, que ya se le terminó, que a aquel hay que ponerle tal droga para el dolor, yo las vi a todas preocupadas por todo el mundo, la atención que requería me la dieron, gracias a Dios, muy bien, de muy buena forma (...). Ricardo, paciente.

La presencia, como la describe Nelms, "estar ahí" y "estar con",⁴⁴ no es sólo presencia física, también abarca la comunicación y el entendimiento, es un fenómeno interpersonal e intersubjetivo, en donde la presencia es estar presente

para alguien.⁴⁵ La relación interpersonal y la intersubjetividad en el modo de estar ahí, parecen depender del hecho de que la enfermera está atenta a alguna necesidad del paciente.²⁵ Este tipo de presencia también es descrito como una intervención o acción de la enfermera para lograr objetivos, como el apoyo, la comodidad o el aliento, disminuir la intensidad de los sentimientos no deseados, o para la tranquilidad del paciente.⁴⁴

En este sentido, el equipo de enfermería se comporta como herramienta de presencia total, que consiste en ocupar el mismo espacio con el paciente, escuchándolo, brindándole tiempo y comunicándose con él y su familia,⁴⁶ estrategias de cuidado que hacen que el paciente se sienta como en casa.

CONSIDERACIONES FINALES

Los rituales le ayudan al equipo de enfermería a poner en acción estrategias de cuidado y facilitan su interacción con el paciente desde su ingreso al quirófano, como la preparación prequirúrgica, teniendo en cuenta aspectos biopsicosociales y familiares. Durante el transoperatorio, los rituales tienen que ver con la asistencia del paciente, del equipo quirúrgico y del anestesiólogo durante el tiempo que dure el acto quirúrgico; y en el postoperatorio, las rutinas se orientan hacia la observación de las reacciones del paciente que dependen, por un lado, del procedimiento quirúrgico y del procedimiento anestésico, y por otro, de la individualidad de cada paciente.

En las interacciones, los sentimientos cumplen una función particular e individual. Por tanto, el equipo de enfermería debe poseer algunos atributos indispensables como la sensibilidad humana para estar disponible a las solicitudes del paciente, no sólo desde el punto de vista biológico sino también, ofrecerle respeto y consideración como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad. A través de las interacciones del equipo de enfermería y del paciente se expresan su ser y la humanidad de cada uno, que junto con la camaradería y el humor buscan el bienestar y la tranquilidad del paciente.

El cuidado es un proceso complejo de interacción entre los participantes: equipo de enfermería_paciente, y en gran medida está determinado por ellos. Las acciones de cuidado son acciones comunicativas, y en ellas intervienen múltiples sentimientos: serenidad, temor, confianza, seguridad, responsabilidad, empatía, estrés, satisfacción; pero también, intervienen saberes, deseos, intereses, motivaciones, expectativas así como las interpretaciones de los participantes. El contexto perioperatorio en el servicio de cirugía es un espacio social de comunicación e intercambio dinámico, un sistema vivo, donde sus elementos se definen en función del intercambio, y el sistema se configura como consecuencia de la participación activa, y en parte autónoma de los participantes en la comunicación. Así, los cursos de acción están determinados por los significados que les otorguen los participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. El Congreso. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2004.
2. Rothrock JC, Ball KA, Fehr L, Gruendemann B, Murphy E, Phippen M, Reeder J et al. Project 2000 final report: A work plan for future. *AORN J.* 1993; 57(1):54-60. 62-63, 65, 67-72, 74-77.
3. Leinonen T, Leino-Kilpi H, Katajisto J. The quality of intraoperative nursing care: The patient's perspective. *J Adv Nurs.* 1996; 24(4):843-52.
4. Fernandez R, Griffiths R. Comparison of an evidence based regime with the standard protocol for monitoring postoperative observation: A randomized controlled trial. *AJAN.* 2005; 23(1):15-21.
5. Idvall E, Rooke L. Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses. *J Clin Nurs.* 1998; 7(6):512-520.
6. Junttila K, Salanterä S, Hupli M. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *J Adv Nurs.* 2005; 52(3):271-280.
7. James N. Care=Organization + Physical Labour + emotional Labour. *Sociol Health Illn* 1992; 14(4):488-509.
8. Sandelowski M. Devices and desires: Gender, technology, and American Nursing. United States of America. North Carolina: The University North Carolina; 2000. p. 67-99.
9. Sigurdsson HO. The meaning of being a perioperative nurse. *AORN J.* 2001; 74(2):202-217.
10. Riley R, Manias E. Foucault could have been an operating room nurse. *J Adv Nurs.* 2002; 39(4):316-324, 9.
11. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory.* London: SAGE; 2006. P. 96-122.
12. Charmaz K. *The Grounded Theory Method: An explication and interpretation.* En: Emerson RM (ed). *Contemporary Field Research.* Boston: Little Brown; 1983. p. 109-126.
13. Burns N, Grove SK. *Investigación en enfermería.* 3 ed. Barcelona: Elsevier; 2004. p. 425.

14. Morse JM, Barrer M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *IJQM*. 2002; 1(2):1-19.
15. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002. p. 17-28,134,136.
16. Galeano Marín ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2004. p. 71.
17. Chiovitti RF, Piran N. Rigour and grounded theory research. *J Adv Nurs*. 2003; 44(4):427-435.
18. The free dictionary by Farlex. Ritual. [Internet] [acceso 2012 Feb 10] Disponible en: <http://www.thefreedictionary.com/ritual>
19. Woodhead K, Behaviours and Rituals in the Operating Theatre. A report from the Hospital Infection Society Working Group on Infection Control in the Operating Theatres. Beaumont Hospital. [Internet]. 2005 [Acceso 2012 Feb 13]. Disponible en: <http://www.his.org.uk/db/documents/Rituals-02.pdf>
20. Wall LL. Ritual meaning in surgery. *Obstet Gynecol*. 1996; 88(4):633-637.
21. Philpin SM. Rituals and nursing: a critical commentary. *J Adv Nurs*. 2002; 38(2):144-151.
22. Wolf ZR. Nurse's work, the sacred and the profane. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1988. p. ix.
23. Zisberg A, Young HM, Schepp K, Zysberg L. A concept analysis of routine: relevance to nursing. *J AdvNurs*. 57(4):442-453.
24. Phillips N. Berry & Kohn's Operating Room Technique. 11 ed. St Louis Missouri: Mosby; 2007. p. 231-265, 602-608.
25. Cohen MZ, Hausner J, Johnson M. Knowledge and presence: Accountability as described by nurses and surgical patients. *J Prof Nurs*. 1994; 10(3):177-185.
26. Fernandes Stumm EM. Dificultades enfrentadas por enfermeiro semum centro cirúrgico. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(3): 464-471.
27. Fontão Zago MM, Rossi LA. Análise crítica dos rituais no contexto da enfermagem médico-cirúrgica. *Rev Escola Enferm USP*. 2003; 37(1):36-43.
28. Robbins E, BroughamL, Hooper B. Sala de recuperación posanestesica. En: Hamlin L, Richardson_Tench M, Davies M. Enfermería Perioperatoria. Bogotá: Manual Moderno; 2010. P. 213-241.
29. Rothrock JC. Alexander`S care of the patient in surgery. 13 ed. St Louis Missoui: Mosby; 2007. P. 100-128, 246-264.

30. Quintero DI. Propuestas para humanización de la salud: cuestión de dignidad. Periódico el Pulso. Medellín, Colombia. (dic. 2003); No. 63.
31. Bolton SC. Who cares? Offering emotion work as a gift in the nursing labour process. *J Adv Nurs*. 2000; 32(3):580-586.
32. Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. Sentimental Work in the technological hospital. *Sociol Health Illn*. 1982; 4(3):255-278.
33. Ferreira MA. A natureza Humana-social do cuidado de enfermagem: fronteiras do saber e do sentir expresadas na interação enfermeira e cliente. En: Anais do III Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis 8-10 outubro de 2006. p. 479- 481.
34. Williams AM, Ururita VF. Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient perspective. *J Clin Nurs*. 2004; 13(7):806-815.
35. Walker J, McInerney B. Patient perceptions of hospital care: building confidence. *J Nurs Manag*. 1998. 6(4):193-200.
36. Giordano B. High-tech health care is great, but our first duty is to do no harm. *AORN J*. 1995; 61(2):314_316.
37. Mayeroff M. On caring. Nueva York: Harper Row; 1971. p.1.
38. Williams AM. The delivery of quality nursing care: A grounded theory study of the nurse's perspective. *J Adv Nurs*. 1998; 27(4):808-816.
39. Morse J, Beyond the empathy: Expanding expressions of caring. *J Adv Nurs*. 1992; 17(7):809-821.
40. Bermejo JC. La relación de ayuda como instrumento de humanización. Salir de la noche. Por una enfermería humanizada. España: Sal Térrea; 1999. p.65-95.
41. Dean RAK, Major J. From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *J Clin Nurs*. 2008; 17(8):1088_1095.
42. Kirk K. Confidence as a factor in chronic illness care. *J Adv Nurs*. 1992; 17(10):1238_1242.
43. Brillowski G, Wendler C. An evolutionary concept analysis of caring. *J Adv Nurs*. 2005; 50(6):641_650.
44. Nelms TP. Living a caring presence in nursing: a Heideggerian hermeneutical analysis. *J Adv Nurs*. 1996; 24(2):368- 374.
45. Osterman P. Presence: four ways of being there. *Nurs Forum*. 1996; 31(2):23_30.

46. Fareed A. The experience of reassurance: patients perspectives. J Adv Nurs. 1996; 23(2):272-279.

* Artículo derivado de la investigación: Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado para obtener el título de Doctora en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia. Desarrollada de febrero de 2007 a julio de 2008.

Recibido: 3 de febrero de 2012.
Aprobado: 14 de marzo de 2012.

Correspondencia:

Ángela María Salazar Maya. Doctora en Enfermería. Grupo la Práctica de Enfermería en el Contexto Social. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

E mail: amsalazar@tone.udea.edu.co