



Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica
Taller de trabajo final
Licenciado en instrumentación quirúrgica
Alumna: Andrada, Verónica Mariana
Tutoras: Vales, Noelia – Rodríguez Romina
Director: Lic. Basconcel, Braian Nahuel

TRATO EMPÁTICO DE LOS INSTRUMENTADORES CIRCULANTES HACIA
LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS EN EL INGRESO A LA PLANTA
QUIRÚRGICA.

A decorative graphic element on the left side of the page, consisting of a thick vertical maroon bar and several thin, curved lines in shades of blue and grey that sweep upwards and to the right.

Septiembre 2021
Lomas de Zamora

ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	3
Tema.....	4
Formulación del problema.....	4
Objetivos.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
Marco Teórico.....	5
1. Área quirúrgica.	5
1.1 partes del área quirúrgica.....	5
1.2 equipamiento y materiales.....	6
1.3 profesionales intervinientes.....	7
2. Bioseguridad.....	8
2.1 Equipo de protección personal.....	9
2.2 vestimenta quirúrgica.....	9
3. Protocolos.....	12
3.1 Check list.....	12
4. Comunicación.....	16
4.1 tipos de comunicación.....	16
4.1.1 comunicación verbal.....	16
4.1.2 comunicación no verbal.....	16
5. Empatía	17
5.1 componentes de la empatía.....	17
5.2 orígenes de la empatía.....	17
5.3 empatía profesional en salud.....	17
5.4 empatía en el preoperatorio ingreso a la planta quirúrgica.....	17
Diseño metodológico.....	19
Diseño del estudio metodológico.....	19
Población y muestra.....	19

Unidad de análisis.....	19
Criterios de inclusión y exclusión.....	20
Operacionalización de las variables de estudio.....	24
Gráficos.....	32
Conclusión.....	41
Bibliografía.....	45

INTRODUCCION

En el momento que un paciente se entera que se debe realizar una intervención quirúrgica comienzan todos los miedos, las preguntas, ese momento que va a ingresar a un lugar totalmente desconocido, que se va a encontrar absolutamente vulnerable, sin ropa, sin documentos, sin caras familiares. En un lugar que quizás alguna vez vio en una película.

el personal de quirófano, raramente se encuentra debidamente capacitado con respecto al trato empático hacia el paciente, por lo general está familiarizado con todo en el área y minimiza los miedos del paciente, lo encasilla en una cirugía y no lo trata como un ser humano, con miedos, dudas y necesidades, se limita a realizar las preguntas de rutina y rara vez se detiene a colaborar con sus inquietudes, la empatía, o trato empático es una “materia” poco por no decir nada incursionada en esta profesión, perdiendo así muchas veces la calidez en la atención al paciente.

Todos los centros de salud tienen la obligatoriedad de realizar el check list o lista de chequeo, lo cual obliga a un primer encuentro del instrumentador circulante con el paciente.

En el presente estudio de investigación se ha realizado una evaluación en cuanto al grado empatía que presentan los instrumentadores, de una institución privada especializada en traumatología de la zona de Balvanera, con respecto al paciente

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Los instrumentadores quirúrgicos circulantes de una institución especializada en traumatología de zona Balvanera, en el último semestre del 2020 reciben de manera empática al paciente en el ingreso a la planta quirúrgica? ¿Cuentan con las herramientas apropiadas para tener una cercanía humanizada, conectando con el paciente?

OBJETIVO GENERAL

- Determinar si el tiempo entre cirugías y la capacitación, con el que cuentan los instrumentadores circulantes es adecuado para atender de manera empática a los pacientes en el ingreso a la planta quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Precisar cuáles son las tareas que deben realizar los instrumentadores circulantes entre cirugías. Y con cuanto tiempo cuentan para el contacto con el ingreso del paciente.
- Determinar cuáles son los medios de comunicación verbal y no verbal, más utilizados por los instrumentadores circulantes al momento de recibir a los pacientes
- Analizar si los instrumentadores circulantes se sienten limitados, por sus superiores, al momento de iniciar una relación empática con el paciente.
- Determinar la relación entre la falta de conocimiento de los instrumentadores circulantes, sobre los detalles de los procesos a realizar y la negativa a brindar información al paciente
- Definir y establecer las condiciones de la contención psicoemocional del paciente quirúrgico
- analizar si los instrumentadores circulantes se ven afectados por la relación con sus pares a la hora de tener un trato empático con el paciente

Marco teórico.

E1 área quirúrgica.

El área quirúrgica es un conjunto de locales e instalaciones especialmente acondicionadas y equipadas, aislada del resto de la unidad sanitaria, que generan una unidad física y funcionalmente diferenciada, para ofrecer un lugar idóneo para tratar quirúrgicamente al paciente.

1.1 Partes del área quirúrgica

Dentro del área quirúrgica se encuentra el quirófano. Se trata de un lugar cerrado, también, completamente independiente. Este sector permite la atención global e individualizada del paciente por un equipo interdisciplinario (cirujanos, instrumentadores, radiólogos, camilleros, etc.) Para todos los actos que se hacen bajo anestesia. Los quirófanos deben agruparse en una sola planta y constituir una unidad funcional independiente, asegurar el cumplimiento de las diferentes funciones referentes a la circulación, instrumentación, preparación de material y ropa quirúrgica, higiene y acondicionamiento ambiental y apoyo a las funciones del anestesista que permitan la realización de la actividad quirúrgica.

La ubicación de la zona quirúrgica deberá ubicarse espacial y microbiológicamente aislada, teniendo una buena accesibilidad para los pacientes y para el abastecimiento de todo el material necesario. Como así también, la cercanía a urgencias, laboratorios, cuidados intensivos y reanimación. La distribución de áreas dentro de quirófano debe evitar los desplazamientos innecesarios del personal. Se distinguen tres zonas según el acceso al mismo: la zona *negra*, la zona *gris* y la zona *blanca*.

La zona negra es la primera zona de restricción y funciona como amortiguadora de protección, incluye la admisión quirúrgica, baños, vestuarios y oficinas.

La zona gris, limpia o semirrestringida es donde se requiere colocar el uniforme quirúrgico completo. Incluye la zona de lavabos, central de equipos, cuarto de anestesia, sala de recuperación, cuarto de rayos.

La zona blanca es el área estéril y de mayor restricción, donde se encuentra la sala de operaciones propiamente dicha y realiza el procedimiento

quirúrgico. A su vez, esta aérea debe tener una serie de condiciones óptimas que mantener.

En cuanto a la zona gris, es la zona de mayor permanencia del paciente durante su estadía consiente, es por ello que vamos a ahondar en ella.

en un sector determinado, dentro de esta zona gris se encuentra el lugar denominado recuperación, como su nombre lo indica es donde el paciente realiza la recuperación post quirúrgica hasta estar en óptimas condiciones de ser trasladado nuevamente a su habitación.

Este sector es también el lugar donde el paciente permanece a la espera de su intervención, mientras personal capacitado, anestesiólogo o personal de enfermería, le colocaran la vía para suministrar fluidos o medicaciones, es allí donde se dá el primer encuentro con el instrumentador quirúrgico circulante, allí este tomara datos, verificara historia clínica, realizara preguntas de rutina y porque no, se tomará un tiempo para detenerse en las inquietudes y miedos del paciente. este lugar debería ser lo suficientemente personal como para poder generar una cercanía entre ambos.

1.2 Equipamiento y materiales.

El quirófano, también requiere una serie de equipamiento y materiales indispensables para cualquier tipo de intervención quirúrgica, el óptimo cuidado y manejo de los mismos resultara para un exitoso procedimiento. Entre ellos encontramos la mesa de instrumental y mesa de anestesia, la camilla, el sistema de aspiración, una mesa auxiliar para anestesia y otra para la instrumentadora, la consola de electrobisturí, las lámparas scialíticas, negatoscopio, lebrillos, pie de suero, desfibrilador, asientos y tarimas.

La mesa de instrumental quirúrgico, se utilizará para la intervención, colocando allí todos los elementos y materiales necesarios, utilizando una auxiliar en caso que se requiera. Se prepara y viste de manera estéril y provee de una altura variable. En la mesa auxiliar de anestesia se guarda todo lo necesario para realizar el tipo de anestesia que se requiera, incluso la intubación endotraqueal.

La camilla es el lugar donde reside el paciente al momento de la cirugía, es articulada en el sector del tronco, piernas y cabeza. Adoptan distintas posiciones quirúrgicas y su control puede ser manual o eléctrico. Compuesta por diferentes accesorios, como los apoyabrazos.

Las scialiticas son las lámparas ubicadas en el techo mediante un brazo articulado que permite modificar la altura y la distancia, y dirigir el foco de la luz hacia cualquier punto requerido. No debe producir calor ni hacer sombra y dispone de una batería propia por si falla el sistema eléctrico. Debe ser a prueba de explosiones.

El negatoscopio es el aparato que se utiliza para ver las radiografías realizadas en el momento o previamente, que ayudan de guía al cirujano.

El pie de suero funciona como soporte para las vías intravenosas, son regulables en altura.

Los sistemas de aspiración pueden estar fijos en la pared o móviles sobre una base de ruedas, como mínimo se encuentran dos, conectados cada uno de ellos a una toma de vacío central. Se utilizan básicamente para aspirar la sangre durante el procedimiento quirúrgico.

Los lebrillos son los distintos recipientes para los desechos, cubiertos con bolsas de distintos colores dependiendo del elemento a descartar.

1.3 – Profesionales intervinientes.

El área quirúrgica y el quirófano deben estar, también, supervisados por un equipo de profesionales interdisciplinarios que se encargan y garantizan, mediante el trabajo en equipo, el éxito del procedimiento quirúrgico.

El medico anestesiólogo es el responsable de la anestesia del paciente, y da la orden para el comienzo de la cirugía. Debe monitorear al paciente constantemente sin ausentarse del quirófano hasta finalizar el procedimiento. Una vez que la cirugía acaba, debe seguir controlando al paciente hasta su total recuperación.

El cirujano principal será el encargado de realizar la cirugía propiamente dicha. Debe trabajar en las mejores condiciones posibles anticipándose a contar con todos los elementos necesarios para la cirugía. Debe exigir orden y trabajo sistemático a todo el equipo y señalar los errores a quienes lo asisten, pues es el responsable de su formación y perfeccionamiento. Debe conocer al detalle el trabajo de todos los integrantes del equipo para poder corregirlos y entender las dificultades que puedan presentárseles.

El médico que actúa como primer ayudante tiene participación activa, practica el secado de la sangre continuamente, presenta las pinzas hemostáticas para las ligaduras, realiza hemostasia, coloca los separadores, ayudando en

acciones para facilitar la acción al cirujano y tratando de simplificar sus maniobras. El segundo ayudante tiene actividad más estática que dinámica, pero de su acción y eficiencia también depende el resultado de la cirugía.

El instrumentador tanto aséptico como circulante debe trabajar, de manera correcta y eficiente, y dar mayor velocidad y orden al trabajo del cirujano, pues debe atender todos los trastornos que se presentan y que no corresponden directamente a las maniobras operatorias. De esta manera alivia al cirujano permitiéndole no distraer su atención de la herida.

El radiólogo, anatomopatólogo, enfermeros, técnicos en esterilización, farmacéuticos, son profesionales que pertenecen también al área quirúrgica y participan indirectamente del procedimiento quirúrgico.

Se considera de suma importancia que todos los miembros del equipo, se presenten, y tengan un trato sumamente respetuoso hacia el paciente, no solamente porque así lo indican los protocolos, sino también por la importancia de ponerse en lugar del otro. de intentar sentir su preocupación, sus miedos y saber que todo este contexto que para el personal de salud es cotidiano para este paciente representa un escenario completamente desconocido, donde él se siente sumamente vulnerable. este trato seria sumamente significativo para el paciente, ya que al encontrarse el en un lugar desconocido, sin caras conocidas y como ya se mencionó en una situación de absoluta vulnerabilidad, seria útil para el encontrarse con profesionales amigables.

2- Bioseguridad

La bioseguridad es un conjunto de normas, medidas y protocolos que son aplicados en múltiples procedimientos con el objetivo de contribuir a la prevención de riesgos o infecciones derivadas de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o con cargas significativas de riesgo biológico, químico y/ físicos, asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de trabajadores de la salud, pacientes, visitantes y el medioambiente.

Los elementos básicos de los que se sirve la seguridad biológica para la contención de riesgo y provocado por los agentes infecciosos son las siguientes: prácticas de trabajo,

equipo de seguridad o barreras primarias y diseño y construcción de la instalación o barreras secundarias.

Las prácticas de trabajo son el elemento más básico y a la vez el más importante para la protección de cualquier tipo de trabajador. Las personas que por su actividad laboral están en contacto directo con materiales infectados o agentes infecciosos, deben ser conscientes de los riesgos potenciales que su trabajo encierra y además han de recibir la formación adecuada en las técnicas requeridas para que el manejo de esos materiales biológicos les resulte seguro.

El equipo de seguridad incluye los dispositivos o aparatos que aseguran protección para un proceso, como así también, los denominados equipos de protección personal (guantes, calzado, mascarilla).

El trabajador de la salud debe asumir que cualquier paciente puede estar infectado por algún agente transmisible por sangre y que, por tanto, debe protegerse con los medios adecuados.

La universalidad asume que toda persona es portadora de algún agente infeccioso hasta no demostrar lo contrario. Las medidas de bioseguridad son universales, es decir, deben ser observadas en todas las personas que se atiende.

Al uso de barreras se lo debe considerar como procesos físicos y/o químicos o prácticas que ayudan a impedir la propagación de microorganismos infecciosos de usuario a usuario, o bien el contacto del personal o el paciente con factores químicos o físicos nocivos presentes en el área sanitaria. Al hablar de barreras en cirugía debemos considerar determinados aspectos.

La principal importancia en estas barreras en esta temática es lo que significa para el paciente, llegar a un lugar completamente desconocido y visualizar solamente ojos, casi la totalidad del rostro del profesional estará cubierto por estas barreras. Mas adelante mencionaremos la importancia de comunicar con los gestos.

2.2 La vestimenta quirúrgica.

Esta incluye la utilización de ropa exclusiva para el área de quirófanos, y el uso de accesorios como guantes, barbijos, cofias y antiparras protectoras como mínimo, más la utilización de batas impermeables o escafandras cuando se requiera. En el caso del ambo, se ha recomendado que su uso sea exclusivamente dentro del área de quirófanos, pudiendo ser de tela u otro material lavable; además para evitar riesgo de contacto la camisa deberá utilizarse siempre dentro del pantalón. Cuando esté visiblemente sucia o manchada, la vestimenta quirúrgica debe ser reemplazada por otra tan pronto como sea

posible, ya que cuando simplemente se humedece, favorece el pasaje de microorganismos provenientes de la piel de los operadores hacia el campo operatorio y aumenta la posibilidad de contacto del personal con material potencialmente infectado.

El camisolín estéril tiene como función principal crear una barrera antiséptica entre el sitio de incisión quirúrgica, el cirujano y su entorno. Se trata de una bata de manga larga con puños elásticos y amplios, que cubre el cuerpo completo, empleado por los cirujanos y la instrumentadora que asista la intervención. Se coloca y retira con técnicas específicas de manera estéril.

Los guantes a utilizar deben ser estériles y no deben de utilizarse más de una vez, ya que al ser reesterilizados pueden sufrir rompimientos de tamaños milimétricos que permitan el paso de patógenos. A la vez la presencia de lesiones en la mano del personal, tipo dermatitis o eczemas, etc., son contraindicaciones para ingresar al quirófano, a no ser que el afectado cubra adecuadamente la herida o lesión antes de colocarse el guante. La indicación de guantes estériles incluye cualquier tipo de procedimiento quirúrgico, procedimientos en piel no intacta, parto vaginal, procedimientos radiológicos invasivos, acceso vascular central y procedimientos relacionados, preparación de nutrición parenteral y medicación quimioterápica. La indicación para las manoplas incluye la posibilidad de tocar sangre, fluidos corporales, membranas mucosas, secreciones, excreciones, y objetos visiblemente sucios con fluidos corporales. Pacientes con infecciones graves u organismos peligrosos, epidemias o situaciones de emergencia, colocación o retiro de catéter venoso, examinación de la vagina y de la pelvis, succión de tubo endotraqueal. Únicamente, la no indicación de guantes se da cuando no existe posibilidad de exposición a sangre o fluidos corporales, o ambiente contaminado, por ejemplo, toma de presión arterial, temperatura, pulso, colocación de inyecciones intramusculares y subcutáneas, al bañar o vestir al paciente, transportando pacientes, limpiando ojos y oídos (sin secreciones), manipulación de las vías vasculares (sin sangre), usando celular, escribiendo en las historia del paciente, dando medicación oral, colocando ventilación no invasiva y cánula de oxígeno. El uso de guantes industriales se indica al personal de maestranza para la limpieza y el contacto con los desechos sólidos y material corto-punzante.

Los barbijos tienen por objetivo prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan por el aire o gotitas en suspensión cuya puerta de salida del huésped es el tracto respiratorio. Las mascarillas deben ser de uso individual y de material que cumpla con los requisitos de filtración y permeabilidad suficiente para que actúen como una barrera sanitaria efectiva de acuerdo al objetivo que se desea lograr. Se puede utilizar cuando

hay riesgo de salpicaduras de sangre o líquidos corporales en el rostro, como parte de la protección facial; también pueden evitar que los dedos y las manos contaminadas toquen la mucosa de la boca y de la nariz. Es importante colocar el barbijo antes de entrar a quirófano y de iniciar el lavado quirúrgico de manos, debe cubrir toda la boca y la nariz impidiendo la ventilación lateral. Si se humedece, se debe cambiar. Existen los barbijos quirúrgicos, resistente a los fluidos, proporciona protección contra gotas grandes, salpicaduras o aerosoles de fluidos corporales u otros líquidos peligrosos. Protege al entorno de las emisiones respiratorias del usuario. Por esto también se aplica en los pacientes que presenten síntomas respiratorios para reducir la diseminación de partículas virales. También existen los barbijos N95, La designación N significa que no filtra aceites, y 95 que filtra hasta el 95% de las partículas aéreas. Existen diferentes tipos de barbijos N95 dependiendo del tamaño de las partículas a filtrar, los hay de uso industrial, de uso medicinal, etc. El N95 1870 es el usado en medicina.

El barbijo N95 es de uso casi exclusivo entre los trabajadores de la salud por su mayor exposición a secreciones respiratorias y por lo tanto mayor riesgo de contraer infecciones que se propagan por esta vía. Posee un diseño específico cuyo sello hermético contra la piel otorga una importante protección respiratoria al no permitir que pasen partículas (sobre todo las pequeñas) que se encuentran en el aire. Este barbijo protege al que lo utiliza y al entorno, no permitiendo el pasaje en ambas direcciones.

Las botas quirúrgicas son unas pequeñas fundas para los zapatos que pueden ser o bien de polietileno o polipropileno, es decir, material no tejido. Desechables, ajustable a dos tiras, tienen una suela, reforzada o no, para mantener la adherencia, pero no tienen ni cordones ni diseños elaborados, su función principal es proteger y su uso fomenta el control de infecciones.

Las antiparras deben absorber los rayos ultravioletas, aislar las mucosas oculares, no se deben empañar fácilmente y deben permitir el uso adicional de gafas en caso que algún profesional lo requiera. Los ojos, por su limitada vascularidad y baja capacidad inmunitaria, son susceptibles de sufrir lesiones microscópicas y macroscópicas, por lo que necesitan protección para evitar el contacto con el tejido ocular con aerosoles o microgotas flotantes en el medio ambiente.

La cabeza debe estar totalmente cubierta por el gorro/cofia, de material desechable para reducir el desprendimiento de microorganismos desde el cabello y el cuero cabelludo. El cabello es el generador de electricidad estática.

Otra medida de barrera es el lavado de manos quirúrgico y la preparación del paciente. El lavado de manos quirúrgico tiene como objetivo eliminar el mayor número posible de

patógenos presentes en manos y brazos antes de entrar en quirófano para evitar la contaminación cruzada. Idealmente el lavado de manos debería hacerse antes y después de cualquier procedimiento invasivo. Específicamente en el área quirúrgica deberá realizarse en un área específica para tal efecto y por lo general deberá durar no menos de cinco minutos, es eficiente para reducir el conteo bacteriano de las manos.

En cuanto a la preparación del paciente, se recomienda que sea bañado antes del procedimiento con un antiséptico de elección, haciendo énfasis en los pliegues, como ingle, axila y ombligo. Así al estar ya en el quirófano, se volverá a limpiar el área operatoria, para lo cual se empleará jabón que se enjuagará para proceder a la aplicación del antiséptico en círculos concéntricos que evitarán la re-contaminación. Este antiséptico por lo general es alcohol, clorhexidina o yodopovidona; que luego se remueve con frotación y secado de la piel. Se pueden utilizar otras técnicas como el uso de cobertores adhesivos impregnados con antisépticos o utilizando el pintado tradicional de la piel, sin encontrar diferencias en la eficiencia entre ellas.

2. PROTOCOLOS

2.1 lista de verificación

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. El mismo se encuentra a cargo del instrumentador circulante y es el primer contacto de éste con el paciente, se realiza al ingreso de este último a la sala quirúrgica

El Listado de Verificación se divide la intervención en tres fases. Cada una de ellas corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento: Antes de la inducción anestésica. Antes de la incisión quirúrgica. Durante o inmediatamente después de cerrar la herida.

En la complejidad de un quirófano, cualquiera de estos controles puede pasarse por alto en el ritmo vertiginoso de los preparativos en el preoperatorio, intraoperatorio o postoperatorio. es una herramienta de Gestión orientada hacia la evaluación de los aspectos técnicos, científicos, los cuidados, la prevención de acontecimientos adversos y la eficiencia en la atención prestada al paciente.

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el instrumentador circulante confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

Tiene como objetivo reforzar las prácticas seguras reconocidas al disminuir la posibilidad de eventos adversos por variabilidad en la práctica clínica, olvidos de pasos esenciales,

errores en la identificación del paciente o la cirugía, etc. y fomentando una mejor comunicación y trabajo en equipo.

Procedimiento detallado de entrada: “antes de la inducción” “La Entrada ha de completarse antes de la inducción de la anestesia, con el fin de confirmar la seguridad del procedimiento. El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento informado: El instrumentador circulante confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omita este paso, por ejemplo, en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente. demarcación del sitio: el instrumentador circulante debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico ¿alergias conocidas?: primero, le preguntará al paciente si tiene alergias. si el paciente refiere alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información. se ha completado el control de la seguridad de la anestesia: para completar este paso, el coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento. pulsioxímetro colocado y en funcionamiento se confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. verificación instrumental / equipo quirúrgico / prótesis: el instrumentador actuante confirmara que se dispone de instrumental, equipo quirúrgico y en su caso de la prótesis a implantar en el procedimiento que se va a realizar. este paso evita pérdida de tiempo, riesgos e imprevistos. ¿vía aérea difícil / riesgo de aspiración?: se confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. a difícil o riesgo de aspiración, sólo deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de

que el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones. acceso intravenoso adecuado: el anestesista comprobará que el paciente lleve una vía intravenosa adecuada (permeable, del grosor y tipo necesario). ¿riesgo de hemorragia?: en este punto, instrumentador circulante le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente sangre reservada: además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. ¿se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?: para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el instrumentador circulante preguntará en voz alta si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. el responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente y marcar el sí. si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la pausa quirúrgica. si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis. si no se administra, la casilla se dejará en blanco. cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla “no procede” una vez confirmado verbalmente por el equipo. procedimiento detallado de la pausa: “antes de la incisión” “la pausa quirúrgica es una interrupción momentánea de todo el equipo justo antes de la incisión cutánea con el fin de confirmar la realización de diversos controles de seguridad esenciales.”. el instrumentador actuante revisa si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos. el instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión• ¿pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones si no se necesitan imágenes se marcará la casilla “no procede”. confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función: los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. la gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función

y capacidad. los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente. cirujano, anestesista y enfermero confirman verbalmente la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento: este momento se corresponde con la “pausa quirúrgica” convencional y cumple la normativa de muchos organismos nacionales e internacionales. antes de que el cirujano realice a la incisión cutánea, el instrumentador circulante pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación. previsión de eventos críticos el cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales. en este punto se ha completado la “pausa quirúrgica” y el equipo puede proceder a la operación

“procedimiento detallado de la salida “la salida debe completarse antes de que el paciente salga del quirófano. debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida. una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el instrumentador circulante haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista. el enfermero confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado dado que el procedimiento puede haberse modificado en el curso de la operación el instrumentador circulante confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos el instrumentador circulante o el instrumentador actuante deberán confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. en caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas. se confirma verbalmente con el equipo el etiquetado de las muestras (incluido el nombre del paciente) la rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente. el cirujano, el anestesista y el instrumentador circulante revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. la finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y

adecuada a la totalidad del equipo. con esta última medida se completa la lista de verificación de la seguridad. se añadirá la lista a la historia del paciente como medida esencial de seguridad en el proceso quirúrgico y una copia se archivará en quirófano junto con el parte quirúrgico.

4. Comunicación.

La comunicación es un proceso que consiste en la transmisión e intercambio de mensajes entre un emisor y un receptor.

En este proceso, además del emisor y receptor, participan diferentes elementos:

- el código, que es el lenguaje empleado,
- el canal de comunicación, que es el medio usado,
- el contexto, que son las circunstancias donde se desarrolla la comunicación,
- el ruido o perturbaciones en la recepción del mensaje original, y
- la retroalimentación o feedback, que supone la respuesta hacia el primer mensaje.

El proceso comunicativo es esencial para la vida en sociedad: permite que los seres humanos se expresen y compartan información entre sí, establezcan relaciones, lleguen a acuerdos y sean capaces de organizarse.

4.1 tipos de comunicación

Se pueden mencionar diferentes tipos de comunicación según la información que se comparte, el número de participantes, los canales empleados, si ocurre de manera personal o a distancia, entre otros.

4.1.1 Comunicación verbal

Se denomina como comunicación verbal aquella en la que se emplea la palabra hablada o escrita entre dos o más interlocutores a fin de transmitir una información, opinión o sentimiento. Este tipo de comunicación es propia y única de los seres humanos. En diversos casos, la comunicación verbal puede ser complementada con la comunicación no verbal.

4.1.2 comunicación no verbal

La comunicación no verbal es aquella que no hace uso de los signos lingüísticos, por tanto, se expresa a través del lenguaje corporal, posturas, expresiones faciales, miradas, es decir, se vale de los sentidos (oído, olfato, vista, tacto y gusto).

En ocasiones este tipo de comunicación puede surgir de manera inconsciente según la situación. Asimismo, puede resultar confusa o ambigua, pues el mensaje puede que no sea claro para el receptor según cómo se exprese el emisor.

Muchas veces las palabras no son suficientes, o correctas, en cambio, una mano, una sonrisa una mirada comprensiva pueden ser lo que contenga al paciente, lo que lo anime, que lo haga sentir acompañado en este contexto tan frío.

la importancia de no estar corriendo al lado de nuestro paciente, hacerlo sentir más que un número en nuestra planilla dedicarle tiempo de calidad, nuestro cuerpo expresa nuestro apuro, la posición que adoptamos frente a esta persona es sumamente importante para marcar de manera positiva su paso por el quirófano.

5. Empatía

Si acudimos al diccionario en un intento por apelar a un mínimo rigor al iniciarnos en el camino del descubrimiento de la empatía, encontraremos que su etimología procede del griego, y empátela que por lo tanto no es un concepto tan novedoso como nos gustaría pensar. A pesar de que las definiciones entre distintos diccionarios presentan sutiles diferencias, la mayoría coincide al presentar la estrecha conexión con el mundo emocional en el escueto titular con el que definen el concepto. Algunos lo llaman “capacidad”, otros directamente “sentimiento” para identificarse con algo o con alguien, y las diferencias semánticas podrían extenderse hasta el infinito, pero existe una constante al querer incluir en la definición la participación afectiva de un sujeto con una realidad ajena a la propia.

La empatía está referida entre otras cosas a la escucha activa, la comprensión y el apoyo emocional. Además, la empatía implica tener la capacidad suficiente para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para tomar perspectiva, tanto cognitiva como afectiva, respecto a la persona que nos expresa su estado emocional.

Quizá en algunas ocasiones no te has sentido escuchado por falta de feed back, apoyo o comprensión. En otras muchas ocasiones, quizá sientas que no has sabido atender adecuada y empáticamente al estado emocional de la otra persona y te preguntes: ¿Qué necesito o debo hacer para ser más empático?

5.1 componentes de la empatía

Fundamentalmente, los componentes de la empatía son los siguientes:

1. SABER ESCUCHAR

Presta atención a lo que explica o argumenta la otra persona, atiende a las manifestaciones no verbales, como sería en el caso de los gestos que se corresponden con el estado de ánimo que se verbaliza y no interrumpas el discurso verbal.

Además, reflexiona sobre lo que la otra persona te está comunicando, expresa señales de seguimiento activo a modo de feedback: mira a la cara, asiente con la cabeza o refleja expresiones faciales congruentes con aquello que te está explicando la otra persona.

Por otro lado, es necesario mostrar interés preguntando detalles sobre el contenido de la conversación.

2. INTERPRETAR LAS SEÑALES NO VERBALES

Comprende los mensajes transmitidos de carácter paralingüístico, tales como la entonación, el tiempo de respuesta, el volumen...

3. MOSTRAR COMPRENSIÓN

Podemos mostrar comprensión congruente a aquello que nos explican a través de frases como: "Comprendo que actuases así". "Entiendo cómo te sientes". "La verdad es que debiste pasarlo genial"...

No se deben invalidar, rechazar o juzgar las emociones de la persona que las expresa ya que esta es una premisa fundamental para mostrar sensibilidad empática.

A pesar de la comodidad que el instrumentador quirúrgico siente en este ámbito es imprescindible expresarle al paciente que comprendemos su incomodidad, su miedo al lugar nuevo, en caso de ser su primera intervención, explicar de manera no técnica a cada paso cual es el proceso, estar atentos a los requerimientos y dudas que pudieran surgir durante su ingreso y preparación.

4. PRESTAR CONTENCION EMOCIONAL SI ES NECESARIO

Es importante preguntar siempre a nuestro interlocutor si necesita algún tipo de ayuda. Sin embargo, en muchas ocasiones con el simple hecho de escuchar activamente al otro le permitimos "ventilar" y gestionar su estado emocional. De esta forma siente alivio por tener un oyente confiable a quien transmitir sus emociones.

Cuando la persona que escucha empáticamente ha vivido una situación emocional semejante a la que se está expresando, el proceso comunicativo es más fluido, ya que se produce una mayor sintonía emocional.

Diseño metodológico

Se realizará un estudio exploratorio, ya que la empatía en el área quirúrgica es un tema poco abordado hasta el momento, se busca entender si el tiempo entre cirugías es un factor determinante ante la atención empática hacia el paciente quirúrgico. Este estudio será retrospectivo ya que se interrogará a los instrumentadores sobre sus labores diarias, conocimientos de comunicación, conocimientos y obligaciones legales y cuál es su nivel de información con respecto a la empatía con el paciente en quirófano durante el último trimestre del año 2019, considerando que en la actualidad los mismos se encuentran limitados en algunos aspectos por motivos de público conocimiento, actual pandemia COVID19.

El área de estudio en la que se realizara la investigación es un reconocido sanatorio de la zona de Balvanera, CABA, Buenos Aires, Argentina

La población que se investigara serán cada uno de los instrumentadores quirúrgicos de la institución. Los criterios de inclusión que se tendrán en cuenta serán, instrumentadores quirúrgicos con una antigüedad mayor a 1 año desempeñando sus tareas en la institución. Los criterios de exclusión serán: instrumentadores quirúrgicos que cuenten con menos de 1 año de experiencia en la institución, instrumentadores quirúrgicos que se hayan encontrado con cualquier tipo de licencia al momento de realizar el estudio, instrumentadores quirúrgicos que ocupen cargos jerárquicos

Variable	Dimensión	Indicador	categoría
EDAD			DE 20 A 30 DE 31 A 40 DE 40 A 50 MAS DE 50
GENERO			FEMENINO MASCULINO
TIEMPO CON EL QUE CUENTA EL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO ENTRE CIRUGIAS	LABOR DIARIA	¿EN QUE PUESTO DESEMPEÑA ACTUALMENTE SU LABOR?	INTRUMENTADOR ACTUANTE INSTRUMENTADOR CIRCULANTE ARMADO Y CONTROL DE CAJAS ROTATIVO OTRO
		¿QUIÉN ES EL ENCARGADO DE REALIZAR EL CHECK LIST (ETAPA PREOPERATORIA) EN LA INSTITUCION DONDE USTED DESEMPEÑA SU LABOR?	UN INSTRUMENTADOR QUE REALIZA SOLO ESA TAREA EL CIRCULANTE UNA ENFERMERA EL ANESTESIOLOGO UN RESIDENTE OTRO
		LA INSTITUCION EN LA QUE USTED DESEMPEÑA SU LABOR, ¿CUENTA CON ENFERMERA O ALGUN OTRO PROFESIONAL DESTINADO A LA RECEPCION DEL PACIENTE?	SIEMPRE A VECES NUNCA
		¿SIENTE QUE CONTAR CON UNA ENFERMERA U OTRO PROFESIONA QUE REALICE LA RECEPCION DEL PACIENTE ALIVIA O ALIVIARIA SU LABOR DIARIA?	SIEMPRE A VECES NUNCA

		¿REALIZA USTED TAREAS DE ASISTENTE DE ANESTESIA?	SIEMPRE A VECES NUNCA
		LA INSTITUCION EN LA QUE USTED DESEMPEÑA SU LABOR, ¿CUENTA CON TECNICOS DE ANESTESIA?	SI NO
		¿SIENTE QUE ES EXTRICTAMENTE NECESARIO CONTAR CON TECNICO DE ANESTESIA PARA ALIVIAR SU LABOR DIARA?	MUCHO POCO SOLO A VECES
	PREPARACION DE QUIROFANO	¿ES USTED ENCARGADO DE PREPARAR LO NECESARIO PARA LAS CIRUGIAS EN LAS QUE FUE ASIGNADO?	SI NO A VECES
		¿EN QUE MOMENTO DEL DIA SE PREPARA LO NECESARIO PARA REALIZAR CIRUGIAS?	AL COMIENZO DE LA JORNADA ENTRE CIRUGIAS NO SE ENCARGA DE ESA TAREA
		¿QUIEN ES EL ENCARGADO DE REPONER LOS FALTATES DE QUIROFANO?	EL INSTRUMENTADOR CIRCULANTE ENCARGADO DE FARMACIA TURNO NOCHE OTROS
	ASPECTOS LEGALES	¿USTED CHEQUEA QUE EL CONSENTIMIENTO QUIRURGICO SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE COMPLETO Y FIRMADO?	SI NO A VECES
		EN CASO DE ENCONTRAR UN CONSENTIMIENTO INFORMADO QUE NO SE ENCUENTRA FIRMADO ¿CUÁL ES SU ACTITUD?	LE INDICO AL PACIENTE QUE LO FIRME LE AVISO AL MEDICO TRATANTE O AYUDANTE LE AVISO A UN SUPERIOR
		AL CONCLUIR CADA CIRUGIA USTED, ¿CORROBORA QUE CADA	SIEMPRE

		PROFESIONAL HAYA COMPLETADO EL CORRESPONDIENTE PARTE?	A VECES CASI NUNCA
		SI LA CIRUGIA EN LA QUE USTED SE DESEMPEÑO COMO CIRCULANTE CUENTA CON MUESTRAS YA SEA DE LABORATORIO O PATOLOGIA ¿ES USTED EL ENCARGADO DE ROTULAR LAS MISMAS, FIJARLAS Y ACENTARLAS PARA SER RETIRADAS POSTERIORMENTE?	SI NO A VECES
RECEPCION DEL PACIENTE	EMPATIA	AL MOMENTO DE RECIBIR UN PACIENTE, ¿SE PRESENTA CON NOMBRE, APELLIDO Y FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA?	SIEMPRE NUNCA A VECES
		SI USTED U OTROS COLEGAS NO SE PRESENTAN CON APELLIDO NOMBRE Y ROL QUE DESEMPEÑA, ¿A QUÉ CREE QUE SE DEBE?	FALTA DE TIEMPO FALTA DE INTERÉS OTRO
		¿COMO SE DIRIGE AL PACIENTE?	POR SU NOMBRE DE PILA POR SU APELLIDO EVITO TRATO PERSONALIZADO
		SI USTED U OTROS COLEGAS EVITAN EL TRATO PERSONALIZADO AL PACIENTE O LO TRATA POR APELLIDO, ¿A QUE SE DEBE ESTA DISTANCIA?	ME PARECE LO CORRECTO POLÍTICA DE LA INSTITUCIÓN FALTA DE INTERÉS
		¿ESCUCHA O UTILIZA EN LA COTIDIANEIDAD DE SU TRABAJO REFERIRSE AL PACIENTE CON EL NOMBRE DE SU CIRUGÍA Y NO POR EL NOMBRE DEL PACIENTE?	SI NO A VECES
	ESTADO ANIMICO DEL PACIENTE	¿SE INTERESA POR EL ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE?	SIEMPRE NUNCA A VECES
		DESDE SU PUNTO DE VISTA Y BASADO EN SU EXPERIENCIA PERSONAL, ¿CUAL DIRIA QUE ES EL PRINCIPAL MIEDO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A CIRUGIA?	ANESTESIA AMBIENTE DESCONOCIDO RESULTADOS DE SU CIRUGIA OTROS
		SI EN EL INGRESO A LA PLANTA QUIRURGICA, USTED NOTA	SIEMPRE

		ANGUSTIA O MIEDO EN EL PACIENTE, AL MOMENTO DE DESPERTAR USTED ¿LO CONTIENE RECORDANDO ESTE SENTIMIENTO?	NUNCA A VECES
	LENGUAJE	¿QUE FORMAS DE LENGUAJE CONOCE?	CONTACTO FISICO CONTACTO VISUAL VERBAL LOS TRES
		CUANDO EL PACIENTE MANIFIESTA MIEDO O ANGUSTIA ¿UTILIZA ALGUNA DE ESTAS FORMAS DE COMUNICACIÓN PARA CONTENERLO?	SI NO A VECES
		SI USTED U OTRO MIEMBRO DEL EQUIPO QUIRURGICO NO INTENTAN CONTENER AL PACIENTE, ¿A QUÉ CREE QUE SE DEBE?	FALTA DE TIEMPO FALTA DE INTERÉS POLITICA DE LA INSTITUCION OTRO
		EN CASO DE QUE EL PACIENTE TENGA DUDAS QUE USTED NO SEPA RESPONDER ¿CÓMO REACCIONA?	RESPONDO DE MANERA EVACIVA AVERIGUO Y RESPONDO BUSCO LA PERSONA ADECUADA PARA RESPONDER OTROS

Encuestas

Colegas, soy alumna de la universidad abierta interamericana, carrera de licenciatura en instrumentación quirúrgica, solicito su colaboración para la realización de una breve encuesta la cual no llevara más de unos minutos, las respuestas serán totalmente anónimas y no hay correctas e incorrectas.

agradezco su tiempo y franqueza a la hora de responder.

1. Indique su edad

☐ De 20 a 30

☐ De 31 a 40

☐ De 40 a 50

☐ Más de 50

2. Indique su genero

☐ Femenino

☐ Masculino

☐ Otro

3. ¿En qué puesto desempeña actualmente su labor?

☐ Instrumentador actuante

☐ Instrumentador circulante

☐ Armado y control de cajas

☐ Esterilización

☐ Rotativo

☐ Otro

4. ¿Quién es el encargado de realizar el check list (etapa preoperatoria) en la institución donde usted desempeña su labor?

- ☐ Un instrumentador que realiza solo esa tarea
- ☐ El circulante
- ☐ Una enfermera
- ☐ El anestesiólogo
- ☐ Un residente
- ☐ Otro

5. La institución en la que usted desempeña su labor, ¿cuenta con enfermera o algún otro profesional destinado a la recepción del paciente?

- ☐ Siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

6. ¿Siente que contar con una enfermera u otro profesional que realice la recepción del paciente alivia o aliviaría su labor diaria?

- ☐ Si
- ☐ No

7. ¿Es usted encargado de preparar lo necesario para cirugías que le fueron asignadas?

- ☐ Si
- ☐ No

8. ¿En qué momento del día se prepara lo necesario para realizar cirugías?

- ☐ Entre cirugías
- ☐ Al inicio de la jornada
- ☐ No realizo dicha tarea
- ☐ Otro

9. ¿Quién es el encargado de reponer los faltantes de quirófano?

- ☐ El instrumentador circulante
- ☐ Encargado de farmacia
- ☐ Turno noche
- ☐ Otros

10. ¿Realiza usted tareas de asistente de anestesia?

- ☐ Siempre
- ☐ A veces
- ☐ Nunca

11. La institución en la que usted desempeña su labor, ¿cuenta con técnicos de anestesia?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ A veces

12. ¿Siente que es estrictamente necesario contar con técnico de anestesia para aliviar su labor diaria?

☐ Si

☐ No

13. ¿Usted chequea que el consentimiento quirúrgico se encuentre debidamente completo y firmado?

☐ Si

☐ No

☐ A veces

14. En caso de encontrar un consentimiento informado que no se encuentra firmado ¿cuál es su actitud?

☐ Le indico al paciente que lo firme

☐ Le aviso al médico tratante o ayudante

☐ Le aviso a un superior

☐ Otros

15. Al concluir cada cirugía usted, ¿corrobora que cada profesional haya completado el correspondiente parte?

☐ Siempre

☐ A veces

☐ Casi nunca

16. Si la cirugía en la que usted se desempeñó como circulante cuenta con muestras ya sea de laboratorio o patología ¿es usted el encargado de rotular las mismas, fijarlas y asentarlas para ser retiradas posteriormente?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ A veces

17. Al momento de recibir un paciente, ¿se presenta con nombre, apellido y función que desempeña?

- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ A veces

18. Si usted u otros colegas no se presentan con apellido nombre y rol que desempeña, ¿a qué cree que se debe?

- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Falta de interés
- ☐ Otro

19. ¿Cómo se dirige al paciente?

- ☐ Por su nombre de pila
- ☐ Por su apellido
- ☐ Evito trato personalizado

20. Si usted u otros colegas evitan el trato personalizado al paciente o lo trata por apellido, ¿a qué se debe esta distancia?

- ☐ Me parece lo correcto
- ☐ Política de la institución
- ☐ Falta de interés

21. ¿Escucha o utiliza en la cotidianeidad de su trabajo referirse al paciente con el nombre de su cirugía y no por el nombre del paciente?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ A veces

22. ¿Se interesa por el estado emocional del paciente?

- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ A veces

23. Desde su punto de vista y basado en su experiencia personal, ¿cuál diría que es el principal miedo de los pacientes que ingresan a cirugía?

- ☐ Anestesia
- ☐ Ambiente desconocido
- ☐ Resultados de su cirugía
- ☐ Otros

24. ¿Qué formas de lenguaje conoce?

- ☐ Contacto físico
- ☐ Contacto visual
- ☐ Verbal
- ☐ Todas las anteriores

25. Cuando el paciente manifiesta miedo o angustia ¿utiliza alguna de estas formas de comunicación para contenerlo?

- ☐ Si
- ☐ No
- ☐ A veces

26. Si usted o sus colegas no intentan contener al paciente, ¿a qué cree se debe?

- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Falta de interés
- ☐ Política de la institución
- ☐ Otro

27. En caso de que el paciente tenga dudas que usted no sepa responder ¿cómo reacciona?

- ☐ Respondo de manera evasiva
- ☐ Averiguo y respondo
- ☐ Busco la persona adecuada para responder
- ☐ Otros

28. ¿Conto con capacitación para tratar al paciente de manera empática?

☐ Si

☐ No

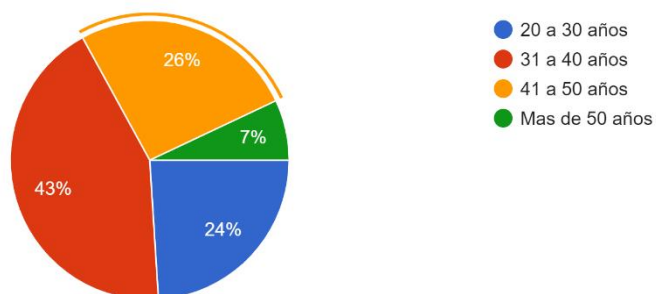
29. ¿Considera de importancia la capacitación en el trato con el paciente?

☐ Si

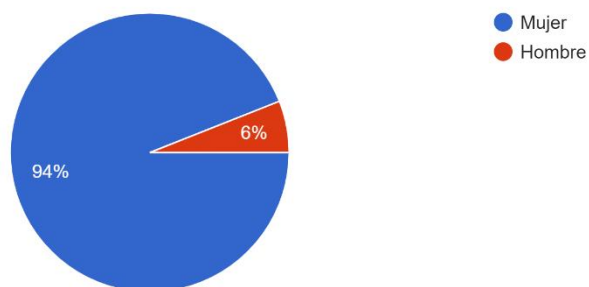
☐ No

Gráficos.

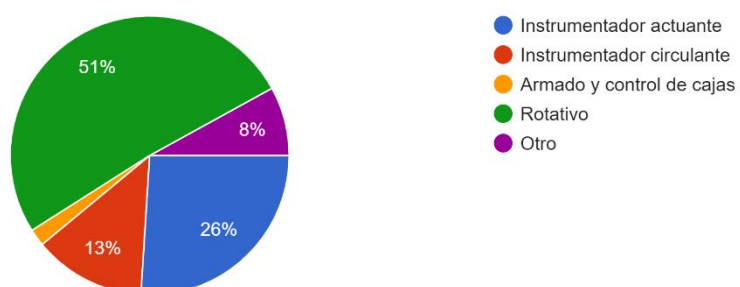
Indique su edad
100 respuestas



Indique su genero
100 respuestas

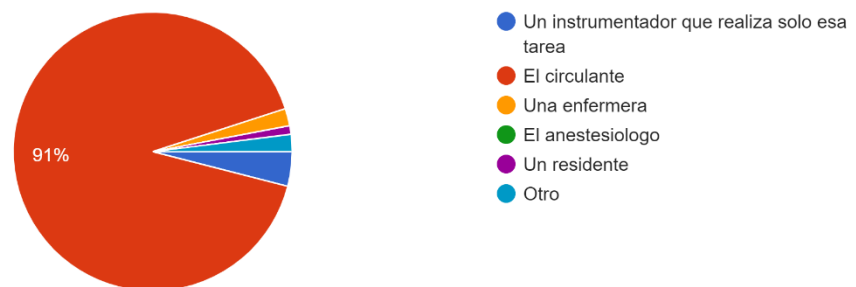


¿En qué puesto desempeña actualmente su labor?
100 respuestas



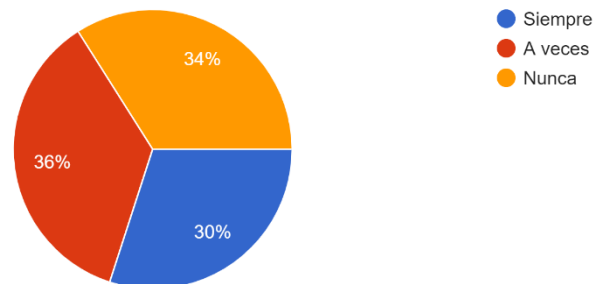
¿Quién es el encargado de realizar el check list (etapa preoperatoria) en la institución donde usted desempeña su labor?

100 respuestas



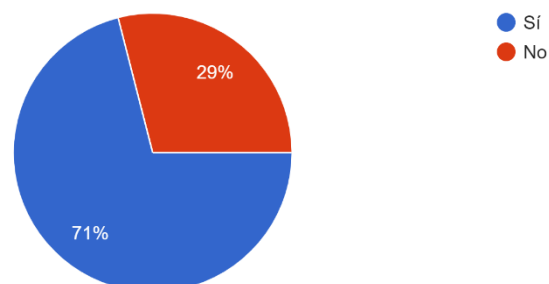
La institución en la que usted desempeña su labor, ¿cuenta con enfermera o algún otro profesional destinado a la recepción del paciente?

100 respuestas



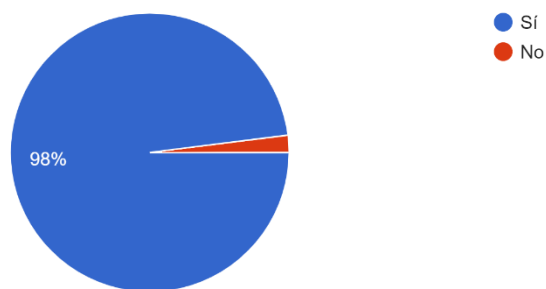
¿Siente que contar con una enfermera u otro profesional que realice la recepción del paciente alivia o aliviaría su labor diaria?

100 respuestas



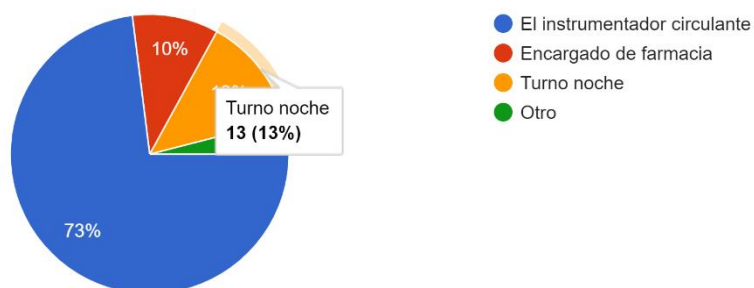
¿Es usted encargado de preparar lo necesario para cirugías que le fueron asignadas?

100 respuestas



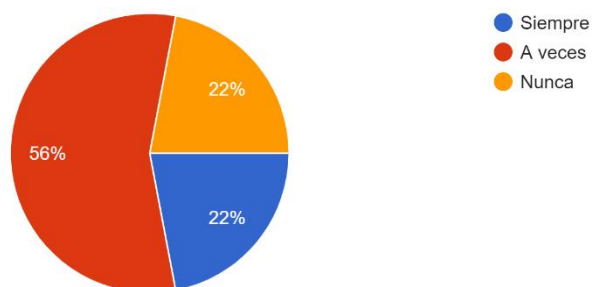
¿Quién es el encargado de reponer los faltantes de quirófano?

100 respuestas

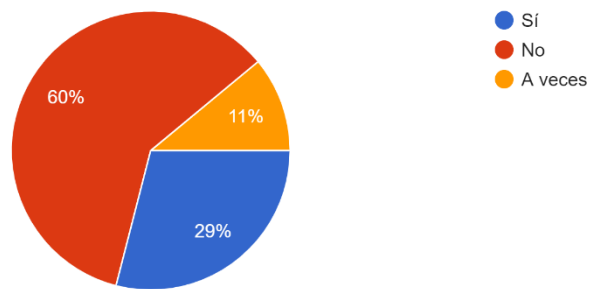


¿Realiza usted tareas de asistente de anestesia?

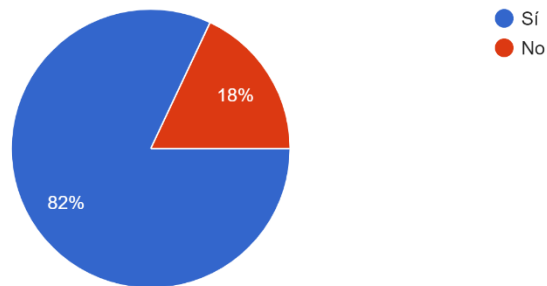
100 respuestas



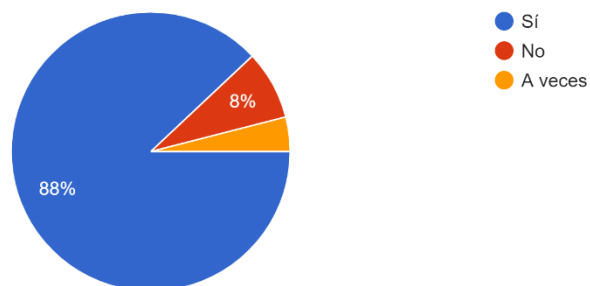
La institución en la que usted desempeña su labor, ¿cuenta con técnicos de anestesia?
100 respuestas



¿Siente que es estrictamente necesario contar con técnico de anestesia para aliviar su labor diaria?
100 respuestas

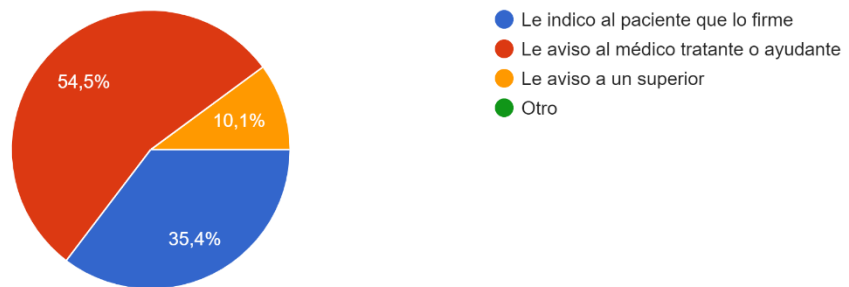


¿Usted chequea que el consentimiento quirúrgico se encuentre debidamente completo y firmado?
100 respuestas



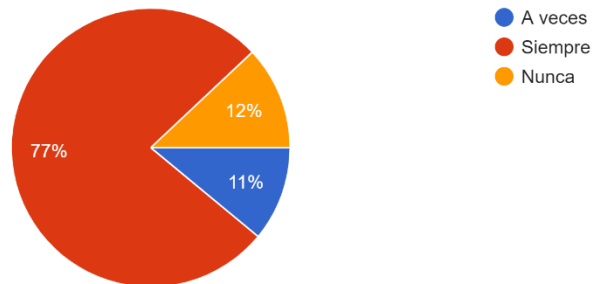
En caso de encontrar un consentimiento informado que no se encuentra firmado ¿Cuál es su actitud?

99 respuestas



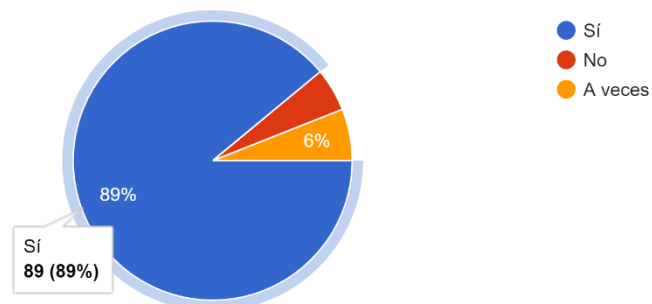
Al concluir cada cirugía usted, ¿corroborar que cada profesional haya completado el correspondiente parte?

100 respuestas

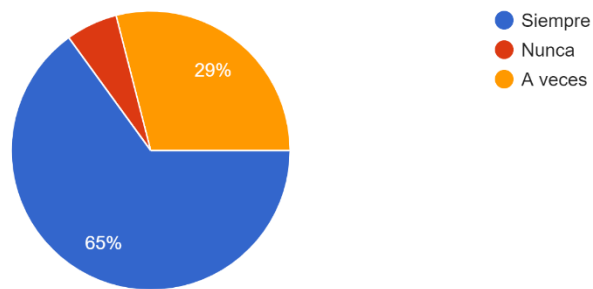


Si la cirugía en la que usted se desempeñó como circulante cuenta con muestras ya sea de laboratorio o patología ¿es usted el encargado gado...as y asentarlas para ser retiradas posteriormente?

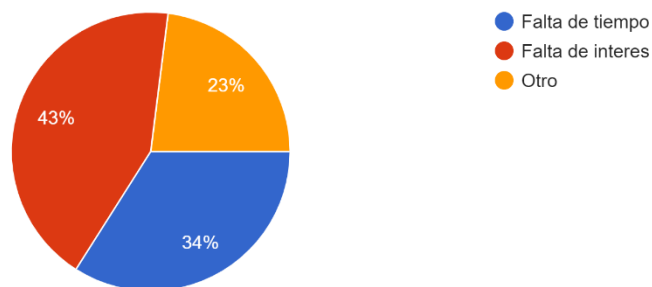
100 respuestas



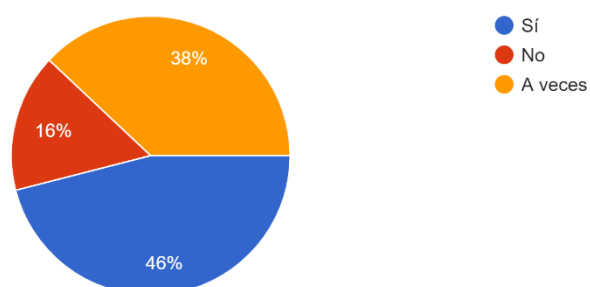
Al momento de recibir un paciente, ¿se presenta con nombre, apellido y función que desempeña?
100 respuestas



Si usted u otros colegas no se presentan con apellido nombre y rol que desempeña, ¿a qué cree que se debe?
100 respuestas

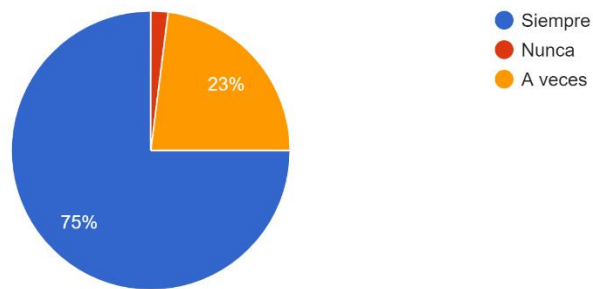


¿Escucha o utiliza en la cotidianeidad de su trabajo referirse al paciente con el nombre de su cirugía y no por el nombre del paciente?
100 respuestas



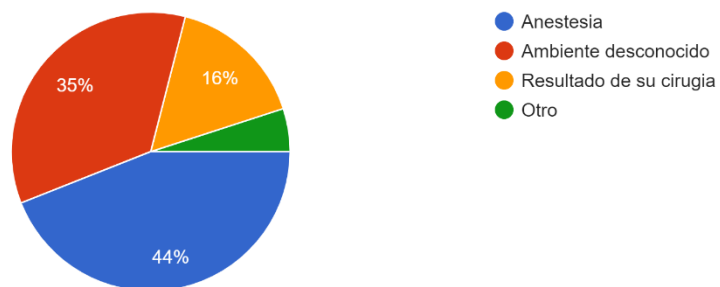
¿Se interesa por el estado emocional del paciente?

100 respuestas



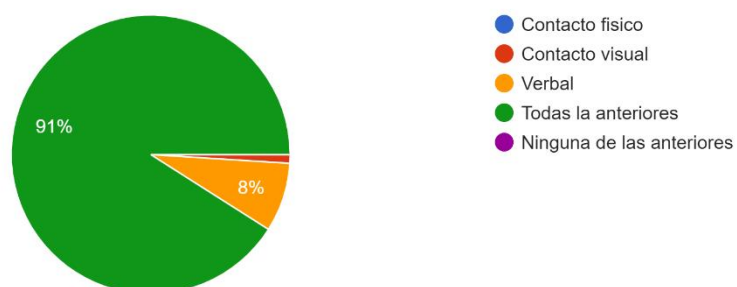
Desde su punto de vista y basado en su experiencia personal, ¿Cuál diría que es el principal miedo de los pacientes que ingresan a cirugía?

100 respuestas



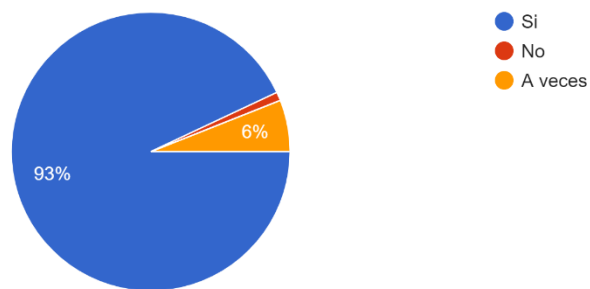
¿Qué formas de lenguaje conoce?

100 respuestas



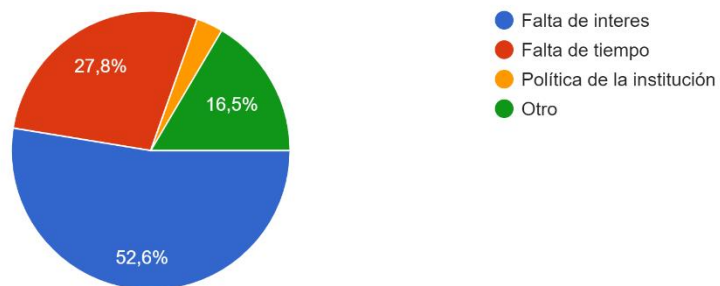
Cuando el paciente manifiesta miedo o angustia ¿utiliza alguna de estas formas de comunicación para contenerlo?

100 respuestas



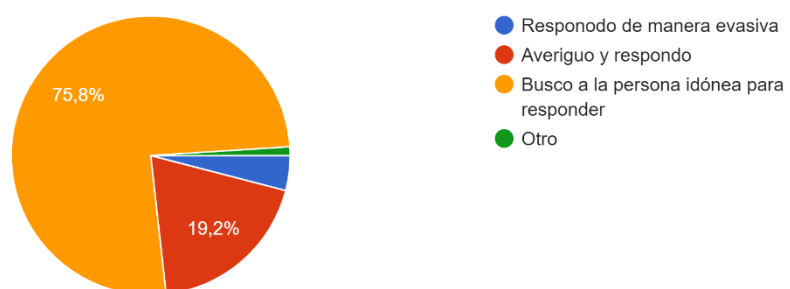
Si usted o sus colegas no intentan contener al paciente, ¿a qué cree se debe?

97 respuestas

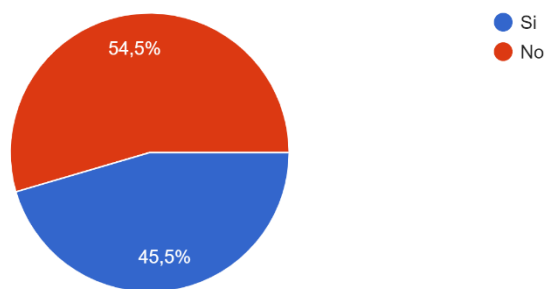


En caso de que el paciente tenga dudas que usted no sepa responder ¿Cómo reacciona?

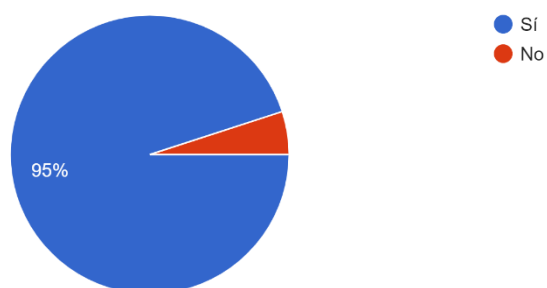
99 respuestas



Durante su formación, ¿conto con capacitación para tratar de manera empática al paciente?
99 respuestas



¿Considera necesario que se incluya en el programa de capacitación material sobre esta temática?
100 respuestas



Conclusión

Luego de realizadas las encuestas en un marco de 100 encuestados, llegamos a las siguientes estadísticas:

De cada 100 encuestados la gran mayoría, un 43%, se encuentra en un rango etario de entre 31 y 41 años, mientras que la menor cantidad, apenas el 7%, se encontraron en 50 años o más el resto de los resultados presentaban una variante relativamente pareja el 24 y 26% se encontró en rangos de 20 a 30 años y 41 a 50 respectivamente.

De estos la gran mayoría fueron mujeres dejando solo el 6%, de encuestados con sexo masculino.

El 51% de los encuestados realiza tareas rotativas, el 8% indico realizar otras tareas, mientras el 41% restante tiene tareas específicas en su lugar de trabajo, dentro de las mismas se encuentra instrumentadora circulante, actuante y tareas de armado de cajas.

El 91% de los encuestados refirió que quien se desempeña como circulante es el encargado de realizar el check list en el ingreso a quirófano, mientras solo el 4% cuenta con personal específico para esta tarea.

Cuando se indago sobre contar con una enfermera que reciba el paciente las respuestas rondaron el 30% entre siempre, a veces y nunca. Pero la gran mayoría de los encuestados, un 71% está de acuerdo con que contar con una enfermera que realice esta tarea es de gran ayuda.

Casi todos los instrumentadores encuestados preparan todo lo necesario para realizar las cirugías que fueron asignadas, esta tarea, según los datos aportados se realizan o bien al comienzo de la jornada o entre cirugías. Con respecto también a materiales el 73% se encarga de reponer los faltantes en quirófano.

Al mencionar los técnicos de anestesia como personal de apoyo indispensable más del 80% expreso la necesidad de contar con los mismos, aunque actualmente sólo el 29% cuenta siempre con este apoyo, y el 56% realiza tareas de asistencia en esta área.

Al consultar sobre aspectos referentes al consentimiento informado, nos encontramos con un 88% de instrumentadores que chequean que este se encuentre firmado y completo, mientras un 8% no lo revisa, en caso de encontrar un consentimiento no firmado la gran mayoría actúa de manera correspondiente dando aviso al médico cirujano, mientras un llamativo 34% indica que lo firme.

Con respecto a la devolución de la historia clínica la mayoría corrobora que la misma se encuentre debidamente completa, también el fijado rotulado y archivado de muestras de anatomía patológica, es tarea de esta gran mayoría.

Solo el 65% de los encuestados se presenta con los pacientes cuando mantienen un primer contacto con ellos, y la gran mayoría piensa que esta negativa se debe a falta de interés, compartiendo su motivo, aunque en menor porcentaje la falta de tiempo, con la que se cuenta para este momento.

El 90% de los encuestados señala tratar al paciente por su nombre de pila, pero hace referencia a que cuando existe esta falta de trato personalizado por lo general es por falta de interés, en menor cantidad, pero no menos importante, señala que es política de la institución este trato despersonalizado, también un dato importantísimo señala que un 84% de los encuestados ha oído o se ha referido al paciente con el nombre de su cirugía y no con su nombre.

Un 75% de los encuestados manifiesta estar interesado por el estado anímico de los pacientes, expresando basado en experiencia y percepción que los principales miedos son, anestesia y ambiente desconocido.

El 91% de los instrumentadores encuestados se encuentran instruidos con respecto a los tipos de lenguaje que existen, el 8% solo conoce el lenguaje verbal. Un 93% manifiesta utilizar o haber utilizado estas herramientas para brindar apoyo al paciente si este se encuentra afligido.

Un llamativo 52% expreso que de no brindar contención al paciente estima que es por falta de interés, en menor medida se observó resonante también la respuesta de falta de tiempo.

Si el paciente presentara dudas que no puede responder, el 75% busca alguien capacitado para despejar las dudas, el 19% averigua y responde mientras un 4% evade la pregunta.

Con respecto a la capacitación que recibieron durante su formación académica, más de la mitad no conto con la misma casi la totalidad de los encuestados considera más que importante incluir a la misma en la curricula de la carrera.

Luego de realizadas las estadísticas, llegue a la conclusión de que, la gran mayoría de los instrumentadores quirúrgicos se encuentran interesados en el trato empático hacia el paciente, pero muchos de ellos no han contado con la capacitación suficiente para abordar la misma, muchos de ellos cuentan con poco tiempo entre cirugías, ya que realizan tareas

de recepción de paciente, chequeo de estudios complementarios, preparación de suministros y asistente de anestesia, mencionando también el poco tiempo con el que se cuenta entre cirugías.

Independientemente de esta última apreciación considero de suma importancia, implementar como pauta la presentación del personal al paciente con nombre y función que desempeña, el trato personalizado a cada paciente, siempre con el debido respeto, por su nombre de pila, dedicar tiempo de valor al momento del check list, respetar el modelo del mismo, que sabemos que es de suma importancia, pero también brindarle la debida importancia al paso del paciente por el quirófano, erradicar el comportamiento de “es uno más” ‘para comenzar a pensar que “no somos uno más para él”. Y fundamentalmente capacitar a las nuevas generaciones de manera tal que la empatía pueda ser un requisito más a la hora de tratar humanos y no solo pacientes.

Bibliografía

Argote, J. I. (2019, 14 enero). *Equipos de protección individual ante el riesgo biológico en el sector médico-sanitario*. Interempresas. <https://www.interempresas.net/Medico-hospitalario/Articulos/231877-Equipos-de-proteccion-individual-ante-el-riesgo-biologico-en-el-sector-medico-sanitario.html>

Bermejo, J. C. (2012, 12 enero). *Empatía y ecpatía*. José Carlos Bermejo. <https://www.josecarlosbermejo.es/empatia-y-ecpatia/>

Comunicación. (2020, 18 octubre). En *Wikipedia, la enciclopedia libre*. <https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n>

Definición de Bioseguridad. (2013, 3 julio). Facultad de Medicina. <https://medicina.udd.cl/sobre-la-facultad/comite-institucional-de-bioseguridad/definicion-de-bioseguridad/#:%7E:text=La%20bioseguridad%20es%20un%20conjunto,potencialment e%20infecciosos%20o%20con%20cargas>

Entradas, V. M. (2020, 8 marzo). *Empatía y escucha activa como mejor tratamiento*. FisioMarcos. <https://lafisioterapiasegunmarcos.wordpress.com/2020/03/08/empatia-y-escucha-activa-como-mejor-tratamiento/>

Ministerio de Salud y Ambiente. (2005, 16 diciembre). ministerio de salud y ambiente. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/112349/norma.htm>

Panattieri, N. D., & Dackiewicz, N. (2019). Consenso: Seguridad del paciente y las metas internacionales. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 117(6), 3-25. <https://doi.org/10.5546/aap.2019.s277>