

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES EN ENFERMERÍA CON
EXPERIENCIA EN NEUROCIRUGÍA SOBRE NECESIDADES DE
CUIDADO PREOPERATORIO EN PERSONAS SOMETIDAS A
CRANEOTOMÍA DESPIERTO**

Trabajo final de investigación aplicada sometida a la consideración de la Comisión de Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica

SUSTENTANTES:

CINTHIA MIRANDA VEGA

PRISCILLA VARGAS PAEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2023

Dedicatoria

Este trabajo final de investigación se lo dedico a mi familia, definitivamente sin ese apoyo a lo largo del tiempo no hubiera sido posible lograr esta meta. A mi mamá por ser mi ejemplo y esa persona que me motiva siempre a seguir aprendiendo; a mi pequeña Sofi por haber sido mi compañera fiel, por el tiempo y la paciencia que me tuvo aún cuando deseaba estar jugando y prefirió ir a clases conmigo. Agradezco enormemente a Dios por permitirme lograr una meta más en mi vida; a mi amiga Cinthia Miranda porque sin su excelente trabajo esto no sería lo mismo, por toda la paciencia que me tuvo a mi y a Sofi; a Noé Ramirez y Mauricio Parrales por el apoyo incondicional; finalmente, agradezco a todas las personas que ayudaron en la realización de esta tesis y me alentaron a seguir adelante.

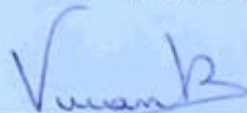
Priscilla Vargas Páez

Dedicatoria

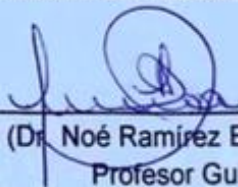
Este trabajo final de investigación se lo dedico primeramente a Dios, por ser mi luz en los momentos de turbulencia; a mis padres por ser mi ejemplo de lucha, constancia y superación; Ma y Pa, gracias por hacer de mi una mejor persona. A Boa, mi compañero de vida, por acompañarme en las traspasadas, por secar cada lágrima derramada, por que siempre estuviste a mi lado en los momentos más felices y en los que la frustración me ganaba, por tu sensatez, y comprensión durante este proceso. A mis amigas Priscilla Vargas y Sofi, las mejores compañeras que he tenido, excelentes personas, y con una calidez humana excepcional. A Pri por ser una extraordinaria profesional, y enseñarme que se puede ser y hacer; gracias por compartir la experiencia de este y muchos trabajos realizados; a Noé Ramirez y Mauricio Parrales por todo el conocimiento compartido, por el apoyo incondicional a lo largo de este aprendizaje; y finalmente un agradecimiento a todas las personas que colaboraron en la realización de esta tesis.

Cinthia Miranda Vega

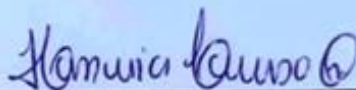
"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica".



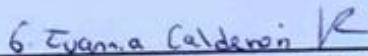
(Dra. Vivian Vilchez Barboza)
Representante de la Decana
Del Sistema de Estudios de Posgrado



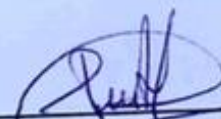
(Dr. Noé Ramírez Elizondo)
Profesor Guía



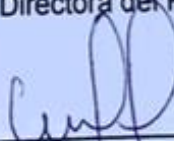
(Mag. Hannia Jamila Caruso Quesada)
Lectora



(Mag. Grethel Ivannia Calderón Román)
Lectora



(M.Sc. Patricia Vargas Leitón)
Representante de la Directora del Programa de Posgrado



Cinthia Patricia Miranda Vega
Sustentante



Priscilla Alejandra Vargas Páez
Sustentante

Tabla de contenido

Hoja de aprobación	iii
Resumen	vi
Lista de cuadros	vii
Lista de tablas	viii
Lista de figuras	ix
Capítulo I: Introdutorio	
1.1 Introducción	2
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivos	8
1.3.1 Objetivo general	8
1.3.2 Objetivos específicos	8
1.4 Formulación del Problema	9
Capítulo II: Marco Referencial	
2.1 Marco empírico	11
2.2 Marco Teórico	16
2.2.1 Modelos de Enfermería	16
2.2.2 Teoría de Virginia Henderson	19
2.3 Marco Conceptual	30
2.3.1 Proceso de Enfermería	30
2.3.2 Enfermería quirúrgica	34
2.3.3 Periodo perioperatorio	35
2.3.3.1 Fase preoperatoria	36
2.3.3.2 Fase intraoperatoria	36
2.3.3.3 Fase post operatoria	37
2.3.4 Craneotomía con paciente despierto	38
Capítulo III Marco Metodológico	
3.1 Tipo de Investigación	43
3.2 Población de Estudio	43
3.3 Recolección de datos	46
3.4 Instrumentos	47

3.4.1	Entrevista semiestructurada	47
3.5	Categorías y subcategorías apriorísticas	49
3.6	Análisis de resultados	55
3.7	Triangulación de la información	55
3.8	Consideraciones éticas	56
4	Capítulo IV: Análisis de Resultados	
4.1	Características de la población entrevistada	59
4.2	Resultados de las entrevistas	60
4.3	Discusión	88
5	Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	
5.1	Conclusiones	108
5.2	Recomendaciones	109
6	Bibliografía	110

Resumen

Introducción: La cirugía de craneotomía con paciente despierto es un procedimiento que ha incrementado su práctica en los últimos años para la resección de tumores cerebrales, la misma se realiza bajo una técnica ampliamente reconocida que favorece el abordaje de lesiones próximas a regiones corticales fundamentales y en la neurocirugía funcional^(1,2).

Métodología: El objetivo de la investigación es determinar la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía sobre las necesidades de cuidado en el preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto. La investigación es de tipo cualitativa, descriptiva; se caracterizó por ser centralizada, ya que los datos fueron extraídos de profesionales en Enfermería que laboran para una misma institución por medio de una entrevista semiestructurada basada en las 14 necesidades de la teoría de Virginia Henderson.

Conclusiones: La participación del profesional en Enfermería que trabaja en sala de operaciones en el periodo preoperatorio, está enfocada principalmente en la obtención de datos que respondan a la revisión y comprobación de requisitos preoperatorios. La principal valoración realizada por estos profesionales es a las necesidades fisiológicas citadas por V. Henderson, siendo éstas las más mencionadas por la mayoría de los participantes. El profesional en Enfermería en el periodo preoperatorio no aplica el Proceso Enfermero como una herramienta para el cuidado de la persona, limita el mismo a la etapa de valoración, siendo la misma incompleta, enfocándose en los requerimientos del procedimiento al que será sometida la persona y con una connotación de presentación personal de empatía.

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Características de los Profesionales entrevistados	59
Cuadro 2. Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento.	61
Cuadro 3. Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento.	64
Cuadro 4. Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento.	66
Cuadro 5. Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento.	67
Cuadro 6. Inferencias interpretativas por Subcategoría por estamento.	68
Cuadro 7. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades fisiológicas.	69
Cuadro 8. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades de seguridad.	73
Cuadro 9. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades de afiliación.	76
Cuadro 10. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades de reconocimiento.	78
Cuadro 11. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades de autorrealización.	80
Cuadro 12. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoria: necesidades fisiológicas.	82
Cuadro 13. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoria: necesidades de seguridad.	83
Cuadro 14. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoria: necesidades de afiliación.	85
Cuadro 15. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoria: necesidades de reconocimiento.	86
Cuadro 16. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoria: necesidades de autorrealización.	87

Lista de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de categorías y subcategorías apriorísticas	50
Tabla 2. Pauta de entrevista semiestructurada	53

Lista de Figuras

Figura 1. Etapas del Proceso Enfermero

33



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

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

Yo, Cinthia Patricia Miranda Vega, con cédula de identidad 205950740, en mi condición de autor del TFG titulado PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES EN ENFERMERÍA CON EXPERIENCIA EN NEUROCIRUGÍA SOBRE NECESIDADES DE CUIDADO PREOPERATORIO EN PERSONAS SOMETIDAS A CRANEOTOMÍA DESPIERTO

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

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

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

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

FIRMA ESTUDIANTE

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



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

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

Yo, Priscilla Alejandra Vargas Páez, con cédula de identidad 112680021, en mi condición de autor del TFG titulado PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES EN ENFERMERÍA CON EXPERIENCIA EN NEUROCIROUGÍA SOBRE NECESIDADES DE CUIDADO PREOPERATORIO EN PERSONAS SOMETIDAS A CRANEOTOMÍA DESPIERTO

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

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

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

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

FIRMA ESTUDIANTE

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

Capítulo I

Introducción

1.1 Introducción

La cirugía de craneotomía con paciente despierto es un procedimiento que ha incrementado su práctica en los últimos años para la resección de tumores cerebrales, la misma se realiza bajo una técnica ampliamente reconocida que favorece el abordaje de lesiones próximas a regiones corticales fundamentales y en la neurocirugía funcional^(1,2).

El realizar esta cirugía bajo anestesia local permite la participación activa del usuario que resulta esencial para realizar intraoperatoriamente varios test de lenguaje y motores de manera consciente, permitiendo que el cirujano logre hacer un mapa cortical que oriente las decisiones quirúrgicas y a su vez, minimice el daño neurológico durante la resección del tumor^(1,3,4).

En pacientes oncológicos, el objetivo quirúrgico está dirigido a reducir al mínimo la masa tumoral garantizando la conservación de las funciones comprometidas, beneficiándose al mismo tiempo de una disminución en la estancia hospitalaria, el decremento de déficits neurológicos y acortamiento de los tiempos quirúrgicos^(1,2).

El procedimiento puede durar de seis a ocho horas, y se ha evidenciado que por lo menos la mitad de los pacientes recuerdan la craneotomía como la peor experiencia dado que el uso de un taladro es bastante ruidoso y produce vibraciones poco placenteras; la posición del cuerpo y la fijación de la cabeza al clamp Mayfield durante el procedimiento son aspectos críticos donde se expone al usuario a un gran nivel de ansiedad y estrés, influyendo negativamente en el pronóstico postoperatorio y la recuperación, teniendo un impacto en la vida del usuario^(3,5,6).

El nivel de ansiedad que se experimenta influirá negativamente en la actividad de monitoreo cognitivo, la atención y concentración que el cirujano necesita por parte del usuario, teniendo presente que de la cooperación y participación de este depende el éxito del procedimiento quirúrgico⁽⁷⁾.

El realizar un procedimiento quirúrgico como tratamiento, involucra procesos fisiológicos diversos que pueden tener complicaciones irreversibles incluyendo la muerte, por lo que va a desarrollar cambios en el estado

psicológico tanto de la persona como de las familias, cambiando el ambiente social. Supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante, produciendo un impacto en la vida con efectos en los familiares y generando inestabilidad en su dinámica emocional, presentando las siguientes emociones como las más frecuentes: estrés, ansiedad, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión e incertidumbre⁽⁸⁾.

La ansiedad se define como la vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, es un sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro, es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar el acto quirúrgico; cuando no se ha tenido previo contacto con el medio quirúrgico, y se desconocen las rutinas y etapas que lo acompañan, el temor y la ansiedad se incrementan⁽⁹⁾.

Se ha documentado poco sobre las experiencias de los usuarios y lo que piensan durante el procedimiento de craneotomía despiertos, sin embargo, se sabe que son cirugías con un considerable impacto que generan necesidades de cuidado distintas en el usuario tanto en el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio^(10,4). La mayor preocupación en la fase preoperatoria se relaciona con los cuidados de autopreservación, en la fase intraoperatoria las preocupaciones giran en torno al rol activo intraoperatorio y mantener la situación bajo control; y en la fase postoperatoria se enfocan en la búsqueda de la tranquilidad de sí mismos⁽⁴⁾.

La preparación perioperatoria busca entender la ansiedad del usuario que será sometido al procedimiento quirúrgico⁽⁶⁾. A través de las relaciones personales basadas en confianza y con las herramientas que provee el personal de salud, los usuarios experimentan un reconocimiento existencial y una alivianación del distrés emocional por lo que es importante manejar las expectativas antes y durante el procedimiento^(11,12,10).

Aunado a lo anterior, se ha evidenciado que los usuarios tienen una gran necesidad de información concreta y directa, definiendo que los espacios de tiempo en las consultas médicas para pensar y hacer preguntas relacionadas

a su diagnóstico y al procedimiento quirúrgico son de mucha ayuda; crearon empatía con las enfermeras, coordinadoras y médicos con los que sintieron que se estableció una relación personal, identificándose como personas iguales reconocidos como seres humanos⁽¹⁰⁾.

El acto quirúrgico permite la puesta en práctica de actividades de atención que respondan a las demandas de los pacientes acerca de la personalización de los cuidados. Los enfermeros quirúrgicos pueden disminuir la ansiedad y temor ante una intervención quirúrgica para evitar su impacto negativo en la evolución y recuperación del postoperatorio, diferentes previsiones han demostrado que la educación preoperatoria tiene resultados beneficiosos en el paciente quirúrgico que van desde disminución del dolor, mayor satisfacción en la calidad de la atención, disminución de la estancia hospitalaria y disminución del nivel de ansiedad entre otras cosas⁽⁹⁾.

El involucramiento de enfermeros quirúrgicos en los programas de craneotomía con usuario despierto como parte del equipo multidisciplinario en los hospitales y centros de salud es fundamental, el manejo de la comunicación interprofesional, la educación en salud, la gestión y el cuidado directo individualizado permiten empoderar al usuario en su rol activo, aclarar dudas y abolir creencias erróneas que fomenten la ansiedad y temor al proceso quirúrgico⁽⁹⁾.

La visita preoperatoria para la valoración del usuario ayuda significativamente en la obtención de información y necesidades previo al procedimiento, lo que permite individualizar los cuidados en quirófano, planificar mejor su actuación durante el tiempo quirúrgico y ofertar acciones de calidad sirviendo a su vez como un nexo de unión con el área quirúrgica⁽⁹⁾.

Centralizar el cuidado en las necesidades del usuario es de gran importancia, así como brindar información sobre la calidad de la recuperación post operatoria y manejar las expectativas de este. Los usuarios señalan recordar más las experiencias positivas en relación a este procedimiento que las negativas, sugiriendo que estas son mejores para el afrontamiento que pueda realizar para tener una buena experiencia de vida⁽⁵⁾.

El proceso enfermero en el usuario sometido a craneotomía despierto a realizarse en la presente investigación, se enfocará en las necesidades de la persona que se identifiquen en la etapa preoperatoria, de manera que la experiencia quirúrgica sea lo más cercana a sus expectativas y favorezca en el desarrollo de la calidad de vida.

La teoría de Virginia Henderson es destacada en la ciencia de Enfermería, se basa en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la actuación de Enfermería, cuya única función es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación⁽¹³⁾. Esta teorizante señala que la función de la enfermera es asistir al individuo, incorporando las categorías de persona, salud, rol profesional y entorno, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la preservación o recuperación de la salud, (en el caso, a una muerte serena) mismas que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesarias, de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible⁽¹⁴⁾.

Así mismo, Henderson no da una definición propia de salud pero la compara con la independencia, considerándola una filosofía humanista, donde las personas tienen determinadas capacidades y recursos reales y potenciales que utilizan para lograr la independencia y satisfacción de sus necesidades, a fin de mantener en estado óptimo la propia salud⁽¹⁴⁾.

Entendiendo lo anterior, la presente investigación para optar por el grado de Maestría Profesional en Enfermería Quirúrgica, acerca de la Percepción de Profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía sobre necesidades de cuidado preoperatorio en personas sometidas a craneotomía despierto pretende demostrar que el cuidado desde la Enfermería quirúrgica no sólo involucra la atención dirigida a solucionar las respuestas orgánicas del ser humano, sino que además es un nexo que une a las personas con las experiencias de vida que desarrollarán en la sala de operaciones cuyo impacto será directo en la necesidades que la misma tenga a futuro.

1.2 Justificación

El trabajo sanitario en los centros de salud es amplio y de múltiples dimensiones, constituido por una red de relaciones e interacciones en la cual se encuentra el individuo. El enfermero es percibido como un líder en la organización de la implementación de la asistencia al involucrar a los diferentes profesionales en el cuidado, además, vincula el equipo de Enfermería en el desarrollo del trabajo de salud, organizando el proceso de trabajo de la Enfermería y coordinando acciones para la salud del equipo de Enfermería en pro del usuario⁽¹⁵⁾.

La aplicación de sustentos teóricos en el proceso de Enfermería, contribuye al desarrollo del conocimiento disciplinar y por ende a mejorar las intervenciones del cuidado de los individuos en sus procesos de salud enfermedad⁽⁸⁾. Cabe destacar que lo anterior es importante durante la participación de enfermeros en los programas multidisciplinarios ya que enfoca y sustenta con bases epistemológicas la profesión de Enfermería y su área de acción entendiendo el cuidado como su principal objeto de estudio que a su vez contribuye al desarrollo de la profesión.

La identificación y clasificación de las necesidades que propone Virginia Henderson permite al profesional priorizar e individualizar la planificación del cuidado y de esta manera poder ajustarse a las necesidades de cuidado de la persona, atendiendo siempre a factores comunes que pueden afectarla como son los aspectos fisiológicos, culturales, del desarrollo de la persona, los conocimientos y las características del ambiente social y económico en el que se desenvuelve.

Cuando una persona se encuentra en un quirófano para ser intervenida, deja de ser independiente y pasa a depender de otras para cubrir sus necesidades. Cada una de estas necesidades detalladas se modifican de una forma u otra a la hora de someterse a una intervención quirúrgica, y por ello deben tenerse en cuenta, observando qué carencias se producen y conociendo los pasos a seguir para evitarlas o solucionarlas lo más rápido y mejor posible⁽¹⁶⁾.

El involucramiento de los enfermeros en programas favorece el desarrollo del cuidado, contribuyen a que los miembros del equipo de Enfermería se sientan parte integrante de la organización y planificación de las actividades en salud promoviendo vínculos importantes que pueden proporcionar calidad en la asistencia.

Investigar sobre el proceso enfermero en usuarios sometidos al procedimiento de craneotomía con paciente despierto en un hospital público, sirve para evidenciar el desarrollo de una práctica de trabajo, bien definida, articulada, comunicativa y de diálogo abierto, centralizada en el usuario, demostrando que la Enfermería quirúrgica es dinámica y capaz de transformar el proceso de trabajo de Enfermería enfocándose en la calidad de la atención a las necesidades del usuario.

Tener un plan coherente para el futuro del desarrollo del conocimiento enfermero es crítica para la supervivencia de la profesión y así para la salud individual y de la sociedad⁽⁸⁾.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la percepción de los profesionales de Enfermería con experiencia en neurocirugía sobre las necesidades de cuidado en el preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar las necesidades fisiológicas, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía
- 2) Identificar las necesidades de seguridad, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía.
- 3) Identificar las necesidades de afiliación, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía.
- 4) Identificar las necesidades de reconocimiento, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía.
- 5) Identificar las necesidades de autorrealización, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía.

1.3 Formulación del Problema

El proceso de Enfermería constituye la base del cuidado integral que se proporciona a la persona; el método científico aplicado a la práctica de Enfermería es fundamental para validar los procesos. Por tanto, resulta determinante la aplicación de éste durante la etapa preoperatoria, considerando las diversas necesidades que presentan las personas que serán intervenidas quirúrgicamente. Por lo cuál se plantea el siguiente problema:

¿Cuáles son las necesidades de cuidado de las personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales de Enfermería con experiencia en neurocirugía en el periodo preoperatorio?.

Capítulo II

Marco Referencial

2. Marco Referencial

2.1 Marco Empírico

Durante el desarrollo de este apartado se describe información relevante sobre estudios llevados a cabo en temas afines al propuesto, siguiendo un orden temático, la mayoría de índole internacional, ya que a nivel nacional es limitada la información registrada. Cabe destacar que a nivel nacional en personas sometidas a intervenciones quirúrgicas mediante Craneotomía despierto no se logran obtener resultados.

Los antecedentes demuestran que el cuidado de Enfermería desde la implementación de modelos de atención taxonómicos puede desarrollarse tanto en el contexto Anglosajón como Latinoamericano, sin embargo, se evidencia que países como Brasil, Chile, Colombia y México son referentes en la documentación e investigación de la aplicación de estos, no así en nuestro entorno.

La craneotomía con el paciente despierto es un procedimiento que data de épocas ancestrales, sin embargo no fue sino hasta el año 1942 que se describe el primer caso de una persona sometida a un procedimiento de esta índole, específicamente Clara Haskil (1895–1960), una pianista famosa, que para ese entonces tenía 47 años de edad; según el registro de datos los síntomas que presentó fueron cefalea intensa y hemianopsia siendo diagnosticada con un tumor cerebral Supraselar. En ese momento el cirujano Marcel David decide realizarle la craneotomía despierta; se dice que mentalmente Haskil recita un concierto de piano de Mozart asociándolo con la representación neuronal para controlar su memoria y habilidades mentales. A pesar de ser una técnica experimental, solo tres meses después la pianista logra tocar el concierto para piano de Mozart. Cabe mencionar que en la evolución de la medicina, este acontecimiento marca un antes y un después en lo que respecta al historial médico, las técnicas de intervención quirúrgica y la rehabilitación⁽³⁰⁾.

En el ámbito internacional diferentes autores mencionan en sus artículos las

ventajas y desventajas de este tipo de procedimiento, así como los requerimientos intraoperatorios.

Estos procedimientos se realizan frecuentemente en la actualidad para la resección del tumor cerebral ya que permiten una evaluación continua del estado clínico y neurológico del paciente durante la apertura cerebral, facilitando la detección temprana de interferencia en la corteza elocuente, y por lo tanto puede permitir que el cirujano maximice los cuidados para limitar los márgenes de resección sin comprometer la función neurológica posterior. El método descrito para optimar los resultados del procedimiento se fundamenta en un bloqueo efectivo del cuero cabelludo, basado según la literatura en nervios específicos como lo son la rama supraorbital, supratroclear, cigomaticotemporal y auriculotemporal del trigémino, así como el nervio occipital mayor y menor, ya que bloquean las áreas sensitivas pero permiten evaluar intraoperatoriamente la función cortical en el paciente despierto. Otros beneficios incluyen la disminución de riesgos quirúrgicos relacionados con la anestesia general y la inestabilidad fisiológica, así como la disminución de periodos de hospitalización, reducción de complicaciones postoperatorias incluyendo las náuseas y vómitos, contribuyendo a una mejor recuperación^(3,5,6,31).

El manejo del dolor postoperatorio, es mayoritariamente farmacológico, se asocia directamente con náuseas, vómitos, y prolongación de estancias hospitalarias, sin embargo no existe un consenso sobre la mejor forma de tratar este padecimiento, ya que el impacto en el rendimiento del paciente sigue siendo desconocido⁽³²⁾.

Dentro de los beneficios que incluyen este tipo de intervenciones, destaca una estadía hospitalaria acortada con mejoras en la recuperación del déficit neurológico. Para lograr cumplir estos objetivos, el enfermero especialista en neurocirugía juega un papel muy importante durante una craneotomía despierta, ya que es parte del equipo que intervienen desde el preoperatorio al paciente, estableciendo una relación de confianza y a la vez valorando el estado cognitivo y físico previo, lo que le permite identificar los cambios que

eventualmente presente el paciente, ya sea en tono muscular o comunicación verbal, durante la resección tumoral. Al detectar un cambio en el discurso o el estado físico del paciente durante la cirugía, el enfermero informa al cirujano, quien detendrá el procedimiento para hacer ajustes en el abordaje del tumor. Detectar un déficit temporal de estado neurológico en el periodo intraoperatorio es determinante para garantizar las acciones correctivas en el momento, evitando con ello daños colaterales a largo plazo, que pueden minimizarse durante la cirugía^(2,9).

Los tumores cerebrales ocupan el décimo séptimo lugar de cáncer a nivel mundial, a pesar de que actualmente los niveles de supervivencia han mejorado, continúan causando cambios en la esperanza de vida, incluso cuando antes del diagnóstico definitivo ya que los síntomas físicos y cognitivos degenerativos se pueden presentar, lo que constituye un reto para el paciente y los prestadores de atención⁽³²⁾.

La capacidad para comprender la información y expresar las necesidades de cuidado y apoyo, se ven directamente impactadas por el diagnóstico y los síntomas cognitivos que presentan las personas con estas afecciones, por tanto, el lograr identificar y describir las necesidades de atención es un reto para los equipos de salud. Los sentimientos de vulnerabilidad relacionados con el entorno hospitalario, la necesidad de ser reconocido por los proveedores de atención médica por igual, y de ser respetados como seres individuales con diferentes necesidades de información, comunicación y comprensión de acuerdo al nivel del déficit que presente constituyen deficiencias durante el proceso según las personas afectadas⁽³⁾.

Con respecto a los sentimientos de los pacientes que son elegidos para craneotomía despierta, los estudios advierten cuatro situaciones específicas: la auto percepción, en la cual la mayoría expresa más miedo a potenciales déficits del movimiento que al déficit de lenguaje posterior a la cirugía; algunos sintieron angustia o terror, otros confianza en el resultado; por otra parte, mencionan ejercicios intraoperatorios para disminuir la tensión. La familia fue un punto clave ya que contribuyó a la solución de conflictos internos, y fue

participe de actividades para preparar y distraer al paciente. Los pacientes tendían a tener conductas protectoras para sus familias. Al imaginar la cirugía afloran sentimientos de emoción mezclados con el miedo de perder el control de sus acciones durante el procedimiento. Algunos centralizaron la atención en la importancia de su papel para mantener la situación bajo control durante la cirugía, fortalecidos por la aprehensión de disminuir afecciones tanto físicas como cognitivas. Después de la cirugía, los pacientes se enfocaron en tranquilizarse ellos mismos y a otros. Se sorprendieron de sentirse tan bien, aunque estaban cansados, se mostraron aliviados de reencontrarse con la familia en lo que denominan normalidad⁽⁴⁾.

El proceso enfermero tiene su origen en los años 1950 bajo la autoría de Lynda Hall, bajo la relación de enfermera paciente, posteriormente en los años 70 y 80 se centraliza en la resolución científica de problemas, que gradualmente evolucionan hacia la toma de decisiones clínicas y juicio clínico. En la actualidad visualiza en función de un proceso de Enfermería basado en un modelo sistemático de pensamiento crítico, que promueve un nivel competente de cuidados, la resolución deliberada de problemas, mediante las acciones que realizan las enfermeras, basadas en aspectos cognitivos del pensamiento/razonamiento, psicomotora correlacionada con el hacer afectiva sentimientos, valores^(33,34).

El Manual institucional de Enfermería de la CCSS del año 2008, señala que en Costa Rica la Enfermería perioperatoria retoma sus primeros conceptualizaciones en el año 1991, mediante reuniones y talleres sobre el tema desarrollados en dicha institución. En abril de 1994, se realizó el Primer Congreso de Enfermería Quirúrgica, teniendo como consecuencia el inicio del programa en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, las capacitaciones oficiales se desarrollan a partir del año 1995. Creando un documento llamado: Historia Clínica de Enfermería Pre-Operatoria, que pretende servir de guía para los profesionales durante las intervenciones en el proceso perioperatorio, en el 2009 se implementa a nivel público en todos los hospitalales de la institución⁽³⁵⁾.

Existe una necesidad de los profesionales de reestructurar el proceso enfermero enfocado hacia una atención de calidad y seguridad, basada en cuidados integrales que generen un impacto directo en la evolución del paciente. La evaluación preoperatoria del paciente es la estrategia más precisa y eficaz para valorar y diagnosticar necesidades que puedan interferir en los resultados del procedimiento quirúrgico⁽²⁰⁾. El proceso de Enfermería relacionado con modelos metodológicos permiten al enfermero aplicar los conocimientos técnico-científicos favoreciendo el cuidado y organizando las condiciones necesarias para la realización de estos, de modo que el pensamiento crítico promueva un estándar de cuidados altamente competentes durante la toma de decisiones de las enfermeras.^(33,34,36,37).

El cuidado brindado a los pacientes debe ir guiado por la calidad. La implementación del proceso de Enfermería desde el lenguaje taxonómico es legitimado como una herramienta que evidencia la mejora de la calidad de la atención de Enfermería mediado por la construcción de conocimientos teóricos y científicos basados en la mejor práctica clínica, que ofrece confiabilidad y seguridad. La evolución de Enfermería requiere emplear bases conceptuales que sirvan de apoyo durante la identificación de las necesidades del paciente y el entorno de este; contribuyendo con una atención de enfermería sistematizada y dirigida hacia la intervención y resolución de problemas del paciente según las limitaciones que se presenten durante la clínica⁽³⁸⁻³⁹⁾.

La atención de Enfermería centrada en las personas, familiares y su ambiente constituyen el eje central de los modelos conceptuales apartir del siglo XX. Este enfoque central proporciona una oportunidad para desarrollar la práctica consistente con una base de conocimiento científico. Mediante el abordaje integral y biopsicosocial de los pacientes que requieren del cuidado enfermero; razón por la cuál se fundamenta el uso de teorizantes durante el proceso de Enfermería⁽⁴⁰⁾.

El proceso de Enfermería es fundamental durante el cuidado de los pacientes, su enfoque amerita la aplicación del modelo metodológico, validado mediante

evidencia científica estandarizada que permita la valoración, identificación de necesidades de atención, formulación de diagnósticos en conjunto con los resultados esperados y los obtenidos finalmente. Por lo cuál hoy en día se recomienda el uso de las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), considerados lenguajes propios de la disciplina, reconocidos y aceptados internacionalmente⁽⁴¹⁾.

El periodo de enfermedad correlacionado con la intervención quirúrgica genera en las personas diferentes necesidades de atención, las cuáles deben ser abordadas de manera hollística; es imprescindible comprender que los pacientes ingresan en un sistema totalmente desconocido que implica riesgos, generándoles sentimientos de inseguridad, miedo, nerviosismo y ansiedad, con implicaciones tanto físicas, psicológicas como sociales y ambientales, que requieren ser diagnosticados e intervenidos desde la valoración prequirúrgica con el fin de disminuir los efectos negativos que se puedan dar durante el perioperatorio. La ansiedad antes de una intervención quirúrgica se asocia con estancias y convalecencias más prolongadas, así como el aumento de la percepción del dolor postoperatorio^(9,42).

La ansiedad de la familia del paciente intervenido quirúrgicamente, puede ser abordada desde el periodo preoperatorio, mediante el uso de la tecnología como apoyo audiovisual durante la educación; es fundamental involucrar en el proceso a los familiares, debido a que generalmente constituyen el eje medular del apoyo que recibe el paciente. De igual manera se evidencia la necesidad de prepararlos para el cambio y las necesidades de cuidado que puede requerir el paciente durante el perioperatorio.⁽⁴³⁾.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Modelos de Enfermería

Los modelos de Enfermería se fundamentan en principios filosóficos y científicos que permiten interpretar el fenómeno de interés de la disciplina “el

cuidado”, constituyendo las bases de las acciones del profesional en la práctica y la investigación fundamentada en la evidencia científica, mejorando la satisfacción y los resultados en los pacientes^(44,45).

Florence Nigthingale, es considerada la precursora de la Enfermería moderna, ya que desde su concepción de Enfermería evidenció la necesidad de contar con marco teórico que fundamentara el cuidado enfermero; siendo creadora del primer modelo conceptual de Enfermería que reconoce los componentes del arte, la ciencia, la interrelación entre el individuo y el medio ambiente como factores determinantes en la recuperación de la salud⁽⁴⁵⁾.

La conceptualización de la Enfermería se da en medida que se logren unificar los cuidados enfermeros con los modelos conceptuales y las teorías de Enfermería, definiendo la naturaleza del cuidado, permitiendo establecer objetivos claros desde el pensamiento crítico y la aplicación del marco conceptual. Esta conceptualización de la teoría enfermera es la base para describir, explicar, predecir o prescribir los cuidados de Enfermería^(44,46,47).

Menciona Alligood según Cross: “ *La acumulación sistemática de conocimientos es esencial para progresar en cualquier profesión...sin embargo teoría y practica deben ser constantemente interactivas. La teoría sin la práctica esta vacía y la práctica sin la teoría es ciega*”^(38, p110).

Tal cual lo menciona el enunciado anterior, es fundamental la interacción de la teoría con la practica asistencial para la Enfermería como disciplina y ciencia del cuidado, el sustento teórico permite al profesional de Enfermería realizar las acciones propias del cuidado Enfermero, lo que a su vez distingue la profesión de otras; si bien es cierto se debe de trabajar en la interdisciplina es necesario validar el conocimiento y el accionar profesional por medio de la investigación propia.

La Enfermería moderna contempla la base del conocimiento en el desarrollo de los modelos teóricos y la unión del Proceso Enfermero como método científico para la aplicación de los cuidados, contemplando cada una de sus etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación⁽⁴⁴⁾.

El profesional de Enfermería debe distinguirse de otros profesionales del campo de la salud, con un desarrollo propio del cuidado holístico, con una participación activa, un juicio crítico en las diferentes aras del quehacer asistencial, docente, investigativo y administrativo. El quehacer enfermero debe ir mas allá de la aplicación técnica al realizar procedimientos; englobando en el cuidado las respuestas humanas a través de la unión del sustento teórico de los modelos de cuidado con la práctica asistencial, lo que representa la disciplina, y reflejan la utilidad social⁽⁴⁷⁾.

Los modelos de Enfermería unen los trabajos teóricos a la disciplina enfermera con el metaparadigma del cuidado orientado en los seres humanos(persona), el entorno, la salud y la Enfermería, lo que ha contribuido al crecimiento científico de la profesión. Alligood clasifica los trabajos teóricos en cuatro corrientes⁽³⁸⁾:

- Las filosofías: constituyen las bases del significado de los fenómenos de la Enfermería por medio del análisis, razonamiento y presentación lógica de conceptos e ideas. [1]
[SEP]
- Los Modelos conceptuales: enmarcan conceptos que explican la relación entre sí de los fenómenos centrales de la Enfermería, definen los conceptos del metaparadigma.
- Teorías de Enfermería: análisis derivados de filosofías, modelos conceptuales de enfermería, grandes teorías(derivadas de un modelo conceptual), y teorías de enfermería abstractas o de otras disciplinas. [1]
[SEP]
- Teorías de nivel intermedio: específicas para la práctica, incluyen aspectos prácticos, de análisis, detallando aspectos específicos como grupo de edad, estado de salud, posición del paciente, acciones de Enfermería.

Las filosofías, teorías y modelos de Enfermería favorecen el pensamiento crítico y la acción de la enfermera para realizar una valoración conjunta que

facilite la recolección de datos, evaluando y decidiendo las acciones de la práctica enfermera basada en evidencia^(47,45).

Los modelos de cuidado centrados en el paciente se dan a partir de la premisa de que la atención debe dirigirse hacia el paciente, no hacia la enfermedad; durante el proceso de atención se debe trabajar para y con la persona, involucrando a la familia y el entorno, con el objetivo de desarrollar los planes de cuidado según las necesidades y preferencias propias del paciente, lo que permite brindar una atención humanizada de alta calidad^(48,49).

Ortiz refiere la importancia de asociar los cuidados enfermeros con la atención centrada en el paciente siguiendo los principios del Picker Institute (n.d.), los cuales basan la atención centrada en el paciente desde la perspectiva del cuidado apegado al respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por los pacientes, participación de familiares y amigos, coordinación e integración de la atención, información, comunicación, educación, comodidad física, apoyo emocional, alivio del miedo y la ansiedad, transición y continuidad, y acceso a la atención. La literatura refleja que cuando la Enfermería considera a la persona como el centro del cuidado, respeta la dignidad del ser humano y logra fortalecer la identidad profesional, a través del desarrollo del ejercicio profesional autónomo^(45,48).

2.2.2 Teoría de Virginia Henderson

Según Meleis la corriente filosófica de integración hombre, entorno y necesidades agrupa a teóricas de la enfermería que trataron de dar respuesta al quéhacer de las enfermeras; siendo Virginia Henderson una de las referentes mas representativas de esta corriente, orientando los cuidados hacia la persona, y la respuesta frente a las diferentes situaciones que convergen alrededor de salud, enfermedad, entorno y las repercusiones que tienen en el bienestar⁽⁴⁶⁾.

En la actualidad el modelo de Virginia Henderson es uno de los que mayormente se adopta en la prestación de cuidados, ya que este permite enlazar el proceso enfermero con la práctica asistencial.

Virginia Henderson nació en Kansas City Missouri, Estados Unidos en el año 1897 y falleció en marzo de 1996. Realizó sus estudios en Enfermería en la Army School of Nursing de Washington donde se graduó para el año 1921. Dentro de su experiencia profesional se desempeñó en actividad asistencial en el Henry Street Visiting Nurse Service, fue precursora de la necesidad que tenía la Enfermería de fundamentarse en sus propias teorías y modelos de cuidado. Se desarrolla en el ámbito de la docencia y la investigación en la Universidad Yale y en la Universidad de Columbia. Dentro de la literatura dedicada a Enfermería realizó 3 obras en el transcurrir de su vida: Principles and Practice of Nursing (1955), Basic Principles of Nursing Care (1960), The Nature of Nursing (1966). En el campo de la investigación de Enfermería desarrolló el Nursing Studies Index Project. Es considerada una de las primeras teóricas de la Enfermería actual, con el desarrollo de la Teoría de las 14 necesidades⁽⁵⁰⁾.

Formuló su propia definición de Enfermería para el Consejo Internacional de Enfermería, citando:

“La función singular de la Enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible” ^(51,p6).

Según la visión de Henderson la enfermera debe considerar al paciente la figura central del cuidado, con el objetivo de asistirle en cualquier momento de la vida o en la fase de la muerte; para ello es fundamental valorar las necesidades de cuidado que tiene la persona, y de acuerdo con la información obtenida debe proporcionar los cuidados; ya sea a una persona enferma o saludable. La enfermera debe ser capaz de identificar y satisfacer estas necesidades como si fuera el propio paciente para poder saber que es lo que realmente necesita, en el entendido de que es ella quien determina y ejecuta el plan de cuidados, con la responsabilidad de fomentar en el paciente el

autocuidado a través de la enseñanza y el estímulo, siempre promoviendo la independencia de manera oportuna, facilitando estrategias que ayuden a la persona a realizar las actividades por sí mismo lo más pronto posible, ya que entre más independiente sea el paciente más pronto será la recuperación.

El modelo de Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial y espiritual, que evoluciona durante la interacción con el entorno, de ahí que los comportamientos entre la enfermera y el paciente pueden ser modificables en el transcurso de la atención, pasando de relaciones de dependencia total a autonomía del cuidado^(38,51-53).

El metaparadigma de Enfermería en el modelo de Virginia Henderson se describe como^(38,51-53) :

- Persona: ser integral, con componentes biopsicosociales y espirituales que se interrelacionan entre sí. Un todo complejo con diferentes necesidades de cuidado, que requieren un abordaje centrado en la persona y la familia, ya que conforman una unidad.
- Cuidado: consiste en satisfacer temporalmente las necesidades básicas de la persona; asistiéndole parcial o totalmente según el grado de dependencia, autonomía, conocimiento, fuerza o voluntad de la persona.
- Salud: máximo grado de independencia, satisfacción y calidad de vida, basado en las 14 necesidades interactuando entre sí. Toda persona necesita independencia para auto cuidarse y realizarse integralmente. Si esto no le es posible, requerirá la asistencia de otros; por lo tanto, es más importante promover la salud que cuidar de la persona enferma⁽¹⁰⁻¹¹⁾.
- Enfermería: servicio de ayuda a la persona mediante cuidados que permitan a la persona satisfacer las necesidades básicas. Requiere de conocimientos biopsicosociales y espirituales.
- Entorno: abarca conjunto de factores y condiciones externas que rodean a la persona, familia y comunidad. Abarcan las relaciones entre

sí, que pueden influir positiva o negativamente en la salud, el desarrollo y la satisfacción de las necesidades de la persona.

Para Virginia Henderson la enfermera cumple diferentes roles, según las necesidades de cuidado que tenga la persona, estas son:^(38,51-53)

- La enfermera sustituta, encargada de asumir el cuidado total, ya que la condición de salud/enfermedad no le permiten a la persona realizarse por sí mismo estos cuidados; menciona que la enfermera debe realizar los cuidados del paciente como si fueran sus propias necesidades.
- La enfermera desde el rol asistencial, en el cuál brinda únicamente los cuidados que la persona no se puede realizar, como funciones propias del quehacer de Enfermería
- La enfermera acompañante, permanece al lado de la persona, asesorándole y reforzando la independencia, buscando siempre que el tenga el mayor grado de autonomía.

Los conceptos esenciales de la Teoría de Virginia Henderson son⁽⁴⁴⁾:

- Necesidades básicas: conjunto de 14 necesidades básicas derivadas de los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que proporcionan armonía, integralidad e individualidad a cada persona.
- Cuidados básicos: son acciones de cuidado basadas en el juicio y razonamiento clínico del profesional de Enfermería, desarrolladas para satisfacer las necesidades básicas de la persona, suplir la autonomía, asistirle y ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad para satisfacerlas por sí misma. Se aplican a través del plan de cuidados elaborado de acuerdo a la valoración integral de las necesidades de cada persona.
- Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.
- Dependencia: Déficit del desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ya sea por falta de fuerza,

conocimientos o voluntad, que no le permite satisfacer las necesidades básicas, según edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

- Autonomía: Capacidad de la persona para desarrollar el potencial máximo para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.
- Agente de autonomía asistida: persona que realiza acciones dirigidas a satisfacer las necesidades que requieren algún grado de suplencia.
- Manifestaciones de independencia: Conductas o acciones adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer las necesidades básicas de la persona.
- Manifestaciones de dependencia: Conductas o acciones inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, que resultan como consecuencia de falta de fuerza, conocimiento o voluntad de la persona.

Virginia Henderson determinó que los cuidados de Enfermería se derivan de 14 necesidades básicas presentes en todo ser humano, según el metaparadigma persona, salud, entorno, y la relación con la enfermera; estas son^(38,44,51-55):

- Necesidad de respirar normalmente:
La enfermera debe conocer la fisiopatología de la respiración, comprendiendo las tres fases que se dan en el proceso.
Para ello es necesario valorar la respiración externa o pulmonar mediante los movimientos del tórax durante la inspiración y la espiración, la frecuencia respiratoria y el ritmo, las características de este, coloración de piel, mucosas, uñas, tensión arterial, capacidad del paciente para toser y expulsar secreciones, color, ruidos accesorios, vías aéreas despejadas, dificultad respiratoria y causas de esta.
De igual forma la enfermera debe ser capaz de orientar y educar al paciente y a los familiares con las posturas correctas durante la respiración y como llevar acabo ejercicios que le beneficien a nivel respiratorio. Henderson además menciona la importancia de mantener

el ambiente lo mas limpio posible, vigilando la calidad del aire y la temperatura.

- Necesidad de comer y beber adecuadamente:

El modelo contempla las necesidades de la persona de consumir líquidos y alimentos que le proporcionen nutrientes para sobrevivir.

Al valorar esta necesidad la enfermera debe contemplar y conocer el tipo de dieta e hidratación, según el estado nutricional del paciente, tomando en cuenta variables como la talla y peso, la edad; y factores propios del paciente como costumbres, patologías, estado cavidad oral y dentadura, capacidad de deglutir y masticar, apetito, estado anímico, horarios requeridos y cantidades, así como las creencias religiosas y culturales

- Necesidad de eliminar por todas las vías de eliminación:

Se debe valorar esta necesidad desde la capacidad que tiene el organismo de desechar sustancias perjudiciales para el metabolismo, su principal función es mantener un equilibrio de líquidos para preservar una adecuada función multiorgánica.

Se contemplan vías de excreción mediante la eliminación intestinal, urinaria, espiración, tegumentaria , descamación del endometrio. Para realizar una adecuada valoración en necesario identificar el patrón de eliminación fecal y de micción del paciente de acuerdo a cantidad, frecuencia, características de las muestras, estado previo de estreñimiento, dolor o dificultad de eliminación, perdida de control de las funciones excretoras.

Se debe valorar también por edemas y sudoración, flemas o secreciones y la menstruación.

Se incluye en esta necesidad el cuidado óptimo de la higiene del paciente.

- Necesidad de moverse y mantener la posición conveniente (al caminar, sentarse, acostarse o cambiar de una posición a otra):

En esta necesidad se debe valorar las actividades del diario vivir del paciente y la autonomía que tiene para realizarlas; ya que el grado de

independencia o dependencia de un paciente en gran parte se determina por la capacidad de moverse para realizar por si mismo las actividades diarias.

Es importante tomar en cuenta que la movilidad esta asociada con la salud física y mental, por ello la enfermera debe realizar una adecuada valoración neuromusculoesquelética del paciente con el fin de determinar el grado de movilidad, el equilibrio, la actividad física que este realiza habitualmente, si existen limitaciones y como solventarlas, el manejo del dolor como limitante; así como el adecuado uso de la mecánica corporal al realizar actividad física.

La motivación es un eje fundamental para incentivar al paciente y a la familia, por tanto, se debe involucrar activamente a las partes en el cuidado.

- Necesidad de dormir y descansar:

El descanso y el sueño son muy importantes para la salud y el bienestar físico y psicológico del paciente; debido a que mientras se duerme y se descansa se logra un equilibrio natural entre los centros neuronales, incidiendo directamente en la recuperación del paciente.

Para que el paciente pueda conciliar el sueño y descansar adecuadamente requiere de un ambiente relajado, tranquilo, en el cual se sienta seguro. Por ello se deben valorar las condiciones ambientales tales como los ruidos externos, las luces, la temperatura y el aire del ambiente, el nivel de insomnio o dificultad para conciliar el sueño y de gran importancia a tener en cuenta los hábitos del paciente, en el entendido de la individualidad; respetando las preferencias de la persona.

De igual manera es necesario abordar factores como la ansiedad, el estrés, el dolor y los signos físicos que presenta el paciente, ya que el manejo de estos factores es determinante para ayudarlo con el patrón del sueño y descanso.

- Necesidad de elegir prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa:

Para el paciente desde una perspectiva cultural, ideológica, social y emocional, la vestimenta y el poder vestirse por si mismo representa identidad, personalidad, comodidad, y protección, tanto física como de su intimidad, generando seguridad.

En esta necesidad la enfermera debe comprender la necesidad del paciente como parte del cuidado, tomando en cuenta que el seleccionar la ropa que desea utilizar le da un sentido de pertenencia, que influye directamente en el sentido de independencia de la persona.

- Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, mediante el uso de prendas adecuadas y modificando las condiciones ambientales:

Al valorar esta necesidad se debe tomar en cuenta que la termorregulación corporal incluye la producción de calor y la eliminación de este. La producción de calor esta asociada con la transformación química dada durante la liberación de energía del metabolismo (oxidación), la cuál se elimina como calor en reposo y como calor y trabajo en actividad. La pérdida de calor se da por mecanismos físicos como conducción, radiación, evaporación y convección.

La normotermia del cuerpo oscila entre los 36,5 y 37 °C. La enfermera debe valorar aspectos que influyen en la sensación de frío o calor del paciente: temperatura, sensación térmica del ambiente y entorno de la habitación, uniformidad de temperatura corporal, circunstancias y medios de adaptación del organismo a cambios de temperatura, así como aspectos clínicos de la persona.

La termorregulación del organismo contempla cuidados asociados con métodos físicos y farmacológicos de calefacción o enfriamiento según el caso. Se recomiendan los cambios de ropa, la utilización de abrigos, sábanas y cobijas, o mantas térmicas, manejo de la temperatura ambiental, apertura de ventanas y puertas, ingesta de hidroelectrolitos y agua, el uso de sistemas de acondicionamiento de temperatura(ventiladores, aires acondicionados, calentadores), uso de

compresas y baños de ducha. En caso necesario reposición de fluidos y medicamentos.

- Mantener la higiene y aseo personal y proteger la integridad de la piel: Con el fin de realizar una adecuada valoración la enfermera debe abordar dentro de esta necesidad los hábitos de higiene del paciente, para ello es necesario conocer aspectos relacionados con la limpieza y el aseo incluyendo la frecuencia del baño, útiles de preferencia, el lavado de cavidades oral, nasal, perianal, y genitourinaria, la movilidad. De igual manera resulta indispensable realizar una valoración exhaustiva del estado general y las características de estas (color y olor). Es pertinente involucrar al paciente y familia en el proceso con el fin de brindarle la mayor independencia posible.

El sistema tegumentario se encarga de proteger al organismo de microorganismos, percibir sensaciones como texturas, formas, calor-frío; y a la vez ayuda a mantener la termorregulación corporal, de ahí la importancia de promover la higiene corporal y preservar en el mayor grado posible la integridad cutánea. Se debe educar al paciente y la familia en la importancia de evitar lesiones en la piel y mucosas, mediante observaciones constantes de cambios en la piel como manchas, prurito y heridas; cambios de posición, hidratación constante, ropa y sábanas confortables, nutrición adecuada.

- Necesidad de Evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otro:

Al abordar la necesidad la enfermera debe tener presente que dentro de los peligros ambientales existen aquellos que se ven y los que no se pueden visualizar a simple vista, pero existen; para poder abordar estos peligros es necesario trabajar con la premisa de seguridad para evitar lesiones físicas, psicológicas y sociológicas, ya que al sentirse inseguro la persona utiliza mecanismos de defensa para enfrentar los peligros. Por tanto, es de suma importancia conocer y evaluar al paciente individualmente ya que los peligros pueden ser percibidos según las circunstancias de cada quién.

Dentro de la valoración se debe evaluar el estado de consciencia, orientación, memoria, percepción, depresión, ansiedad, delirios, o coma. El uso de medicamentos, adhesión al control y autocontrol, apego al tratamiento y esquemas de vacunación, la movilidad o sensorio limitado, condiciones ambientales, riesgo de caídas, estado psicológico, pérdidas recientes en su estilo de vida, familia, entorno.

Todo lo anterior con el fin de valorar si el paciente es autosuficiente para permanecer solo por periodos de tiempo, con la seguridad de no lastimarse y no lastimar a otros, ya sea al movilizarse o al realizar actividades cotidianas.

- Necesidad de Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.:

Es fundamental para toda persona interactuar con otros y con el entorno; la necesidad de poder expresar lo que se piensa y se siente es innata del ser humano, el uso del lenguaje y las emociones facilita la interacción social con los demás, y a la vez garantiza un mejor estado de salud tanto física como psicológica. Por tanto, el papel de la enfermera acompañante es vital para ayudar al paciente a comunicarse y a expresarse

La enfermera debe promover el bienestar del paciente, valorando la aceptación propia del paciente, el manejo de la soledad, el miedo, la ansiedad y las emociones, las relaciones interpersonales e interfamiliares, la interacción social y cultural, la capacidad de expresión y comunicación, el apego familiar y como vive la sexualidad.

- Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores. Profesar su religión:

Las creencias se asocian con el asentamiento firme de un pensamiento o algo y los valores con las normas que regulan el comportamiento humano, formando parte de la identidad; están determinadas por la experiencia de vida, la edad de las personas y la cultura; determinan las decisiones y las acciones que una persona acepte como buenas o no; por ello es necesario respetar la autonomía del paciente.

Cabe destacar que si bien es cierto esta necesidad se asocia con rendir culto según su fe, no es lo mismo que religión ni espiritualidad, sin embargo, estas últimas también se encuentran inmersas en la necesidad propia de la persona y deben ser respetadas y valoradas de acuerdo a la influencia que estas tengan en el paciente al afrontar la salud, enfermedad o muerte.

La enfermera debe valorar la percepción del paciente de la situación de salud y bienestar según las creencias, valores, religiosidad, espiritualidad y filosofía de vida.

- Necesidad de ocupación para la autorrealización. Trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho:

Esta necesidad esta basada en el ideal del ser humano de desarrollar su potencial al máximo para autorealizarse; mediante el desarrollo de sus capacidades máximas, guiadas por el talento, las ideas, las oportunidades, y los conocimientos adquiridos en su vida.

El paciente necesita sentirse productivo para autorealizarse y consecuentemente preservar y reforzar su autoestima y salud mental.

De ahí la importancia de que al valorar esta necesidad la enfermera conozca los gustos e intereses y fomente el alcance de metas y logros del paciente, al realizar las actividades diarias por si mismo. Debe además valorar la situación laboral y las repercusiones del estado de salud en la vida y el entorno del paciente, el autoconcepto de la imagen, la actitud familiar y el estado de dependencia, y la participación del paciente en la toma de decisiones.

- Necesidad de participar en actividades recreativas:

El ser participe de actividades que generen satisfacción, diversión, productividad es imprescindible para mantener un equilibrio biopsicosocial y espiritual. Estas actividades se convierten en herramientas para ayudar a la persona a liberar el estrés y la tensión; por ello es importante que al desarrollarlas la enfermera valore las capacidades funcionales y los factores propios del paciente como la edad, los gustos e intereses, las emociones y la disposición que tenga

de realizar la actividad. Aunado con la persuasión, la perseverancia y la motivación para alcanzar las metas establecidas.

- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la ^[1]salud normales:

El ser humano tiene la necesidad de aprender adquiriendo conocimientos, actitudes y habilidades que guíen el desarrollo del comportamiento. Este aprendizaje depende de factores biofísicos y cognitivos de la persona relacionados con la capacidad de razonar, memorizar, la concentración, la edad, el estado físico y psicológico. Para aprender la persona debe de estar motivado en querer aprender, si esta bajo situaciones de estrés, ansiedad, depresión, es poco probable que pueda adquirir el conocimiento, las habilidades y actitudes que se requieren para el aprendizaje.

Otro factor a tomar en cuenta es el entorno en el cual se desarrolla este aprendizaje, medios oscuros, con limitación de espacio, poca circulación de aire o ruidosos, no son óptimos para prestar atención lo que interfiere en el proceso. Todos estos factores deben ser tomados en cuenta durante la valoración de la enfermera, por tanto, al desarrollar la estrategia de aprendizaje debe de utilizar recursos que sean del agrado y comprensión del paciente y la familia.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Proceso de Enfermería

La Enfermería se sustenta en la unión de ciencia, disciplina y el arte del cuidado, donde se abarcan cuidados individualizados dirigidos a las personas, las familias, y las comunidades, durante cualquier etapa de la vida, con el compromiso de proporcionar una atención humanizada, segura y de calidad basada en la evidencia. Por tanto, es necesario para Enfermería incluir en el cuidado la protección, la promoción, y prevención de la enfermedad, mejora de la salud o alivio del sufrimiento a través del diagnóstico, tratamiento y promoción de la asistencia^(51,53).

El profesional en Enfermería quirúrgica es una figura indispensable del equipo multidisciplinario que participa en la atención de la persona que será sometida a un procedimiento quirúrgico y su familia; sus acciones van a impactar directamente en el éxito y la calidad de la recuperación de la salud de la persona.

La cirugía como tratamiento de elección terapéutico genera una gran vulnerabilidad en la persona, quien necesita de cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios físicos, pero también necesitan de un cuidado humanista, que viene a ser tan importante como los otros cuidados. Es por ello que se necesita de una interrelación entre profesional y persona que garantice el bienestar, la tranquilidad y el accionar oportuno durante todo el periodo perioperatorio, siempre con calidad y calidez para lograr el mayor nivel de satisfacción⁽⁵⁶⁾.

La satisfacción en las personas que son sometidas a procesos quirúrgicos y su familia sirve a su vez como un indicador de calidad y direcciona a “identificar posibles áreas de mejora sobre el proceso terapéutico aplicado, requiriéndose de cuidados de Enfermería con gran sensibilidad y capacidad humana por parte de las Enfermeras Especialistas”⁽⁵⁶⁾.

El Modelo de las Relaciones Interpersonales de Pepleau, citado por Suárez y Huahuasoncco (2017) señala que⁽⁵⁶⁾:

Enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud, es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

La comunicación entre profesional y la persona siempre va ser prioritaria en el ejercicio de la práctica profesional sirviendo como eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos; debido a que⁽⁵⁶⁾: “la profesión de Enfermería se basa en una relación eminentemente humana entre una persona que ha perdido la salud y

una profesional que posee formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda” (p. 8). En los últimos años, la educación en Enfermería se torna como la respuesta a la preocupación por mejorar la calidad, por innovación de tecnologías que permiten estar al día en los conocimientos y los procesos relacionados al cuidado, así como a las demandas en salud de la población.

La enfermedad y todo el proceso perioperatorio: “trae consigo una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria, compañía, confort de hogar e imagen corporal” (56,p.9). Asimismo, en la persona “los principales temores surgen en torno a: la anestesia general, a no despertar, a la pérdida del control consciente de la situación, a la sensación de indefensión de “no quedar como antes” y a no ser aceptado” (56,p.9,10). Es por lo anterior, que la cirugía se maneja como una situación de estrés psicológico tanto para la persona como también para la familia.

De acuerdo con Suárez y Huahuasoncco (2017)⁽⁵⁶⁾:

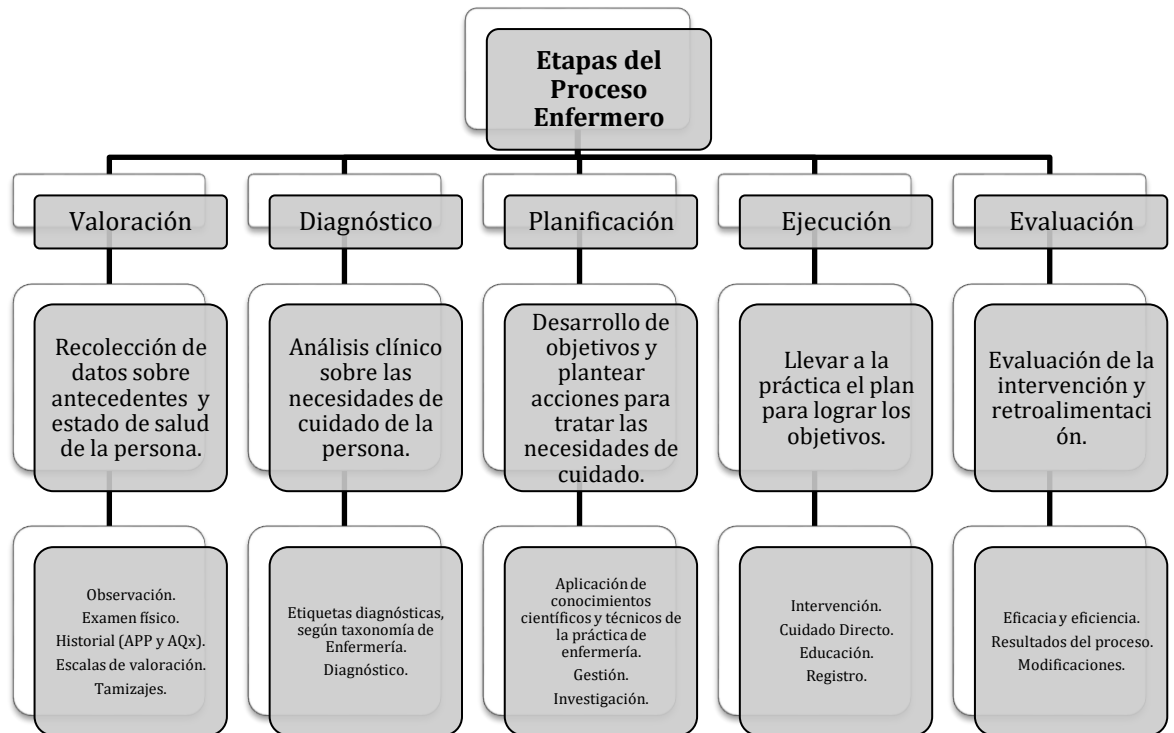
“El ingreso hospitalario implica separaciones y el abandono del hogar por parte del enfermo, por cuyo futuro pueden temer los restantes miembros del grupo familiar. Se agregan también muchas dificultades prácticas: mayores gastos económicos, problemas en el manejo del hogar, la alteración del ritmo de vida familiar por la necesidad de acompañar y cuidar al paciente durante su recuperación, etc.” (56, p.21).

El proceso enfermero (PE), es el método sistemático y organizado por el cual se administran los cuidados de Enfermería; este proceso se hace de manera individualizada, centrándose en la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas de la persona. Es a su vez, la herramienta de Enfermería o el método científico que facilita la resolución científica de los problemas a los cuidados de una manera integral y humanizada.

Los inicios de la consideración del Proceso Enfermero como proceso se remontan a la década de los 50, cuando un grupo de académicas y

teóricas señalan la importancia de que la actuación de Enfermería se sustente científicamente para mantenerse como profesión. Entonces Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planificación y ejecución). Cuatro años más tarde Yura y Walsh, establecieron una etapa más, la de evaluación. Y en los años 70, Bloch (1974), Roy (1975) y Aspinall (1976) entre otros, añadieron la etapa diagnóstica, quedando establecidas las cinco actuales^(33,57-59).

Figura 1. Etapas del Proceso Enfermero



Fuente: Valverde, L., Vargas, P. (2021)⁽⁶⁰⁾.

La elaboración del proceso enfermero proporciona un marco para el desarrollo del diseño de Enfermería (plan de cuidados), que se integra con el uso de algún enfoque teórico de Enfermería y con el uso de una metodología multiaxial.

2.3.2. Enfermería quirúrgica

La Enfermería quirúrgica constituye una especialidad desde el siglo XIX, no obstante, surgió bajo la conceptualización del enfoque biomédico. La enfermera se encargaba de preparar al paciente, los materiales, el ambiente, asistir el procedimiento quirúrgico y la anestesia ⁽⁶¹⁾.

Fue durante la segunda mitad del siglo XX que la Enfermería quirúrgica adquirió nuevos conocimientos y habilidades que le permitieron abordar la complejidad de los procedimientos quirúrgicos, la innovación en tecnologías y en el progreso de anestesia. Para 1970 se da la conceptualización de la Enfermería perioperatoria como respuesta a las necesidades que presentan los pacientes en las diferentes etapas del proceso quirúrgico; contemplando la fase de valoración preoperatoria, la transoperatoria y la valoración postoperatoria ⁽⁶²⁾.

La Enfermería Perioperatoria como especialidad de Enfermería, contempla los diferentes ámbitos del quehacer enfermera, mediante el cuidado asistencial, la investigación, la docencia y la administración. Aplica el Proceso Enfermero a través de la valoración e identificación de las necesidades *fisiológicas, psicológicas y socioculturales* de la persona, familia y la comunidad; así como la planificación y el desarrollo de intervenciones de cuidado individualizadas, basadas en el conocimiento enfermero, que promuevan, restablezcan y mantengan la salud y el bienestar de la persona durante las tres fases del proceso perioperatorio^(63,64).

La Enfermera Perioperatoria es el profesional especializado, altamente capacitada para interpretar y aplicar métodos de medición bioquímica, identificar y abordar las necesidades integrales del ser humano. Garantiza la atención segura y efectiva a la persona, familia y el entorno, en condiciones de gran dependencia, con el objetivo de reestablecer y mantener la salud y el bienestar durante todas las fases del periodo perioperatorio. Forma parte del equipo multidisciplinario que brinda la asistencia a la persona durante el período quirúrgico^(63,65).

La enfermera perioperatoria debe poseer conocimientos científicos, pensamiento crítico, criterio clínico, capacidad en la toma de decisiones, habilidades psicomotoras y técnicas, y la capacidad de afección correlacionando la teoría y la práctica, de forma que ayude al paciente a obtener el mejor estado de salud alcanzable; mediante la atención humanizada, centralizada, segura y de calidad. Para ello debe ser capaz de enlazar la teoría con la práctica asistencial; que le permita identificar las necesidades de cuidado biopsicosociales y culturales que presenta la persona, la familia, la comunidad y el entorno, durante las diferentes fases del perioperatorio^(61,64-67).

En el ámbito quirúrgico la enfermera perioperatoria constituye un puente para las personas usuarias, debido a que el ambiente quirúrgico es altamente tecnológico, frío, ruidoso, de paso rápido y en ocasiones despersonalizado; por lo que la enfermera debe ser capaz de valorar las necesidades de cuidado individualizadas, tomando en consideración lo que significa la intervención quirúrgica para la persona y el entorno de este, desarrollando estrategias de cuidado que abarquen todas las etapas del perioperatorio, humanizando los servicios quirúrgicos⁽⁶⁸⁾.

Es necesario centrar la atención en la persona, validar opiniones y creencias, respetar las decisiones y hacerle participe directo del proceso quirúrgico; por ello se requiere conocer al usuario, la familia y las condiciones biopsicosociales, espirituales y culturales que favorecen una atención personalizada y humanizada, lo cual genera seguridad para la persona y el equipo multidisciplinario^(66,69).

2.3.3. Periodo Perioperatorio

Cada una de las fases del perioperatorio tienen un objetivo común, procurar el máximo bienestar del paciente, la familia y la comunidad. Se trata de reinsertar a la persona con el mayor grado de funcionalidad posible, asistiendo las necesidades de cuidado mientras la persona logra realizarlas por sí mismo, acompañando y educando a todos los involucrados en el proceso de

recuperación de la salud o en el proceso de preparación para una muerte digna.

Cabe destacar que en cada una de las fases se confirmará verbalmente con el paciente la identidad, intervención quirúrgica prevista, el sitio anatómico de la intervención y el consentimiento voluntario del paciente para el acto quirúrgico .

2.3.3.1. Fase preoperatoria

Esta fase inicia una vez que la persona recibe la noticia de la necesidad de la intervención quirúrgica, por ello es fundamental explicar al paciente los beneficios y eventuales complicaciones que se puedan presentar, pues la decisión final es competencia del paciente y debe respetarse. Una vez que el paciente esta de acuerdo con la intervención quirúrgica la enfermera debe realizar una valoración integral, que le permita identificar las necesidades fisiológicas, psicosociales, espirituales y culturales del paciente, familia y entorno, así como los problemas potenciales. En esta etapa se desarrollan los diagnósticos enfermeros y las acciones de cuidado que se llevarán acabo con el fin de solventar estas necesidades. Las acciones implementadas seran determinantes durante el transcurso de las etapas posteriores, lo que en conjunto impactará directamente en el resultado final del proceso salud/enfermedad. En este periodo la enfermera tiene la responsabilidad de establecer una relación de confianza y empatía con el paciente y familia, de modo que al momento de ingresar a preanestesia este se sienta cómodo y seguro en el ambiente quirúrgico. Esta fase termina cuando se transfiere a la mesa quirúrgica^(64,65,67,69,70).

2.3.3.2. Fase Intraoperatoria

Inicia una vez que el paciente se traslada al quirofono y se coloca en la mesa quirúrgica. Se implementan las acciones de cuidado realizadas con el fin de solventar las necesidades identificadas previamente. En esta se da el acto quirúrgico propiamente, por ende se contemplan las actividades de todo el equipo quirúrgico. La enfermera quirúrgica aplica sus conocimientos teóricos

en la práctica, procurando en todo momento el bienestar del paciente. Es necesario que la enfermera desarrolle el pensamiento crítico, y realice una valoración de las necesidades de cuidado; así como demostrar habilidades técnicas, que generen seguridad en el paciente y el quipo quirúrgico. Abarca acciones dirigidas hacia la protección del paciente como lo son: valoración psicológica, procedimiento quirúrgico, cantidad y disponibilidad de insumos necesarios, la posición requerida, control del ambiente quirúrgico, correcta técnica aséptica, tipo de anestesia, profilaxis antibiótica, precauciones quirúrgicas, termoregulación, comodidad, seguridad, cuidados de lesiones por presión, entre otras. Finaliza cuando se traslada el paciente a la unidad de recuperación post anestésica^(64,67,69,70).

2.3.3.3. Fase post operatoria

Se inicia con la admisión del paciente en la unidad de recuperación postanestésica y finaliza hasta que este retoma sus roles en la familia, comunidad y entorno. Esta fase se subdivide en tres etapas^(64,67,69,70).

Post operatorio inmediato que comprende las primeras 12 a 72 horas post procedimiento quirúrgico y extubación si la condición lo permite, se considera un periodo crítico. Se debe realizar una valoración exhaustiva de las necesidades del paciente, considerando las constantes vitales, medidas de confort, comodidad, y protección ante posibles complicaciones sangrados, estado de consciencia, patrón respiratorio, cuidados de la piel y herida quirúrgica, balance hidroelectrolítico, termorregulación, manejo del dolor según optimización de la analgesia, tolerancia oral según requerimientos.

Post operatorio mediano: va desde el momento que el paciente se ha recuperado de la anestesia y la enfermera determina que el estado de consciencia es óptimo para comprender las instrucciones de cuidado. Las acciones van enfocadas a prevenir infecciones y complicaciones.

Post operatorio tardío: que el paciente pasa fuera del hospital y que finaliza una vez que está recuperado de los efectos de la intervención quirúrgica

2.3.4. Craneotomía con paciente despierto

Es definida como un procedimiento quirúrgico intracraneal ideal para lesiones expansivas localizadas cerca de áreas elocuentes cerebrales donde la persona se encuentra despierta durante parte de la cirugía, para hacer el mapeo y la resección de la lesión^(71,72).

La técnica puede incluir resecciones agresivas de tumores que comprometen áreas elocuentes, así como procedimientos mínimamente invasivos que se realizan a través de una trepanación, por ejemplo la colocación de electrodos profundos en el cerebro para la enfermedad de Parkinson (que se consideran técnicas con paciente despierto)^(71,72).

Las principales razones para realizar una craneotomía con paciente despierto son: la necesidad de realizar evaluaciones funcionales de manera secuencial en el intraoperatorio con el objetivo de preservar áreas elocuentes cerebrales (sensitivas, motoras o del lenguaje) cuando se realizan resecciones de lesiones en zonas cercanas a estas; y el deseo por minimizar la interferencia inducida por medicamentos en el registro intraoperatorio del electrocorticograma con el objetivo de poder estudiar intraoperatoriamente a pacientes con epilepsia intratable en quienes la resección quirúrgica del foco epileptogénico es la única solución posible.

Los principales beneficios de este procedimiento quirúrgico son: maximizar la resección tumoral, a la vez que se preserva la función neurológica, reduciendo la necesidad de monitoreo en cuidados intensivos postoperatorios; se disminuyen los costos y hay menos déficits neurológicos, menor tiempo de hospitalización y mayor sobrevida. Conjuntamente, luego de una craneotomía con paciente despierto, los mismos requieren menos vasopresores intraoperatorios, presentan menos dolor, se reduce el consumo de narcóticos y hay menos náusea y vómitos postoperatorios⁽⁷²⁾.

Las consideraciones quirúrgicas incluyen el aseguramiento del confort de la persona, cuidados contra lesiones por presión, lograr la posibilidad de una fácil interacción con el equipo quirúrgico para la evaluación del estado de

conciencia, lenguaje, actividad motora y permeabilidad de la vía aérea en caso de abordajes de emergencia.

Es importante que la persona conozca las ventajas y la necesidad de permanecer despierto en los momentos clave de la cirugía y sentirse capaz de tolerarlo, por ello, es clave que la persona comprenda detalladamente todo lo que va a suceder en el quirófano. Debe existir un compromiso en la cooperación, es por ello que un paciente informado es parte de la planificación preoperatoria cuidadosa^(01,73).

Una parte importante de la fase pre operatoria es el trabajo neuropsicológico que evalúa la participación de la persona, especialmente con las pruebas que participarán durante la cirugía. La ansiedad es un factor importante porque puede influenciar en la decisión si la persona es adecuada para una cirugía despierto⁽⁰⁷⁾.

El saber los factores que juegan un rol importante en el incremento de la ansiedad permite una preparación preoperatoria más ajustada a las necesidades individuales de las personas. Variables demográficas como género, edad, nivel académico y tener un sistema de apoyo están relacionadas con los niveles de ansiedad; se espera que las mujeres estén más ansiosas que los hombres, y que las personas más jóvenes lo estén más que las de mayor edad; el apoyo social de una pareja o hijos puede ayudar a bajar los sentimientos de ansiedad. Los factores médicos de mayor influencia fueron la localización del tumor, el grado de tumor y el tiempo desde el diagnóstico y la operación. El tener un tumor frontal o un tumor de alto grado pueden potencialmente incrementar los niveles de ansiedad^(07, 73).

Las consideraciones anestésicas inician con la valoración preanestésica donde se evalúa la capacidad de la persona para soportar procedimientos prolongados y su examen físico se enfoca principalmente en la verificación de los parámetros de la vía aérea, ya que una vía aérea difícil, podría contraindicar el procedimiento por su alto riesgo a la hora de perder la ventilación espontánea durante el intraoperatorio.

La monitorización es estándar, incluye un electrocardiograma, oximetría, presión arterial e intra-arterial no invasiva, EtCO₂, capnografía continua a través de una cánula nasal de oxígeno, frecuencia respiratoria y gasto urinario; el monitoreo con electroencefalograma procesado (Ej. BIS, SedLine) puede ayudar a acortar el tiempo de despertar.

La posición va depender de la ubicación de la lesión y se asegura la cabeza siempre con un marco cefálico tipo Mayfield; se colocan dispositivos de gel para protección de prominencias óseas y la piel.

Actualmente las técnicas utilizadas en la práctica clínica se dividen principalmente en dos grupos: 1. Dormido-despierto-dormido donde el paciente recibirá anestesia general para la craneotomía y el cierre, pero se despertará y extubará para el mapeo y la resección. 2. Despierto-despierto-despierto, donde la persona estará despierta con sedación (ligera a moderada o profunda) con ventilación espontánea para la craneotomía y el cierre⁽⁷²⁾. La coordinación dinámica de todo el equipo quirúrgico es necesaria en la elección de los individuos aptos para la realización de estos procedimientos, en tanto que existan los mecanismos necesarios para disminuir la posibilidad de eventos serios intraoperatorios, la elección de la técnica debe tomar en consideración la preferencia del equipo, la localización del tumor, la condición neurológica, el tamaño corporal, la edad, la motivación y las comorbilidades, además de la condición física del paciente^(71,72).

En la fase predesperto el control del dolor es de suma importancia, por lo que se utiliza anestesia local y/o bloqueo del cuero cabelludo que ofrece un control efectivo del dolor, tanto para la craneotomía con el paciente despierto, como para la anestesia general y reduciendo el uso de opioides endovenosos. La irritación de los nervios que inervan la dura muy cerca de los vasos de las meninges, pueden ocasionar dolor por lo que se manejan con infiltración de anestesia local a lo largo de los vasos de las meninges^(74,75).

En la fase despierto, la meta es lograr una transición suave y rápida sin agitación, confusión ni adormecimiento, de la sedación o la anestesia al despertar el paciente. El paciente debe estar involucrado, cooperar y sentirse

cómodo para el mapeo y la resección del tumor. Todos los agentes anestésicos se paran. El manejo del dolor se maneja localmente de manera complementaria y con acetaminofén endovenoso. Es importante un manejo intraoperatorio no farmacológico para reducir el miedo y la ansiedad. La empatía, sujetar la mano del paciente, animarlo, orientarlo y conversar con el son todas técnicas útiles e importantes. Se puede usar una compresa empapada en agua helada para humedecer los labios y la boca del paciente para su comodidad. Al paciente se le puede permitir mover las extremidades y las caderas en ciertos momentos apropiados. Se utiliza una cobija de aire que suministre aire caliente o frío para mantener una temperatura confortable⁽⁷⁴⁾.

La monitorización cortical se realiza con un estimulador iniciando con estímulos bajos y una corriente constante con onda bifásica cuadrada de un segundo de duración. Si un estímulo es positivo, se estimula en dos oportunidades adicionales y la corteza estimulada fue considerada funcional. La corteza con estimulación negativa se incluye en la resección del tumor. La evaluación del lenguaje y las funciones de asociación son evaluadas mediante la identificación de imágenes, lectura de pequeños párrafos y el conteo de números de adelante y hacia atrás, y viceversa⁽⁷¹⁾.

La craneotomía con paciente despierto es una alternativa importante para las personas con tumores localizados en áreas elocuentes cerebrales que plantean el dilema quirúrgico entre la resección amplia con el riesgo implícito de discapacidad importante, o una resección incompleta, no muy amplia con un paciente sin discapacidad pero con un gran riesgo de recidiva tumoral. “Se ha encontrado que con esta técnica se pueden obtener excelentes condiciones funcionales postoperatorias al tiempo que se han permitido resecciones amplias con bordes libres de tumor”⁽⁷⁶⁾.

Capítulo III

Marco Metodológico

3. Diseño Metodológico

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cualitativa, descriptiva. La investigación cualitativa produce datos descriptivos, con las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Constituida por un conjunto de técnicas para recoger datos⁽¹⁷⁾.

A causa de la especialización que ha tenido la ciencia de Enfermería en el ámbito perioperatorio, en donde hoy en día se tiene una mayor participación en la atención de las personas que serán sometidas a procesos quirúrgicos, resulta de gran importancia resaltar las necesidades de cuidado que se logran determinar por parte de los profesionales en Enfermería en la atención preoperatoria que brindan.

La investigación pretende conceptuar sobre la realidad, con base en la información obtenida de la población o las personas estudiadas; se desarrolla a través de metodologías basadas en principios teóricos como la fenomenología aspirando al conocimiento estricto de los fenómenos, siendo estos las cosas tal y como se muestran y ofrecen a la consciencia⁽¹⁸⁾. Este tipo de investigación "busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis"⁽¹⁹⁾ se estudian significados de las acciones humanas y de la vida social. Su interés se centra en el descubrimiento del conocimiento. En la investigación propuesta se busca explorar sobre las necesidades de cuidado de las personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía en el periodo preoperatorio.

La investigación cualitativa se sustenta en evidencias que se orientan más hacia la descripción profunda del fenómeno con la finalidad de comprenderlo y explicarlo a través de la aplicación de métodos y técnicas derivadas de sus concepciones y fundamentos epistémicos, como la hermenéutica, la fenomenología y el método inductivo⁽²⁰⁾.

Cabe destacar que al ser descriptiva se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga, se describe el fenómeno tal y como sucede; no hay alteración por parte de las investigadoras de las variables involucradas^(21, 22). Así mismo, se ha concluido que la investigación cualitativa es un proceso metodológico que utiliza como herramientas a las palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes (datos cualitativos) para comprender la vida social por medio de significados, desde una visión holística, es decir que trata de comprender el conjunto de cualidades que al relacionarse producen un fenómeno determinado⁽²³⁾.

La investigación cualitativa se enfoca en “comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto”⁽²¹⁾

Las características establecidas en el enfoque cualitativo son⁽²¹⁾:

1. Bajo la búsqueda cualitativa, el investigador comienza examinando el mundo social y en proceso desarrolla una teoría coherente con los datos, de acuerdo con lo que observa, en lugar de iniciar con una teoría particular y luego “voltear” al mundo empírico para confirmar si esta es apoyada por los hechos,
2. En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, estas se generan durante el proceso y van refinándose conforme se recaban más datos o son un resultado de estudio.
3. El enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni completamente predeterminados.
4. Por lo expresado en los párrafos anteriores, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos, como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, e interacción e introspección con grupos o comunidades.
5. El proceso de indagación es más flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría.

En la actualidad, la investigación cualitativa se visualiza como una investigación más vinculada con la acción, más activa y de mayor crítica social, en donde se buscó la comprensión detallada de la perspectiva de otras personas, lo que permitió conocerlas en su individualidad y experimentar lo que ellas perciben en su quehacer diario⁽²⁴⁾.

3.2 Población de Estudio

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, para posteriormente generalizar los hallazgos⁽²⁴⁾.

La investigación se caracterizó por ser centralizada, ya que los datos fueron extraídos de profesionales en Enfermería que laboran para una misma institución. Es importante que se enfocara en un mismo lugar para que los resultados no se vieran afectados por distintas variables según el contexto, ya que los procesos de Enfermería y la atención en el servicio puede variar significativamente de un lugar a otro.

Para el investigador cualitativo todos los escenarios y personas son dignos de estudio. Todos los escenarios y personas son, a la vez, similares y únicos. Son similares en el sentido de que cualquier escenario o entre cualquier grupo de personas se pueden hallar algunos procesos sociales de tipo general. Son únicos debido a que cada escenario o por medio de cada informante se puede estudiar del mejor modo algún aspecto de la vida social⁽²⁴⁾.

Una de las características que se considera de mayor relevancia del enfoque cualitativo es que la persona investigadora, trabaja con poblaciones pequeñas, permitiendo una relación más directa y que esta pueda profundizar la información que brindan los participantes desde su propia experiencia de vida ⁽²¹⁾.

Se trabajó con un grupo de personas profesionales en Enfermería que cuentan con experiencia en neurocirugía y específicamente en atención a personas que serán sometidas a craneotomía despierto. Se identificó el grupo poblacional y posteriormente se aplicó las entrevistas semiestructuradas, hasta poder hacer la saturación de información (muestreo discriminativo).

Se toma en cuenta la saturación de datos, ya que al ser una investigación cualitativa lo que se busca tener “el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse (...)” (21)

La muestra se seleccionó por las investigadoras de forma convencional, en una misma institución (centro hospitalario) siendo de 10 profesionales de Enfermería.

A continuación se describen los criterios de inclusión para la población participante:

- **Criterios de inclusión para la población en estudio**
 - Grado académico mínimo de Licenciatura en Enfermería.
 - Tener finalizado el proceso de orientación en el servicio de sala de operaciones.
 - Contar con experiencia en neurocirugía.
 - Haber realizado un mínimo de tres cirugías de craneotomía despierto.
 - Pertenecer a la institución determinada para el estudio.
- **Criterios de exclusión:** ninguno

3.3 Recolección de datos

Primeramente se explicó y solicitó el consentimiento informado de la persona para la participación en la investigación explicándola detalladamente.

La información se recolectó por medio de una entrevista semiestructurada voluntaria en un espacio cómodo que permitió la interacción entre la persona entrevistada y las entrevistadoras; se grabó la entrevista manteniendo los principios éticos que se desarrollan posteriormente.

Para el inicio de la investigación se delimitó el tema de interés, se hizo la revisión de antecedentes y de investigaciones con procesos de revisión de alta calidad.

La búsqueda de información se orientó en diversas bases de datos del Sistema de Bibliotecas Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI), tales como: Scopus, Ebsco Host de la A a la Z, Ebsco Host, Ebsco Host: Academic Search Complete, Cuiden, Science Direct, Web of Science y Scielo.

Para la búsqueda bibliográfica se plantearon los siguientes objetivos:

- Definir qué es una necesidad humana y la clasificación de las mismas según Virginia Henderson
- Identificar necesidades de cuidado en el preoperatorio.

Las preguntas que orientaron la búsqueda fueron:

- ¿Qué es una necesidad humana según Virginia Henderson?
- ¿Cómo se clasifican las necesidades humanas según Virginia Henderson?
- ¿Qué necesidades de cuidado aparecen en el periodo preoperatorio?

Los criterios de inclusión para la captación de artículos fueron:

- Indexados en las bases de datos descritas anteriormente
- Artículos publicados entre el 2010 y 2019
- Escritos en lengua castellana e inglés
- Con calidad metodológica cualitativa

Para la búsqueda de los mismos se eligieron descriptores o palabras clave con los conceptos principales asociados al problema en estudio, tanto en castellano como inglés.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Entrevista Semi estructurada

La entrevista es una conversación entre dos o más personas, en la cual uno es el que pregunta (entrevistador). Las personas dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas de un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito profesional. Además presupone la existencia de personas y la posibilidad de interacción verbal dentro de un proceso de acción recíproca.

Como técnica de recolección de datos va desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre y en ambos casos, se recurre a una guía que puede ser un formulario o esquema de cuestiones que han de orientar la conversación⁽²⁵⁾. Se hará uso de la entrevista semi estructurada debido a que es un instrumento técnico que tiene el enfoque cualitativo donde se puede obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, es más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador. Asimismo, la información que el entrevistador obtiene a través de la entrevista es muy superior que cuando se limita a la lectura de respuesta escrita.^(24, 25)

Las entrevistas semiestructuradas permitieron la recolección de datos a través de preguntas abiertas que fueron formuladas según los objetivos planteados. Esta técnica se utilizó debido al interés del investigador con respecto a las necesidades de cuidado de las personas según la percepción de profesionales en Enfermería permitiendo libertad en las respuestas brindadas por la población.

Es esencial la distinción previa de cuáles son los temas centrales que focalizan la investigación (los cuales surgen de la investigación a partir de los objetivos) donde puede resultar de ayuda fundamental, ya sea por medio del uso de entrevistas, observaciones etnográficas, grupos de discusión, historias de vida, análisis textuales de carácter semiótico, investigación-acción u otro tipo de métodos cualitativos.⁽²⁶⁾ Según Cisterna estos temas "se materializan en el diseño de investigación por medio de las llamadas "categorías apriorísticas" (siendo las categorías elementos concretos, definidos, singulares que sirven para clasificar y agrupar las unidades de análisis), con su correspondiente desglose en subcategorías, constituyendo así la expresión orgánica que orienta y direcciona la construcción de los instrumentos recopiladores de la información⁽²⁶⁾.

3.5 Categorías y subcategorías apriorísticas

Las categorías apriorísticas surgen dentro de la investigación a partir de la formulación de los objetivos, tanto de los generales como de los específicos, orienta y direcciona la construcción de los instrumentos recopiladores de la información^(26,27).

A su vez estas categorías presentan subcategorías. (Tabla 1.)

Tabla1. Operacionalización de categorías y subcategorías apriorísticas.

Ámbito Temático	Problema de Investigación	Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Categorías	Sub categorías
Percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía sobre las necesidades de cuidado en el preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto.	¿Cuáles son las necesidades de cuidado de las personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía en el periodo preoperatorio?	Determinar la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía sobre las necesidades de cuidado en el preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto.	Identificar las necesidades fisiológicas, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía	Necesidades Fisiológicas Preoperatorias	Respiración. Comer y Beber. Evacuación. Moverse y mantener una postura adecuada. Dormir y descansar.
			Identificar las necesidades de seguridad, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de		Necesidades de seguridad Preoperatorias

<p>los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía.</p>		<p>un buen aspecto y proteger la piel. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.</p>
<p>Identificar las necesidades de afiliación, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía.</p>	<p>Necesidades de afiliación Preoperatorias</p>	<p>Comunicarse con sus semejantes expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones. Actuar con arreglo a la propia fe.</p>

		<p>Identificar las necesidades de reconocimiento, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía</p>	<p>Necesidades de reconocimiento Preoperatorias</p>	<p>Disfrutar y participar en diversas formas de entendimiento. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.</p>
		<p>Identificar las necesidades de autorrealización, en el periodo preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto según la percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía.</p>	<p>Necesidades de autorrealización Preoperatorias</p>	<p>Crecimiento personal. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.</p>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Pauta de entrevista semiestructurada.

Categorías	Subcategorías	Preguntas a los profesionales en Enfermería
Necesidades Fisiológicas Preoperatorias	Respiración Comer y Beber Evacuación Moverse y mantener una postura adecuada Dormir y descansar	¿Cómo son las necesidades de las personas que serán sometidas a craneotomía despierto a nivel preoperatorio en el ámbito respiratorio, alimenticio, de movilización, eliminación y descanso?
Necesidades de seguridad Preoperatorias	Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse) Evitar los peligros del entorno Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales	¿Cuáles son los principales peligros en el entorno que se deben evitar a nivel preoperatorio en las personas que serán sometidas a craneotomía despierta? ¿Cómo son las necesidades que tienen las personas que serán sometidas a craneotomía despierto a nivel de higiene y en su piel?
Necesidades de afiliación Preoperatorias	Comunicarse con sus semejantes expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones Actuar con arreglo a la propia fe.	¿Cuáles considera usted son las principales necesidades afectivas y de pertenencia a nivel preoperatorio tienen las personas que serán sometidas a craneotomía despierto? ¿Cuáles considera usted son las principales necesidades de expresión emocional a nivel preoperatorio que tienen

		las personas que serán sometidas a craneotomía despierto ?
Necesidades de reconocimiento Preoperatorias	Disfrutar y participar en diversas formas de entendimiento Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo	¿Cuáles considera usted son las principales necesidades de respeto al reconocimiento como persona a nivel preoperatorio que tienen las personas que serán sometidas a craneotomía despierto ?
Necesidades de autorrealización Preoperatorias	Crecimiento personal. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles	¿Cuáles considera usted son las principales necesidades a nivel preoperatorio de las personas que serán sometidas a craneotomía despierto para alcanzar un desarrollo y una salud normal?

Fuente: Elaboración propia.

3.6 Análisis de resultados

Se realizará una transcripción de las grabaciones realizadas a los profesionales tomando la información relacionada con el tema de la presente investigación y se analizó según las categorías y subcategorías.

La triangulación de datos es la más utilizada en la investigación social y su aplicación requiere de la obtención de información sobre el objeto de investigación, mediante diversas fuentes que permitan contrastar los datos recogidos⁽²⁸⁾.

La triangulación en el análisis puede considerarse un tipo de estrategia de investigación más reciente, que consiste en el “uso de dos o más aproximaciones en el análisis de un mismo grupo de datos que tiene como propósito la validación”

Para realizar el análisis de esta investigación se tomará en cuenta el proceso de triangulación hermenéutica, para Cisterna (2005) esto significa "la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes, y que en esencia constituye el corpus de resultados de la investigación"⁽²⁶⁾.

3.7 Triangulación de la información

La triangulación se lleva a cabo por medio de 5 pasos: selección de la información, triangulación de la información por cada estamento, triangulación de la información entre estamentos, triangulación entre las diversas fuentes de información y la triangulación con el marco teórico⁽²⁴⁾:

1. La selección de la información: según los criterios de pertinencia y relevancia. Con el primer criterio se tomó en cuenta aquello relacionado con la problematización de la investigación, y con el criterio de relevancia se rescató la información ya sea por su recurrencia o asertividad⁽²⁴⁾.

2. Triangulación de la información por cada estamento contempla 3 acciones principales generadas por inferencias interpretativas⁽²⁴⁾:
 - Se cruzó los resultados obtenidos a partir de las respuestas de las preguntas, por cada sub categoría, dando origen a conclusiones de primer nivel.
 - Las conclusiones de primer nivel se agruparon por pertenencia a una determinada categoría, generando conclusiones de segundo nivel, lo que se denomina conclusiones categoriales.
 - Se realizaron las conclusiones de tercer nivel, a partir del cruce de las conclusiones categoriales, lo que se expresa en los resultados a las preguntas que guiaron la investigación.
3. Triangulación de la información entre estamentos: se establecen las relaciones entre las conclusiones de tercer nivel, o sea triangulando entre estamentos según las preguntas centrales de investigación; y de manera más específica se estableció relaciones de comparación desde las conclusiones de segundo nivel, o sea entre las categorías⁽²⁴⁾.
4. Triangulación en el marco teórico: el marco teórico de la investigación permite generar una discusión con los resultados concretos, abordando los diversos tópicos que se habían materializado en las categorías y sub categorías. Confiere a la investigación su carácter de cuerpo integrado y su sentido como totalidad significativa⁽²⁴⁾.

3.8 Consideraciones éticas

Los siete requisitos para considerar la ética de una investigación clínica, proporcionan un marco sistemático para guiar las evaluaciones de los protocolos de investigación clínica individuales, las tradiciones de interpretación para los diversos requisitos generales, el contexto de desacuerdos y las clases de consideraciones que deben invocarse para resolverlos. Como una constitución, y a diferencia del Código de Nuremberg, los requisitos se pueden reinterpretar, refinar y, aun, ser revisados, especialmente a la luz de cambios en la ciencia y en los ensayos clínicos⁽²⁹⁾.

Los requisitos a considerar según el programa regional de bioética OPS/OMS mencionado por Ezekiel (1999) son:

1. Valor social o científico: se evaluará una intervención o una teoría que mejorará la salud y el bienestar o el conocimiento.
2. Validez científica: se hará con un método científico aceptado, que incluyen las técnicas estadísticas, para producir datos confiables y válidos.
3. Selección equitativa de los sujetos: la selección se hará cuidando de que no se seleccione a personas/poblaciones estigmatizadas o vulnerables para las investigaciones riesgosas, mientras que a las más favorecidas se les ofrezca participar en investigaciones de potencial más beneficioso.
4. Razón riesgo- beneficio favorable: se minimizarán los riesgos y daños potenciales, maximizando los beneficios potenciales con el fin de que los riesgos a los sujetos/participantes sean proporcionales a los beneficios al sujeto/ participante y a la sociedad.
5. Evaluación independiente: la evaluación del diseño del ensayo, la población sujeto propuesta y la razón riesgo/beneficio por individuos ajenos a la investigación.
6. Consentimiento informado: informar a los sujetos potenciales acerca del propósito de la investigación, sus riesgos y beneficios potenciales y las alternativas, de forma que las personas comprendan esta información y puedan tomar decisiones en forma voluntaria acerca de su participación en la investigación.
7. Respeto por los sujetos inscritos: respeto a los sujetos demostrado mediante: la posibilidad de permitirles salirse de la investigación, la protección de su privacidad a través de la confidencialidad y la provisión de información acerca de riesgos o beneficios descubiertos en el estudio.

Se responde a su vez al cumplimiento de los principios de la bioética: justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia.

Capítulo IV

Análisis de Resultados

4. Análisis de Resultados

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas a los profesionales de Enfermería participantes. Primeramente se expondrán los resultados obtenidos por medio del proceso de triangulación de datos; posteriormente, se realiza la discusión de los mismos con la teoría encontrada dando el sustento científico a la investigación.

4.1 Características de la población entrevistada

El siguiente cuadro presenta las características de la población entrevistada. Para mantener la confidencialidad de los datos se asignó una nomenclatura a cada profesional de Enfermería siendo E1 el primer entrevistado hasta E10 siendo el último.

Cuadro 1. Características de los profesionales de Enfermería entrevistados

Características de los profesionales de Enfermería entrevistados					
Etiqueta	Sexo	Edad en años	Experiencia como instrumentista en años	Área de trabajo	Grado académico
E1	Masculino	45	15	Sala de Operaciones	Licenciatura
E2	Masculino	50	23	Sala de Operaciones	Licenciatura
E3	Femenina	41	14	Sala de Operaciones	Licenciatura
E4	Femenina	41	12	Sala de Operaciones	Licenciatura
E5	Femenina	50	26	Sala de Operaciones	Licenciatura
E6	Femenina	60	15	Sala de Operaciones	Licenciatura
E7	Femenina	47	17	Sala de Operaciones	Maestría Quirúrgica
E8	Masculino	54	20	Sala de Operaciones	Licenciatura
E9	Masculino	36	10	Sala de Operaciones	Licenciatura
E10	Masculino	37	10	Sala de Operaciones	Licenciatura

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia

La población participante incluyó a 10 profesionales de Enfermería con experiencia en neurocirugía, todos pertenecientes a servicios de Sala de Operaciones. La mitad de la población son mujeres y la otra mitad hombres.

La persona de menor edad tiene 36 años y la de mayor edad 60 años; a nivel de experiencia laboral como instrumentista, el de menor experiencia tiene 10 años y el de mayor experiencia tiene 26 años.

Sólo una persona cuenta con un grado académico de Maestría Profesional, específicamente en Enfermería Quirúrgica y el resto tiene un grado de Licenciatura.

4.2 Resultados de las entrevistas

En el presente apartado se detallan los resultados obtenidos según las entrevistas realizadas al Profesional de Enfermería que labora en sala de operaciones respecto a la percepción sobre las necesidades de cuidado del paciente sometido a cirugía de craneotomía despierto.

Cuadro 2. Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento.

Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento					
Etiqueta	Subcategoría				
	Respiración	Comer y Beber	Evacuación	Movilidad	Dormir y descanso
E1	Las mismas que las demás personas que van a una cirugía. Estar en sus condiciones optimas	Las mismas que los demás usuarios	Colocarle Sonda Foley para el confort durante el procedimiento	Brindar el confort	No refiere
E2	No refiere	Son las mismas del resto de personas sienten miedo, sientes necesidades fisiológicas normales	No refiere	Prestar atención a la movilización de la persona	No refiere
E3	No debe tener ningún tipo de dificultad respiratoria, ni enfermedad que le deteriore su respiración.	Tener una dieta balanceada. El día previo a la cirugía no tener alimentos pesados.	No refiere	Que se movilicen por sus medios	Referencia a psiquiatría para medicación que ayude a conciliar el sueño
E4	No refiere	Ayuno completo	Preguntar si necesita ir al baño a miccionar o defecar antes de la cirugía	Que mueva todas sus extremidades, no tener ningún movimiento involuntario.	Deben tener descanso previo a la cirugía
E5	Sentir que siempre puede respirar bien y	Venir en ayunas	Colocarles una Sonda Foley por la duración de la cirugía	Brindar confort	No refiere

	ayudarles a estar en una posición cómoda.				
E6	No debe tener ningún tipo de dificultad respiratoria, ni enfermedad que le deteriore su respiración.	Tener una dieta balanceada. Antes del procedimiento dieta blanda y que no sea muy pesada.	Darle una dieta especial días previos a la cirugía o aplicar un enema o laxante para que la persona defecue antes de la cirugía y evitar estreñimiento. Ofrecerle miccionar antes de llevarlo al quirófano.	No refiere	No refiere
E7	Colocar oxígeno por naso cánula y acomodarla de manera que no les incomode	Ayuno. Sed	No refiere	Dar confort en el cuello.	Facilitar confort para que descanse
E8	Debe sentir que siempre puede respirar bien, si necesita oxígeno antes del procedimiento colocarlo.	Hidratación previa. Ayuno	Es importante que la persona orine en perianestesia antes de llegar al quirófano	No refiere	No refiere
E9	Valorar como lo hace la persona	Es importante explicarle a la persona porque debe mantenerse N.V.O para que entienda	No refiere	No refiere	No refiere

E10	Lo vital es la oxigenación. No debe tener ningún tipo de dificultad respiratoria, ni enfermedad que le deteriore su respiración.	El ayuno. Hidratación	No refiere	No refiere	No refiere
Inferencias interpretativas por subcategorías	Para la mayoría de las personas entrevistadas el no tener ningún tipo de dificultad respiratoria es la principal recomendación en esta necesidad, además de sentir siempre que puede respirar bien y colocar oxígeno complementario por nasocánula antes de empezar el procedimiento.	Para la mayoría de las personas entrevistadas el ayuno es la principal recomendación en esta necesidad, además de una hidratación previa al procedimiento y una dieta balanceada.	La mitad de las personas entrevistadas no refieren la eliminación como una necesidad; sin embargo, para la mayoría de las personas entrevistadas que sí lo hacen consideran como principal recomendación que la persona miccione o defeque antes de ser llevada al quirófano, además de colocarle una sonda foley y dar una dieta especial o aplicar un laxante o enema que evite el estreñimiento.	Para la mayoría de las personas entrevistadas brindar confort en la colocación del paciente es la principal recomendación en esta necesidad, además valorar la movilidad, limitaciones y movimientos involuntarios.	La mayoría de las personas entrevistadas no refieren recomendaciones en esta necesidad. Sin embargo, las personas que lo hacen citan como recomendaciones el descanso previo, referir a médicos para tratamiento farmacológico y dar confort

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia

Cuadro 3. Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento.

Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento				
Etiqueta	Subcategoría			
	Elegir la ropa adecuada	Evitar peligros del entorno	Mantener higiene corporal, un buen aspecto y proteger la piel	Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado
E1	No refiere	La contaminación sónica. Riesgo de caída	Tener la misma higiene de todo paciente prequirúrgico.	No refiere
E2	No refiere	No refiere	Preparar muy bien la piel del paciente	No refiere
E3	No refiere	Riesgo de caída. Barandas en alto	El día de la cirugía bañarse adecuadamente, cortarse las uñas, recogerse el cabello o rasurarlo. Piel hidratada y proteger las zonas de presión	No refiere
E4	No refiere	Barandas en alto. Vigilar que no convulsione.	Tener una buena higiene bucal, de oído y vaginal.	No refiere
E5	No refiere	Posición adecuada y segura. Colocar placa de electrocauterio. Revisar aparataje en buen estado	El paciente debe venir bañado. Preparación de la piel	No refiere
E6	No refiere	Protección para evitar lesiones por presión. Estar vigilando que no convulsionen. Riesgo de caída. Barandas en alto	Tener la piel limpia, hidratada	No refiere

E7	Ropa estéril	Cuidar el tono de voz al hablar y el tipo de conversaciones que se tienen. Mantener monitores con volumen bajo	No refiere	Hay que tomar en cuenta el frío dentro de la sala.
E8	Ropa confortable	Riesgo de caída, sujetarlos	Valorar lesiones cerca del área de incisión. El cabello debe estar limpio	El ambiente es frío y la ropa no es caliente
E9	Ropa limpia y confortable	No refiere	Higiene y limpieza del cabello previo	Hay que tener un calentador
E10	No refiere	No hablar sobre los peligros para no asustar a la persona	No refiere	Vigilar por fiebre
Inferencias interpretativas por subcategorías	La mayoría de las personas entrevistadas no refieren recomendaciones en esta necesidad. Sin embargo, las personas que lo hacen citan como recomendaciones que la ropa sea confortable, limpia y estéril	Para la mayoría de las personas entrevistadas el tomar medidas para evitar una caída es la recomendación en esta necesidad, además de mantener las barandas en alto, mantener un ambiente libre de contaminación sónica, dar a la persona una posición adecuada y segura, así como revisar el aparataje previo a su uso	Para la mayoría de las personas entrevistadas una adecuada limpieza previa del cabello es la recomendación en esta necesidad, además de un buen baño, limpieza e hidratación de la piel y valorar lesiones cercanas al área de incisión.	La mayoría de las personas entrevistadas no refieren recomendaciones en esta necesidad. Sin embargo, las personas que lo hacen citan que el ambiente es frío, que hay que vigilar por fiebre y que hay que tener un calentador durante la cirugía

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 4. Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento.

Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento		
Etiqueta	Subcategoría	
	Comunicarse con sus semejantes expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones	Actuar con arreglo a la propia fe
E1	Hacerlo sentir en un ambiente confortable. Equipo multidisciplinario. Respeto en la comunicación.	No refiere
E2	Estar cerca de sus seres queridos.	No refiere
E3	Dar un espacio para expresarse.	Empatía Conocer su historia clínica y personal
E4	No refiere	Dar apoyo emocional. Cuidar la integridad de su cuerpo
E5	Cuidar el manejo de la información.	No refiere
E6	Tener empatía. Estar cerca de sus seres queridos	Dar apoyo Empatía Respetar religión
E7	Estar cerca de sus seres queridos Conocer a la persona previamente y dar apoyo	No refiere
E8	Conocer a la persona previamente y dar apoyo	Respetar religión o creencias
E9	Dar apoyo	No refiere
E10	Conocer a la persona previamente Comunicación	Conocer religión o creencias previas para respetarlas
Inferencias interpretativas por subcategorías	Para la mayoría de las personas entrevistadas conocer a la persona previamente y dar apoyo es la recomendación en esta necesidad, además de estar cerca de sus seres queridos, tener una comunicación previa, un espacio para expresarse y un ambiente confortable	Para la mayoría de las personas entrevistadas respetar la religión o creencias es la recomendación en esta necesidad, además de dar apoyo emocional, tener empatía, cuidar la integridad de su cuerpo y conocer la historia clínica y personal.

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 5. Inferencias interpretativas por subcategoría por estamento.

Inferencias interpretativas por Subcategoría por estamento		
Etiqueta	Subcategoría	
	Disfrutar y participar en diversas formas de entendimiento	Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo
E1	Usar técnicas como música y videos Mantener la atención de la persona Explicar claramente el procedimiento	No refiere
E2	Dejar a la persona expresarse	Hacerlos sentir que valen como persona y se respeta su autonomía.
E3	Involucrar a las redes de apoyo Hacerle sentir importante en la preparación	Respetar su autonomía.
E4	Respeto	No refiere
E5	Valorar de que forma entiende mejor la persona	Hacerlos sentir cómodos.
E6	Explicar claramente el procedimiento	No refiere
E7	Usar técnicas como música y videos Explicar claramente el procedimiento	No refiere
E8	Explicar claramente el procedimiento	Actuar profesional con ética
E9	Involucrar a las redes de apoyo	No refiere
E10	Que el profesional en Enfermería se involucre	Conocer a la persona previamente
Inferencias interpretativas por subcategorías	Para la mayoría de las personas explicar claramente el procedimiento es la recomendación en esta necesidad, además de usar técnicas como música y videos, involucrar a las redes de apoyo, hacer sentir a la persona importante e involucrarse más como profesionales en la preparación.	La mitad de las personas entrevistadas no refieren recomendaciones en esta necesidad. Sin embargo, las personas que lo hacen citan que se debe respetar su autonomía, hacerlos sentir cómodos, conocer a la persona previamente y actuar con ética

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 6. Inferencias interpretativas por Subcategoría por estamento.

Inferencias interpretativas por Subcategoría por estamento		
Etiqueta	Subcategoría	
	Crecimiento personal	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles
E1	No refiere	No refiere
E2	No refiere	Que la persona sienta que se le dio un servicio completo Evidenciar una adecuada planeación del cuidado
E3	No refiere	Involucrar a la familia y al equipo multidisciplinario
E4	No refiere	Dar apoyo
E5	No refiere	Trato con respeto Evidenciar una adecuada planeación del cuidado
E6	No refiere	Involucrar a la familia y al equipo multidisciplinario Evidenciar una adecuada planeación del cuidado
E7	No refiere	Dar apoyo Dar información oportuna
E8	No refiere	Evidenciar una adecuada planeación del cuidado
E9	No refiere	Involucrar al equipo multidisciplinario
E10	No refiere	No responde
Inferencias interpretativas por subcategorías	La totalidad de las personas no mencionan recomendación en esta necesidad.	Para la mayoría de las personas evidenciar una adecuada planeación del cuidado es la recomendación en esta necesidad, además de involucrar al equipo multidisciplinario y la familia; dar información oportuna, apoyo y hacerle sentir que se le dio un servicio completo .

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 7. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades fisiológicas.

Categoría: Necesidades Fisiológicas						
Etiqueta	Subcategoría					Inferencia interpretativa por Categoría por estamento
	Respiración	Comer y Beber	Evacuación	Movilidad	Dormir y descanso	
E1	Las mismas que las demás personas que van a una cirugía. Estar en sus condiciones optimas	Las mismas que los demás usuarios	Colocarle Sonda Foley para el confort durante el procedimiento	Brindar el confort	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más se localiza en el confort y la colocación de la sonda Foley.
E2	No refiere	Son las mismas del resto de personas sienten miedo, sientes necesidades fisiológicas normales	No refiere	Prestar atención a la movilización de la persona	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más enfatiza en que la persona siente miedo y sus necesidades fisiológicas son normales, enfatiza en prestar atención a la movilización de la persona.
E3	No debe tener ningún tipo de dificultad respiratoria, ni	Tener una dieta balanceada. El día previo a la cirugía no tener	No refiere	Que se movilizan por sus medios	Referencia a psiquiatría para medicación	El profesional percibe como necesidades que la persona no tenga un deterioro de

	enfermedad que le deteriore su respiración.	alimentos pesados.			que ayude a conciliar el sueño	la respiración, mantenga una dieta balanceada, se movilice por sus medios y se le ayude a conciliar el sueño.
E4	No refiere	Ayuno completo	Preguntar si necesita ir al baño a miccionar o defecar antes de la cirugía	Que mueva todas sus extremidades, no tener ningún movimiento involuntario.	Deben tener descanso previo a la cirugía	El profesional percibe como necesidades que la persona tenga un ayuno, micción y defecación previo a la cirugía, tenga una buena movilización y descanso.
E5	Sentir que siempre puede respirar bien y ayudarles a estar en una posición cómoda.	Venir en ayunas	Colocarles una Sonda Foley por la duración de la cirugía	Brindar confort	No refiere	El profesional percibe como necesidades que se le ayude a la persona a sentir que respira bien, propiciar confort, que venga en ayuno y la colocación de sonda foley como una necesidad de eliminación.
E6	No debe tener ningún tipo de dificultad respiratoria, ni	Tener una dieta balanceada. Antes del procedimiento	Darle una dieta especial días previos a la cirugía o aplicar un enema o laxante	No refiere	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en que la

	enfermedad que le deteriore su respiración.	dieta blanda y que no sea muy pesada.	para que la persona defaque antes de la cirugía y evitar estreñimiento. Ofrecerle miccionar antes de llevarlo al quirófano.			persona debe respirar sin dificultad, mantener una dieta balanceada y evitar el estreñimiento, así como la necesidad de miccionar previo a la cirugía.
E7	Colocar oxígeno por naso cánula y acomodarla de manera que no les incomode	Ayuno. Sed	No refiere	Dar confort en el cuello.	Facilitar confort para que descanse	El profesional percibe como necesidades la colocación de oxígeno suplementario, el mantener ayuno y el confort de la persona.
E8	Debe sentir que siempre puede respirar bien, si necesita oxígeno antes del procedimiento colocarlo.	Hidratación previa. Ayuno	Es importante que la persona orine en perianestesia antes de llegar al quirófano	No refiere	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en que la persona debe respirar sin dificultad, tener ayuno e hidratación previa a la cirugía y miccionar previo al ingreso del quirófano
E9	Valorar como lo hace la persona	Es importante explicarle a la persona porque debe mantenerse	No refiere	No refiere	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en valorar

		N.V.O para que entienda				como respira la persona y la necesidad de explicarle la importancia del ayuno.
E10	Lo vital es la oxigenación. No debe tener ningún tipo de dificultad respiratoria, ni enfermedad que le deteriore su respiración.	El ayuno. Hidratación	Norefiere	No refiere	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en que la persona debe respirar sin dificultad y mantener un ayuno e hidratación

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 8. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades de seguridad.

Categoría: Necesidades de Seguridad					
Etiqueta	Subcategorías				Inferencia interpretativa por Categoría por estamento
	Elegir la ropa adecuada	Evitar peligros del entorno	Mantener higiene corporal, un buen aspecto y proteger la piel	Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado	
E1	No refiere	La contaminación sónica. Riesgo de caída	Tener la misma higiene de todo paciente prequirúrgico.	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en que evitar las caídas y cita la contaminación sónica como un peligro del entorno.
E2	No refiere	No refiere	Preparar muy bien la piel del paciente	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más percibe como necesidad en esta categoría la preparación de la piel
E3	No refiere	Riesgo de caída. Barandas en alto	El día de la cirugía bañarse adecuadamente, cortarse las uñas, recogerse el cabello o rasurarlo. Piel hidratada y proteger las zonas de presión	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más percibe como necesidades mantener las barandas de la cama en alto y medidas de seguridad que eviten caídas, así como la protección de prominencias óseas para evitar lesiones por presión (LPP) y un baño adecuado dando énfasis en la preparación del cabello.

E4	No refiere	Barandas en alto. Vigilar que no convulsione.	Tener una buena higiene bucal, de oído y vaginal.	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada más percibe como necesidades mantener las barandas de la cama en alto y vigilar por convulsiones, así como tener buenas prácticas de higiene.
E5	No refiere	Posición adecuada y segura. Colocar placa de electrocauterio. Revisar aparataje en buen estado	El paciente debe venir bañado. Preparación de la piel	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidades mantener a la persona en una posición segura, con una adecuada preparación de la piel y baño; así mismo considera como necesidad la revisión del aparataje a utilizar en la sala y la colocación del electrodo p�sivo de electrocirugía.
E6	No refiere	Protección para evitar lesiones por presión. Estar vigilando que no convulsionen. Riesgo de caída. Barandas en alto	Tener la piel limpia, hidratada	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidades mantener las barandas de la cama en alto y medidas de seguridad que eviten caídas, vigilar por convulsiones, así como la protección de prominencias óseas para evitar lesiones por presión (LPP) y un baño adecuado
E7	Ropa estéril	Cuidar el tono de voz al hablar y el tipo de	No refiere	Hay que tomar en cuenta el frio	El profesional percibe como necesidades el uso de ropa estéril,

		conversaciones que se tienen. Mantener monitores con volumen bajo		dentro de la sala.	mantener un entorno silencioso y aplicar medidas contra la hipotermia.
E8	Ropa comfortable	Riesgo de caída, sujetarlos	Valorar lesiones cerca del área de incisión. El cabello debe estar limpio	El ambiente es frío y la ropa no es caliente	El profesional percibe como necesidades el uso de ropa comfortable, aplicar medidas de seguridad que eviten caídas como la sujeción, la valoración de la piel cercana a la incisión y la limpieza del cabello así como aplicar medidas contra la hipotermia.
E9	Ropa limpia y comfortable	No refiere	Higiene y limpieza del cabello previo	Hay que tener un calentador	El profesional percibe como necesidades el uso de ropa limpia y comfortable, la higiene adecuada del cabello así como aplicar medidas contra la hipotermia.
E10	No refiere	No hablar sobre los peligros para no asustar a la persona	No refiere	Vigilar por fiebre	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidades no asustar a la persona diciendo los peligros del entorno y vigilar por fiebre.

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 9. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades de afiliación.

Categoría: Necesidades de Afiliación			
Etiqueta	Subcategoría		Inferencia interpretativa por Categoría por estamento
	Comunicarse con sus semejantes expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones	Actuar con arreglo a la propia fe	
E1	Hacerlo sentir en un ambiente confortable. Equipo multidisciplinario. Respeto en la comunicación.	No refiere	El profesional percibe como necesidades que la persona se sienta en un ambiente confortable, que se mantenga una comunicación respetuosa con un equipo multidisciplinario.
E2	Estar cerca de sus seres queridos.	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad estar cerca de los seres queridos
E3	Dar un espacio para expresarse.	Empatía Conocer su historia clínica y personal	El profesional percibe como necesidades que la persona tenga un espacio para expresarse, que se le trate con empatía y que se conozca su historia clínica y personal.
E4	No refiere	Dar apoyo emocional. Cuidar la integridad de su cuerpo	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidades el apoyo emocional y el cuidado de la integridad del cuerpo de la persona.
E5	Cuidar el manejo de la información.	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad cuidar en el entorno el manejo de la información
E6	Tener empatía. Estar cerca de sus seres queridos	Dar apoyo Empatía Respetar religión	El profesional percibe como necesidades que la persona esté cerca de los seres queridos, tener

			empatía, darle apoyo a la persona y el respeto a la religión
E7	Estar cerca de sus seres queridos Conocer a la persona previamente y dar apoyo	No refiere	El profesional percibe como necesidades que la persona este cerca de los seres queridos y darle apoyo a la persona.
E8	Conocer a la persona previamente y dar apoyo	Respetar religión o creencias	El profesional percibe como necesidades conocer a la persona, darle apoyo y respetar la religión o creencias.
E9	Dar apoyo	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el dar apoyo a la persona.
E10	Conocer a la persona previamente Comunicación	Conocer religión o creencias previas para respetarlas	El profesional percibe como necesidades conocer a la persona, tener buena comunicación y respetar la religión o creencias.

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 10. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades de reconocimiento.

Categoría: Necesidades de Reconocimiento			
Etiqueta	Subcategoría		Inferencia interpretativa por Categoría por estamento
	Disfrutar y participar en diversas formas de entendimiento	Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo	
E1	Usar técnicas como música y videos Mantener la atención de la persona Explicar claramente el procedimiento	No refiere	El profesional percibe como necesidades el uso de técnicas alternativas para mantener la atención de la persona y explicar el procedimiento
E2	Dejar a la persona expresarse	Hacerlos sentir que valen como persona y se respeta su autonomía.	El profesional percibe como necesidades respetar la autonomía de la persona, darle valor y dejarla expresarse
E3	Involucrar a las redes de apoyo Hacerle sentir importante en la preparación	Respetar su autonomía.	El profesional percibe como necesidades darle importancia a la persona respetar su autonomía e involucrar a las redes de apoyo
E4	Respeto	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el respeto.
E5	Valorar de que forma entiende mejor la persona	Hacerlos sentir cómodos.	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad entender a la persona y dar comodidad
E6	Explicar claramente el procedimiento	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad la explicación del procedimiento

E7	Usar técnicas como música y videos Explicar claramente el procedimiento	No refiere	El profesional percibe como necesidades el uso de técnicas alternativas y explicar el procedimiento
E8	Explicar claramente el procedimiento	Actuar profesional con ética	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad la explicación del procedimiento
E9	Involucrar a las redes de apoyo	No refiere	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad involucrar a la familia
E10	Que el profesional en Enfermería se involucre	Conocer a la persona previamente	El profesional percibe como necesidades que el profesional se involucre más y conozca a la persona

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 11. Inferencias interpretativas por categoría por estamento: necesidades de autorrealización.

Categoría: Necesidades de Autorrealización			
Etiqueta	Subcategoría		Inferencia interpretativa por Categoría por estamento
	Crecimiento personal.	Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles	
E1	No refiere	No refiere	La información de este profesional es nula, no percibe necesidades en esta categoría
E2	No refiere	Que la persona sienta que se le dio un servicio completo Evidenciar una adecuada planeación del cuidado	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad dar un buen servicio y cuidado
E3	No refiere	Involucrar a la familia y al equipo multidisciplinario	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el involucramiento de la familia y el equipo multidisciplinario
E4	No refiere	Dar apoyo	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el apoyo hacia la persona
E5	No refiere	Trato con respeto Evidenciar una adecuada planeación del cuidado	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el respeto y un adecuado cuidado
E6	No refiere	Involucrar a la familia y al equipo multidisciplinario Evidenciar una adecuada planeación del cuidado	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el involucramiento de la familia y el equipo multidisciplinario, así como un adecuado cuidado

E7	No refiere	Dar apoyo Dar información oportuna	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el apoyar y dar información
E8	No refiere	Evidenciar una adecuada planeación del cuidado	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad un adecuado cuidado
E9	No refiere	Involucrar al equipo multidisciplinario	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad involucrarse como equipo multidisciplinario
E10	No refiere	No responde	La información de este profesional es nula, no percibe necesidades en esta categoría

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 12. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoría: necesidades fisiológicas

Categoría: Necesidades Fisiológicas		
Etiqueta	Inferencia interpretativa por Categoría por estamento	Inferencia interpretativa entre estamentos por categoría
E1	La información de este profesional es escasa, nada más se localiza en el confort y la colocación de la sonda Foley.	<p>La mayoría de los profesionales perciben como necesidades de la persona aspectos fisiológicos como la ausencia de dificultad respiratoria y el tener un ayuno previo, así como acciones asistenciales de brindarle confort y medidas de seguridad; así mismo un menor grupo percibe como necesidad el descanso y la valoración de la movilización de la persona.</p> <p>Incluso la información de los profesionales en esta categoría fue escasa.</p>
E2	La información de este profesional es escasa, nada más enfatiza en que la persona siente miedo y sus necesidades fisiológicas son normales, enfatiza en prestar atención a la movilización de la persona.	
E3	El profesional percibe como necesidades que la persona no tenga un deterioro de la respiración, mantenga una dieta balanceada, se movilice por sus medios y se le ayude a conciliar el sueño.	
E4	El profesional percibe como necesidades que la persona tenga un ayuno, micción y defecación previo a la cirugía, tenga una buena movilización y descanso.	
E5	El profesional percibe como necesidades que se le ayude a la persona a sentir que respira bien, propiciar confort, que venga en ayuno y la colocación de sonda foley como una necesidad de eliminación.	
E6	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en que la persona debe respirar sin dificultad, mantener una dieta balanceada y evitar el estreñimiento, así como la necesidad de miccionar previo a la cirugía.	
E7	El profesional percibe como necesidades que la colocación de oxígeno suplementario, el mantener ayuno y el confort de la persona.	
E8	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en que la persona debe respirar sin dificultad, tener ayuno e hidratación previo a la cirugía y miccionar previo al ingreso del quirófano	
E9	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en valorar como respira la persona y la necesidad de explicarle la importancia del ayuno.	
E10	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en que la persona debe respirar sin dificultad y mantener un ayuno e hidratación	

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia

Cuadro 13. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoría: necesidades de seguridad.

Categoría: Necesidades de Seguridad		
Etiqueta	Inferencia interpretativa por Categoría por estamento	Inferencia interpretativa entre estamentos por categoría
E1	La información de este profesional es escasa, nada más se enfoca en que evitar las caídas y cita la contaminación sónica como un peligro del entorno.	La mayoría de los profesionales perciben como necesidades de la persona aplicar medidas de seguridad para la prevención de caídas y la adecuada limpieza del cabello; así mismo, un menor grupo percibe como necesidad aplicar medidas contra la hipotermia, revisión de aparataje y el uso de ropa cómoda y estéril. La mayoría de los profesionales en esta categoría dieron respuestas con escasa información.
E2	La información de este profesional es escasa, nada más percibe como necesidad en esta categoría la preparación de la piel	
E3	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidades mantener las barandas de la cama en alto y medidas de seguridad por caídas, así como la protección de prominencias óseas y un baño adecuado énfazando en el cabello.	
E4	La información de este profesional es escasa, nada masl percibe como necesidades mantener las barandas de la cama en alto y vigilar por convulsiones, así como tener buenas prácticas de higiene.	
E5	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidades mantener a la persona en una posición segura, con una adecuada preparación de la piel y baño; así mismo considera como necesidad la revisión del aparataje a utilizar en la sala y la colocación del electrodo pánico de electrocirugía.	
E6	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidades mantener las barandas de la cama en alto y medidas de seguridad que eviten caídas, vigilar por convulsiones, así como la protección de prominencias óseas y un buen baño.	
E7	El profesional percibe como necesidades el uso de ropa estéril, mantener un entorno silencioso y aplicar medidas contra la hipotermia.	
E8	El profesional percibe como necesidades el uso de ropa confortable, aplicar medidas de seguridad que eviten caídas como la sujeción, la valoración de la piel cercana a la insición y la limpieza del cabello así como aplicar medidas contra la hipotermia.	

E9	El profesional percibe como necesidades el uso de ropa limpia y confortable, la higiene adecuada del cabello así como aplicar medidas contra la hipotermia.	
E10	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidades no asustar a la persona diciendo los peligros del entorno y vigilar por fiebre.	

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 14. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoría: necesidades de afiliación.

Categoría: Necesidades de Afiliación		
Etiqueta	Inferencia interpretativa por Categoría por estamento	Inferencia interpretativa entre estamentos por categoría
E1	El profesional percibe como necesidades que la persona se sienta en un ambiente confortable, que se mantenga una comunicación respetuosa con un equipo multidisciplinario.	La mayoría de los profesionales perciben como necesidades de la persona que se le conozca previamente, se le apoye y se respete su credo; así mismo, un menor grupo percibe como necesidad mantener una comunicación efectiva e incluir a seres queridos en el proceso.
E2	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad estar cerca de los seres queridos	
E3	El profesional percibe como necesidades que la persona tenga un espacio para expresarse, que se le trate con empatía y que se conozca su historia clínica y personal.	
E4	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidades el apoyo emocional y el cuidado de la integridad del cuerpo de la persona.	
E5	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad cuidar en el entorno el manejo de la información	
E6	El profesional percibe como necesidades que la persona este cerca de los seres queridos, tener empatía, darle apoyo a la persona y el respeto a la religión	
E7	El profesional percibe como necesidades que la persona este cerca de los seres queridos y darle apoyo a la persona.	
E8	El profesional percibe como necesidades conocer a la persona, darle apoyo y respetar la religión o creencias.	
E9	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el dar apoyo a la persona.	
E10	El profesional percibe como necesidades conocer a la persona, tener buena comunicación y respetar la religión o creencias.	

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 15. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoría: necesidades de reconocimiento.

Categoría: Necesidades de Reconocimiento		
Etiqueta	Inferencia interpretativa por Categoría por estamento	Inferencia interpretativa entre estamentos por categoría
E1	El profesional percibe como necesidades el uso de técnicas alternativas para mantener la atención de la persona y explicar el procedimiento	La mayoría de los profesionales perciben como necesidades de la persona la comprensión del procedimiento; así mismo, un menor grupo percibe otras necesidades como incluir a seres queridos en el proceso y el respeto a la autonomía. La mayoría de los profesionales en esta categoría dieron respuestas con escasa información
E2	El profesional percibe como necesidades respetar la autonomía de la persona, darle valor y dejarla expresarse	
E3	El profesional percibe como necesidades darle importancia a la persona respetar su autonomía e involucrar a las redes de apoyo	
E4	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el respeto.	
E5	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad entender a la persona y dar comodidad	
E6	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad la explicación del procedimiento	
E7	El profesional percibe como necesidades el uso de técnicas alternativas y explicar el procedimiento	
E8	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad la explicación del procedimiento	
E9	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad involucrar a la familia	
E10	El profesional percibe como necesidades que el profesional se involucre más y conozca a la persona	

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia.

Cuadro 16. Inferencias interpretativas entre estamentos por categoría: necesidades de autorrealización.

Categoría: Necesidades de Autorrealización		
Etiqueta	Inferencia interpretativa por Categoría por estamento	Inferencia interpretativa entre estamentos por categoría
E1	La información de este profesional es nula, no percibe necesidades en esta categoría	La mayoría de los profesionales perciben como necesidades de la persona evidenciar una adecuada gestión del cuidado; así mismo, un menor grupo percibe otras necesidades como involucrar a los seres queridos en el proceso y el trabajo de equipo multidisciplinario. La mayoría de los profesionales en esta categoría dieron respuestas con escasa información, así como dos profesionales que no dieron respuesta.
E2	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad dar un buen servicio y cuidado	
E3	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el involucramiento de la familia y el equipo multidisciplinario	
E4	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el apoyo hacia la persona	
E5	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el respeto y un adecuado cuidado	
E6	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el involucramiento de la familia y el equipo multidisciplinario, así como un adecuado cuidado	
E7	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad el apoyar y dar información	
E8	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad un adecuado cuidado	
E9	La información de este profesional es escasa, nada mas percibe como necesidad involucrarse como equipo multidisciplinario	
E10	La información de este profesional es nula, no percibe necesidades en esta categoría	

Fuente: entrevistas semiestructuradas, elaboración propia

4.3 Discusión

El profesional en Enfermería en el ámbito perioperatorio es fundamental dentro del equipo quirúrgico; puesto que en su quehacer recae la responsabilidad de la comunicación interprofesional, de la educación y formación individualizada en autocuidado (entre otras), que permiten a la persona que va ser sometida a un procedimiento quirúrgico empoderarse, aclarar dudas y abordar creencias erróneas⁽⁷⁷⁾.

El acto quirúrgico permite la puesta en práctica de actividades y estrategias de atención que respondan a las necesidades, expectativas y demandas de las personas por medio del cuidado individualizado, pero para ello, se debe tener una interacción activa que permita la obtención de información por medio de la comunicación entre profesional y la persona⁽⁰⁹⁾.

Incluso, dentro de la comunicación, la percepción podría jugar un papel importante, al ser un conjunto de procesos y actividades por medio de la estimulación que alcanza a los sentidos por los cuales obtenemos información; la misma, se define por Rosales, J. como “la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades”⁽⁷⁸⁾.

Lo anterior es importante puesto que en los resultados la percepción de los profesionales en Enfermería entrevistados se enfocó especialmente en el período preoperatorio, asociándola directamente con el día de la cirugía en sí; sin embargo, la valoración e intervención del profesional durante el período previo no se mencionó y el cuidado se centró en funciones biológicas de la persona y aspectos técnicos del procedimiento quirúrgico.

Por ejemplo, las principales necesidades fisiológicas identificadas fueron la dificultad respiratoria, el ayuno previo, el confort, la seguridad, el descanso y la movilización. Si bien es cierto estas necesidades son parte del ser humano, y deben ser valoradas integralmente, es necesario comprender que en el contexto perioperatorio las personas sometidas a intervenciones quirúrgicas también presentan necesidades psicológicas y de índole sociocultural. Supone un gran reto para el profesional en Enfermería identificar y abordar integralmente los requerimientos de las personas, la familia y el entorno de

estas; ya que, estudios demuestran que los colectivos experimentan necesidades no satisfechas, pueden generar fuertes sentimientos como impotencia, alienación y vulnerabilidad, resultando en obstáculos tanto personales como organizacionales durante la fase transoperatoria y postoperatoria. De ahí la importancia de involucrarse en la atención preoperatoria⁽⁷⁹⁾.

La visita preoperatoria constituye una herramienta que permite establecer contacto cercano y directo con la persona, la familia y el equipo multidisciplinario de atención. Durante esta visita se debe recopilar la información obtenida a lo largo del proceso preoperatorio, con el fin de realizar una adecuada anamnesis que incluya el historial clínico y una valoración física detallada, tomando en cuenta patologías preexistentes que condicionen la evolución del paciente, la necesidad de estudios y valoraciones complementarios que aseguren la atención. Así como la identificación de las necesidades de cuidado que presenta la persona en ese momento, para realizar una valoración integral y diseñar planes de cuidado individualizados, que favorezcan la evolución pronta y oportuna. En los pacientes sometidos a craneotomía despierta se considera un pilar fundamental para el éxito, ya que permite evaluar las necesidades de cuidado y preparar al paciente para lo que enfrentará en el periodo transoperatorio, fomentando la confianza en el equipo y en sí mismo, como pieza central del proceso de cuidado⁽⁸⁰⁻⁸²⁾.

Al realizar la valoración inicial de la persona el profesional en Enfermería debe visualizar a la persona como un todo compuesto; por ello la importancia de recopilar toda la información de la persona abordada, incluyendo aspectos de índole fisiopatológicos, psicológicos, sociales, culturales y familiares. Se requiere revisar la historia clínica exhaustivamente, se deben incluir instrumentos de valoración preoperatoria que faciliten a la enfermera identificar las necesidades de cuidado de la persona; además se deben incluir aspectos de importancia clínica como el diagnóstico, la medicación habitual, si existen alergias conocidas, utilización de prótesis, audífonos u otro tipo de asistencia, así como determinar el grado de necesidad en cuanto a información, tanto para el paciente como para la familia. Es importante que

durante el preoperatorio la persona comprenda lo que le está sucediendo y lo que se le va a realizar, para que pueda ejercer autonomía en el consentimiento informado, que se obtiene en esta etapa⁽⁶⁵⁾.

La evaluación preoperatoria tiene como objetivo principal reducir la morbimortalidad asociada; para ello es fundamental el trabajo multidisciplinario, enfocado en la identificación oportuna de necesidades que requiere la persona; y abordarlas de la mejor manera, con el fin de evitar eventos adversos, retrasos, suspensiones innecesarias, que impactan directamente en el paciente, la familia y el entorno; además de incidir en los costos económicos generados por estancias hospitalarias de larga data. Resulta imperante proporcionar educación constante a la persona y la familia, para reducir sentimientos de ansiedad y mejorar la satisfacción percibida. La entrevista preoperatoria con la persona constituye la herramienta más efectiva de evaluación preoperatoria⁽⁸³⁾.

Con la finalidad de estar preparados durante el periodo transoperatorio los profesionales en Enfermería del ámbito quirúrgico, deben obtener toda la información posible de la persona y el entorno preoperatorio anticipadamente. Para ello requieren recolectar datos adecuados sobre el estado de salud y las necesidades de cuidado que tiene la persona, las prescripciones, la intervención quirúrgica y los requerimientos para una atención en Enfermería intraoperatoria segura. En el preoperatorio es fundamental participar de sesiones conjuntas entre los miembros del equipo de atención, para establecer un consenso sobre el cuidado preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio. Sin embargo las enfermeras quirúrgicas aquejan la falta de estrategias que faciliten el trabajo interdisciplinario, lo que genera interrupciones en la comunicación de la información adecuada, para la preparación eficaz de la atención quirúrgica⁽⁸⁴⁾.

Con respecto a la necesidad de respiración los profesionales en Enfermería entrevistados se enfocaron en proporcionar oxigenoterapia en el intraoperatorio y que el paciente no tenga síntomas respiratorios previos. Sin

embargo ningún profesional mencionó cómo identificar las necesidades de cuidado desde la valoración de esta necesidad.

Cabe destacar que al valorar esta necesidad se debe realizar el examen físico que permita identificar signos y síntomas que conlleven a un adecuado diagnóstico del estado respiratorio, incluyendo aspectos relacionados con el proceso respiración/circulación. Las constantes vitales como indicadores del estado funcional según el contexto clínico, son de gran utilidad, incluyendo las variables de FR, FC, saturación de oxígeno, patrón ventilatorio previo, movimientos y expansión torácica, ruidos ventilatorios, como predictores de procesos infecciosos o alteraciones. Además de la valoración mediante la escala ASA de la vía aérea con el fin de determinar el grado de dificultad, apnea del sueño, coloración de la piel, estado hemodinámico. Se recomienda fomentar en todos los pacientes el cese del hábito del tabaco y la suspensión del consumo activo de alcohol. Es importante mencionar que según los protocolos de evaluación para cirugía de craneotomía despierta se consideraron factores excluyentes aquellas personas con historia de abuso de alcohol o drogas⁽⁸³⁾.

Con respecto a la prevención de las complicaciones respiratorias se debe enfocar la enseñanza de ejercicios que faciliten la oxigenación y la expectoración con técnicas de respiración profunda, inspirometría e expirometría, ejercicios para toser de forma eficaz, ejercicios de movilización. En cuanto a esta práctica de enseñanza de ejercicios respiratorios tanto para el período preoperatorio, transoperatorio como para el postoperatorio estudios evidencian que no se incluye en la totalidad de las visitas preoperatorias de los pacientes, reportando un apego entre 41.7% y 72.9%, lo cual evidencia que aún se debe reforzar esta intervención^(65,80,81,85,86).

Para la necesidad de Comer y Beber las principales inferencias fueron el ayuno preoperatorio y dieta blanda e hidratación previo a cirugía. Se considera de gran importancia al realizar la valoración de esta necesidad conocer el patrón alimenticio habitual de las persona, incluyendo aspectos que se pueden asociar con la intolerancia o alteración fisiológica que

presenten al momento; para ello es imprescindible evaluar las necesidades individualmente, ya que, factores como la consistencia de la dieta, la ingesta diaria, el estado de la cavidad oral, las características de las mucosas, el uso de prótesis, la adoncia, los hábitos de higiene, problemas ingerir, masticar, deglutir, determinarán la necesidad de añadir suplementos alimenticios que favorezcan el apetito y con ello el estado nutricional de la persona durante todo el período perioperatorio⁽⁸¹⁾.

Se debe tomar en cuenta que los pacientes con diagnósticos de cáncer, alteraciones neurológicas e intervenciones quirúrgicas generalmente presentan algún grado de alteración nutricional, lo que se asocia con un aumento de la discapacidad funcional, alteración inmunológica, retardo en los procesos de cicatrización, falla orgánica. Por lo que se requiere realizar una valoración que permita optimizar el estado basal de las personas previo a la intervención quirúrgica⁽⁸⁶⁾.

En los pacientes sometidos a craneotomía se recomienda una adecuada inmunonutrición. Asociado a esto se debe prestar cuidado al control glicémico preoperatorio, la recomendación según guías ERAS son mantener glicemias < 120 mg/dL durante el preoperatorio, glicemias < 180 mg/dL durante el intraoperatorio y glicemias entre 140 - 180 mg/dL durante el postoperatorio. En esta necesidad se debe además fomentar la eliminación de hábitos de fumado y consumo de bebidas alcohólicas, según las recomendaciones al menos 4 semanas previas a la intervención quirúrgica⁽⁸⁷⁾.

En cuanto a la prescripción del ayuno preoperatorio es importante valorar las necesidades de acuerdo a la persona, la intervención quirúrgica, y la anestesia incluyendo general, regional y sedación. En el caso de los pacientes sometidos a craneotomías la recomendación de los protocolos de optimización refieren 6 horas para los sólidos y 2 horas para líquidos claros como agua, jugos transparentes sin pulpa, té y café; ya que favorece la percepción del bienestar y confort de la persona, además de que presenta una menor sensación de sed y de hambre, disminuir el riesgo de deshidratación e hipoglicemia, y las náuseas y vómitos en el post operatorio.

Aunado a esto se ha identificado disminución en la resistencia a la insulina, y mejores resultados posteriores. Sin embargo es importante mencionar que la valoración siempre debe ser individualizada, de acuerdo con las necesidades del paciente al momento, y con el objetivo de minimizar al máximo eventos adversos y complicaciones, por ello el tiempo de ayuno puede variar y extenderse inclusive a 8 hrs en personas conocidas con reflujo gastroesofágico o patologías que alteren el vaciamiento gástrico, para evitar el riesgo de broncoaspiración durante la intervención^(65,80,83,85,86).

Las principales necesidades relacionadas con evacuación, mencionadas por los profesionales en Enfermería fueron que la persona miccione o defecue antes de ser llevada al quirófano, además de colocarle una sonda foley y dar una dieta especial o aplicar un laxante o enema que evite el estreñimiento.

Al realizar la valoración de las necesidades de evacuación se debe incluir el patrón urinario y defecatorio, frecuencia, características, dificultades, costumbres, grado de independencia. Así como la función genitourinaria, la retención urinaria asociada con la administración de fármacos, por lo que se debe valorar la colocación de sonda vesical, ya sea por la extensión de la intervención quirúrgica o la capacidad funcional de la persona^(65,81).

Según los resultados obtenidos para la necesidad de movilidad, el brindar confort en la colocación del paciente durante la intervención quirúrgica es la principal recomendación, además valorar la movilidad, limitaciones y movimientos involuntarios.

Las personas con patologías neuroquirúrgicas generalmente experimentan disminución en sus funciones físicas y cognitivas que limitan sus actividades y afectan la vida diaria, por lo que se debe realizar una valoración exhaustiva de estas capacidades, ya que de no hacerlo se corre el riesgo de aumentar sentimientos de pérdida de independencia y vulnerabilidad. Se requiere modelos de atención especializada, proactiva e individualizada. Al realizar dicha valoración se recomienda implementar escalas que permitan determinar el grado de dependencia de la persona, sobre todo antes de someterla a procedimientos quirúrgicos, como la craneotomía despierto ya que es

fundamental que la persona participe activamente durante el transoperatorio, realizando movimientos, y repeticiones continuas⁽⁷⁹⁾.

Estudios sugieren que los pacientes sometidos a craneotomía despierta asocian recuerdos negativos con la craneotomía en sí. Y como causas de malestar, la aplicación de la abrazadera de Mayfield y permanecer acostado en la mesa de operaciones con restricciones de movimiento⁽⁸⁸⁾.

Al entrevistar a los enfermeros quirúrgicos las principales recomendaciones en cuanto a la necesidad de dormir y descanso, se enfocaron en el descanso previo, referir a médicos para tratamiento farmacológico y dar confort.

Para realizar la adecuada valoración de esta necesidad es importante comprender que se refiere tanto a la capacidad que tiene una persona de conciliar el sueño, descansar o relajarse; lo cuál, puede verse alterado por la calidad, la cantidad y la percepción de energía diurna. Es necesario identificar factores fisiológicos y ambientales que puedan alterar esta necesidad como el área física de la habitación, la luz, la temperatura del ambiente, el contacto con otros pacientes, las interrupciones constantes, hábitos personales, como también el dolor⁽⁸⁹⁾.

Por ello, al realizar la valoración se debe tener en cuenta tanto aspectos endógenos como exógenos, es necesario identificar signos y síntomas que indiquen trastornos para conciliar el sueño y un descanso oportuno, es de suma importancia que en esta necesidad se evalúe conjuntamente el dolor y aspectos culturales de las personas, ya que estas pueden constituir una barrera en la optimización del cuidado. La enfermera puede valorar el dolor mediante la observación de las expresiones verbales de dolor y a través de la enseñanza continua de escalas de fácil aplicación y comprensión, que se deben implementar durante todo el periodo perioperatorio. Durante la visita preoperatoria se puede preparar y apoyar a la persona para el proceso transoperatorio, en el cuál estará expuesto constantemente a situaciones que pueden generarle dolor e inconformidad, así como períodos extensos con posiciones que generan rigidez muscular, cansancio, y dolor, por lo que en el transoperatorio continuamente se le pregunta al paciente si se encuentra

cómodo, evaluando las facies y expresiones, con el fin de hacerle sentir seguro sobre la experiencia⁽⁹⁰⁾.

En cuanto a la medicación preoperatoria es importante tener en cuenta que no todos los medicamentos se recomiendan para los pacientes sometidos a craneotomía despierta, ya que deben permanecer alerta y tranquilos durante el procedimiento quirúrgico. Los estudios recomiendan excluir benzodiazepinas y barbitúricos, ya que se puede alterar el estado de consciencia, eje fundamental de la craneotomía despierta. De ahí la importancia de comprender los requerimientos anestésicos de acuerdo a la valoración conjunta con el equipo multidisciplinario, todos los involucrados en el cuidado del paciente sometido a craneotomía despierto deben trabajar con objetivos claros para ello la comunicación efectiva es imprescindible, valorar a la persona desde la capacidad funcional, la cooperación para la monitorización continua, el nivel adecuado de entendimiento y comprensión, el manejo de la analgesia y de la ansiedad; el control y tolerancia a la inmovilidad y las estrategias de confort, mantener una adecuada oxigenación y ventilación transoperatoria, mantener la estabilidad hemodinámica, optimas condiciones cerebrales para la cirugía, prevención del edema y convulsiones^(82,90,91).

Para los enfermeros quirúrgicos las principales recomendaciones en la necesidad de elegir la ropa adecuada son proporcionar ropa que sea confortable, limpia y estéril.

Se debe tomar en cuenta que la ropa y el calzado han de adecuarse al ambiente y las necesidades de cada persona, algunas prendas u objetos pueden tener un valor único y especial, por lo que se recomienda incluirlas dentro de la necesidad. Resulta de gran valor el examen físico para determinar la causa de dificultad y limitación que posea la persona para elegir la ropa, vestirse y desnudarse. Ya que, escoger la vestimenta y vestirse por si mismo, tomando en cuenta aspectos sociales y culturales favorece la independencia. La educación a la persona y los familiares, constituye una herramienta poderosa para evitar y prevenir eventos adversos asociados con los cuidados

de la salud. En lo que respecta al ámbito quirúrgico en sí se debe tener en cuenta que la ropa utilizada debe estar libre de pliegues, mantenerse seca, sin dobleces y limpia para prevenir lesiones por presión, brindar confort y proporcionar ambientes seguros; ya que, durante los procesos quirúrgicos el paciente se posiciona durante largas jornadas, lo que constituye un riesgo continuo^(89,91).

Los enfermeros quirúrgicos identificaron como las principales necesidades para mantener higiene corporal, un buen aspecto, proteger la piel y prevenir infecciones, el baño, la limpieza e hidratación de la piel y valorar lesiones cercanas al área de incisión.

Una de las necesidades básicas del ser humano es la higiene, desde la perspectiva de salud y bienestar el poder realizarse las acciones para mantenerse limpio y con un aspecto aseado, es determinante para satisfacer esta necesidad. De ahí la importancia de fomentar el autocuidado. Las personas hospitalizadas pueden sufrir la despersonalización durante el abordaje de esta necesidad, ya que en ocasiones se limita la autogestión de la higiene personal.

Al valorar esta necesidad se debe de tomar en cuenta en primera instancia la capacidad funcional para realizarse el baño y la higiene general, con el fin de determinar el grado de ayuda que requiere la persona; seguidamente identificar los hábitos de higiene corporal, genitourinaria, bucodental, estado de las uñas, valoración de la piel y mucosas de acuerdo con características de hidratación, coloración, temperatura y elasticidad, antecedentes y riesgos de lesiones por presión o vascularización inadecuada. De igual forma se deben valorar factores medioambientales y socioculturales que pueden influir individualmente⁽⁸⁹⁾.

Las escalas de valoración constituyen un método eficiente y seguro para predecir los factores de riesgo de daños de la piel, ya que facilitan la evaluación según la condición basal de la persona. Al aplicar la escala de Braden, por ejemplo, se asignan puntajes valorando la exposición a la humedad, la actividad física y deambulación, la movilidad y cambios

posturales, el roce o cizallamiento, estado nutricional y percepción sensorial. De igual manera resulta imperante realizar la valoración del estado y las características de la piel, el color, el calor, los antecedentes y tipos de lesiones, así como la capacidad funcional de la persona⁽⁸¹⁾.

Según estudios la inmovilidad e inactividad, el encamamiento y la limitación para deambular se asocian con mayores riesgos de úlceras por presión. Por ello los investigadores recomiendan desarrollar programas de educación para el paciente, la familia y los cuidadores, que permitan ofrecer información sobre estrategias de valoración de factores predisponentes, principales áreas de riesgo, como realizar y reconocer las lesiones durante la inspección, ejercicios activos y pasivos que fomenten la actividad y minimicen la presión de los tejidos. Incentivar a las personas para que deambulen o en el caso necesario realicen cambios de posición que favorezcan la circulación⁽⁹²⁾.

Con respecto a la higiene preoperatoria, se ha de tener en cuenta la necesidad de preparar la piel previo a la cirugía, ya que constituye un factor clave en la prevención de la infección del sitio quirúrgico. Partiendo de que durante la intervención quirúrgica se da la ruptura de las barreras primarias y secundarias de la piel y la proliferación de la flora endógena existente, los estudios recomiendan el baño preoperatorio con jabón antiséptico y preparar la zona anatómica de la incisión quirúrgica y peri circundante con jabón antiséptico. El rasurado se debe evitar al máximo, ya que, puede producir lesiones cutáneas que favorecen la colonización por microorganismos^(65,80).

Con respecto a evitar preligros en el entorno las principales necesidades identificadas por los profesionales en Enfermería fueron medidas para evitar una caída, mantener las barandas en alto, mantener un ambiente libre de contaminación sónica, dar a la persona una posición adecuada y segura, así como revisar el aparataje previo a su uso.

En cuanto a la valoración de esta necesidad resulta determinante evaluar las habilidades y conocimientos que tenga la persona para identificar condiciones medioambientales y conductuales que influyan en el mantenimiento de la seguridad. Se deben abordar tanto aspectos físicos como psicológicos, con el

fin de determinar las limitaciones asociadas con la capacidad funcional y de afrontamiento a la situación⁽⁸⁹⁾.

Se precisa evaluar el grado de conocimientos y la percepción del estado de salud, así como el interés por mantener conductas saludables, como adherencia a control y tratamientos, vacunaciones, plan de seguimiento, alergias conocidas, grado de consciencia, orientación, alteraciones sensoriales o de percepción, memoria reciente y a larga data, estado de ánimo, sentimientos, autopercepción, nivel de equilibrio, presencia de dolor, antecedentes de caídas, antecedentes de procedimientos invasivos⁽⁸⁹⁾.

La valoración del estado físico, mental y neurológico resulta de gran utilidad para determinar el grado de independencia o dependencia que tiene la persona, con base en ello establecer el nivel de riesgo del entorno, para proporcionar los cuidados que aseguren y prevengan estos peligros. Se recomienda aplicar escalas de valoración neurológica como la escala de Glasgow, fuerza muscular, estado de conciencia, valoración pupilar. Escalas para evaluar el dolor, test de deterioro cognitivo, escalas de valoración funcional, escalas de riesgo de caídas y lesiones por presión, entre otras^(65,92,93).

Los protocolos de recuperación optimizada para pacientes sometidos a craneotomía recomiendan mantener una adecuada inmunutrición, valorar la mejor analgesia posible con alternativas no opiodes, cirugía mínimamente invasiva, tromboprofilaxis, profilaxis antibiótica, normotermia, adecuado balance hidroelectrolítico, evitar ayuno prologado, asesoramiento preoperatorio, carga de carbohidratos, entre otros, como medidas que favorecen la recuperación del paciente y evitan complicaciones posteriores⁽⁸⁷⁾.

Al evaluar los peligros en el entorno quirúrgico se deben de diseñar y aplicar planes de cuidado enfocados en reducir al mínimo el riesgo de lesión perioperatoria. La enfermera quirúrgica juega un papel determinante en este sentido, ya que es responsable de realizar la valoración de la persona y de los riesgos medioambientales, además constituye el puente de comunicación tanto para el paciente como para el equipo quirúrgico multidisciplinario. Se

deben implementar planes de cuidado para prevenir la hipotermia y las lesiones cutáneas, aplicando medidas de precalentamiento preoperatorio que optimicen la temperatura corporal del paciente antes de la inducción anestésica, y se mantenga durante el transoperatorio y el postoperatorio inmediato. Al posicionar al paciente se requiere valorar previamente el grado de movilidad y rigidez, además se requieren aditamentos que minimicen la presión sobre articulaciones y áreas de mayor riesgo de lesiones nerviosas y úlceras. Si es posible realizar cambios de posición en el transoperatorio. Un factor de estrés potencial para el paciente en el entorno preoperatorio es el sonido de los dispositivos y aparatos, por lo que se deben de buscar estrategias que disminuyan este riesgo, como la implementación de musicoterapia, además se recomienda establecer contacto visual con la persona, acompañarle durante el proceso y proporcionarle espacios privados, tranquilos y confortables, que le generen confianza y seguridad⁽⁹¹⁾.

La necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado, fue abordada por los profesionales de enfermería, desde las alteraciones de temperatura que provoca el ambiente frío de las salas de cirugías, la necesidad de tener un calentador durante la cirugía, e identificar la fiebre.

La normotermia del cuerpo oscila entre los 36,5 y 37 °C. La enfermera debe valorar aspectos que influyen en la sensación de frío o calor del paciente: temperatura, sensación térmica del ambiente y entorno de la habitación, uniformidad de temperatura corporal, circunstancias y medios de adaptación del organismo a cambios de temperatura, así como aspectos clínicos de la persona.

La termorregulación del organismo contempla cuidados asociados con métodos físicos y farmacológicos de calefacción o enfriamiento según el caso. Se recomiendan los cambios de ropa, la utilización de abrigos, sábanas y cobijas, o mantas térmicas, manejo de la temperatura ambiental, apertura de ventanas y puertas, ingesta de electrolitos y agua, el uso de sistemas de acondicionamiento de temperatura (ventiladores, aires acondicionados,

calentadores), uso de compresas y baños de ducha. En caso necesario reposición de fluidos y medicamentos⁽⁹⁴⁾.

En el quirófano se requiere mantener la temperatura entre los rangos establecidos de 18° a 23° centígrados, para evitar la proliferación de microorganismos, lo cuál implica que la responsabilidad del equipo quirúrgico también significa prevenir la hipotermia, con especial cuidado en pacientes de edad avanzada. Se requieren adoptar medidas preventivas de la hipotermia perioperatorio como lo son, la aplicación de calentamiento pasivo y activo, a través de sistemas de aire forzado, infusiones calentadas, utilización de mantas térmicas, cobertores, sábanas calientes. De igual manera resulta necesario observar y valorar signos de alarma durante el periodo perioperatorio como la hipoxemia, escalofríos, diaforesis. Las causas más frecuentes en los pacientes con hipotermia en el quirófano son la prolongación de cirugía, la edad avanzada, el peso, utilización de agentes anestésicos, enfermedades crónicas, temperaturas muy frías en sala de operaciones y alteración metabólica^(91,93).

Para los profesionales en Enfermería entrevistados el conocer a la persona y darle apoyo es lo que perciben como mayor recomendación en necesidades de afiliación, así como una minoría menciona el estar cerca de los seres queridos, tener una comunicación previa, un espacio para expresarse y un ambiente confortable; concordando lo anterior con lo mencionado por Castro, F. quién refiere que “las necesidades de afiliación según distintos autores se pueden denominar como las necesidades de amor, pertenencia o afecto y tienen un vínculo con las relaciones interpersonales o la interacción social. Las mismas son consideradas como verdaderos motivadores activos de la conducta”⁽⁹⁵⁾.

En este tipo de necesidades la relación entre el profesional y la persona adquiere un valor de gran importancia, ya que involucra la participación activa del profesional en el periodo preoperatorio. Es un primer acercamiento a la persona y el inicio de la valoración de un proceso enfermero, donde desde la

empatía se empieza una intervención terapéutica de valor para la recuperación.

En la valoración de las necesidades de afiliación, la ansiedad adquiere un papel importante, debido a que conlleva casi siempre a un estado emocional negativo y a una activación fisiológica provocando que el organismo se prepare para afrontar el peligro percibido; un estudio en España mencionado por Laguado, E., Yaruro, K., y Hernandez, E., establece que se requiere de un trato personalizado, el entender la infraestructura y la rutina hospitalaria, así como un modelo de comunicación adecuado entre el profesional y la persona para disminuir los niveles de ansiedad en el periodo preoperatorio, siempre a partir de las necesidades⁽⁹⁶⁾.

La comunicación, para Henderson mencionada por Sanz es una necesidad que promueve el bienestar de la persona pero en medida que se fomente una buena relación con la misma⁽¹⁶⁾. La responsabilidad del equipo del quirófano es animar a exteriorizar las preocupaciones y miedos, así como explicar dudas y aclarar la información que la persona necesite. Una buena comunicación permite al profesional profundizar en las necesidades de la persona más allá de lo percibido, es una herramienta de gran importancia para poder plantear acciones efectivas que fomenten el cuidado en Enfermería.

Ninguno de los entrevistados menciona el conocer a la persona desde la aplicación de un proceso de atención, sin embargo, lo sugieren desde un punto de vista de empatía donde se le presente a la persona, se obtenga información y se aclaren dudas relacionadas a la intervención; no hay una planificación ni ejecución de acciones dirigidas al periodo preoperatorio como tal; cabe destacar que el profesional realiza una visita que se hace una única vez.

Lo expuesto, concuerda con los resultados de un estudio sobre la experiencia de los pacientes sometidos a craneotomía despierto, donde las personas nunca mencionan al profesional en Enfermería como un facilitador de estrategias de afrontamiento, probablemente porque este profesional sólo preguntaba por cosas relacionadas a la cirugía y trataba al paciente

impersonalmente en un rol pasivo, o porque sólo lo conocieron por un periodo corto (no más de 4-5 horas)⁽⁰⁴⁾.

En el estudio Calidad de la Visita preoperatoria en Enfermería se evidenció una atención de enfermería en cierta medida rutinaria, que no brindó la información necesaria a los pacientes en relación a su condición quirúrgica. La visita preoperatoria presentó dificultades en cuanto a la relación enfermero-paciente, la preparación de la piel previa a la cirugía y la instrucción a pacientes sobre los ejercicios respiratorios⁽⁹⁷⁾.

Estudios sugieren que el conocer a la persona y poner en marcha el proceso enfermero en los pacientes neuroquirúrgicos es importante para el manejo de la ansiedad asociada a la intervención, aunque en un primer contacto es difícil eliminar la ansiedad como tal, pero como se menciona en otras investigaciones, si supone de un conocimiento de puntos de apoyo que la persona antes no tenía. Y eso hace que se salga del tecnicismo y se retome el quehacer del cuidado. El proporcionar apoyo emocional e información completa del procedimiento y sus complicaciones, permite potenciar la expresión de los sentimientos de angustia previos a la intervención quirúrgica^(16,83,96).

En las necesidades de afiliación se percibe importante permitirle a la persona estar cerca de sus seres queridos, lo cual tiene un impacto a nivel de la seguridad, apoyo y como referencia de información, principalmente en el caso de personas que presenten alteraciones en su estado mental. Por otro lado, en la mayoría de los casos, es la familia la primera opción de apoyo de la persona, es una ayuda para sobrellevar la hospitalización y la agitación⁽⁰⁴⁾.

Para la persona el sentirse cuidado está vinculado con la presencia física, siendo consecuente con estudios previos que sugieren que tener a la enfermera cerca es beneficioso. El contacto persona persona incrementa el sentimiento de seguridad, sin embargo, simplemente saber que el equipo está vigilando y cuidando puede ser suficiente⁽⁹⁸⁾.

Diferentes estudios mencionados por Vedelø, T., Sørensen, J. & Delmar, C., han referido que:

“El impacto de tener una potencial enfermedad fatal, combinada con los múltiples síntomas frecuentemente afecta las habilidades de los pacientes para entender y retener información, comunicarse con los trabajadores de la salud y expresar sus necesidades de cuidado. En este aspecto, el involucramiento de la familia adquiere también un rol de informante”⁽¹⁰⁾.

La calidad en la comunicación con la persona y la familia desde un primer acercamiento en la entrevista preoperatoria permite hacer un diagnóstico más certero de las necesidades de una manera integral, además el suministrar información que la persona y su familia consideren necesaria, así como la aplicación del proceso enfermero en el periodo preoperatorio es fundamental para controlar y disminuir los niveles de ansiedad de la persona.

En el estudio evaluación preoperatoria en el siglo XXI. se determinó que el hecho de recibir información oportuna y detallada de todo el proceso quirúrgico es fundamental y ayuda a disminuir la ansiedad y stress asociado a la cirugía y esto se traduce en mayor confort para el paciente, sin embargo, esta acción no es suficiente para disminuir las complicaciones postoperatorias⁽⁸³⁾.

La mala comunicación con la persona es una de las causas del fracaso en la recuperación, el equipo quirúrgico le brinda tranquilidad y empatía, mitigando su ansiedad. Es importante que a la persona se le informe sobre las constantes interacciones frente a frente y otros detalles como el posicionamiento, la inserción de una sonda urinaria, el ruido de la craneotomía y las tareas relativas al mapeo. Es necesario realizar una evaluación preoperatoria de la función del lenguaje⁽⁷⁴⁾.

Dentro de las necesidades de afiliación está el actuar con arreglo de la propia fe, donde para la mayoría de los entrevistados el respetar la religión o creencias es la recomendación en esta necesidad, además de dar apoyo emocional, tener empatía, cuidar la integridad de su cuerpo y conocer la historia clínica y personal. Según Henderson mencionada por Sanz:

“Las personas piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y fe. Es frecuente que mucha gente se aferre a sus creencias en momentos en los que se sienten temerosos y desprotegidos. En el quirófano, la enfermera debe respetarlo y apoyar al paciente en lo que sea necesario”⁽¹⁶⁾.

Cabe destacar que la mitad de los entrevistados no hacen referencia a recomendaciones en esta necesidad, lo que sugiere que no sea un tema que se aborde con acciones destinadas para ello, o se considere una necesidad real para la mayoría^(16,99).

En relación a las necesidades de reconocimiento, la mayoría de los profesionales perciben como las mismas la comprensión del procedimiento; y un menor grupo percibe otras necesidades como incluir a seres queridos en el proceso y el respeto a la autonomía. Cabe destacar que la mayoría de los profesionales en esta categoría dieron respuestas con escasa información.

Si tomamos en cuenta a Maslow mencionado por Castro, F⁽⁹⁵⁾. estas necesidades agrupan dos clases: “las referidas al amor propio, al respeto a sí mismo, a la estimación propia y la autoevaluación, y las que aluden a los otros, las necesidades de reputación, condición, éxito social y de reconocimiento por sus iguales”. Es así que la satisfacción de estas necesidades le dan a la persona sentimientos de autoconfianza, de suficiencia, de utilidad, en contraposición a la frustración, situación generadora de sentimientos de inferioridad, debilidad y desamparo. Consecuente con lo mencionado, la teoría de Virginia Henderson señala a la persona como un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial, es por ello que en su teoría plantea necesidades que se relacionan con el reconocimiento, como lo son el disfrutar y participar en diversas formas de entendimiento, y el actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo, ambas contempladas en las entrevistas a los profesionales, donde los resultados evidencian una carencia en la percepción

de las mismas como una necesidad más allá que recibir información y brindar respeto a la persona^(16,95,99).

El abordar estas necesidades fomenta en la persona que va ser sometida a una craneotomía despierta su confianza y reconocimiento como participante activo del proceso no sólo en la etapa preoperatoria sino en la intraoperatoria, y sin embargo se obtienen resultados muy escasos y limitados en los entrevistados.

En relación a disfrutar y participar en diversas formas de entendimiento estudios señalan el anticipar y manejar las expectativas que tiene la persona como una de las acciones que más se aprueban en la comunicación con personas que irán a procedimientos despiertos; se describe la importancia de manejar estas expectativas antes y durante el procedimiento hablando de los tiempos y el progreso del mismo entre otras cosas; cabe señalar que una minoría de los entrevistados mencionan técnicas como la música y videos para explicar el procedimiento, siendo una manera de potenciar el entendimiento de la persona al proceso, sin embargo, es algo que no se aplica pero se percibe como importante⁽¹⁰⁰⁾.

Algunos autores señalan en esta subcategoría la necesidad de la persona de conocer las ventajas y la necesidad de mantenerse despierto en los momentos claves de la operación y la importancia de sentirse capaz de tolerarlo y maximizar la cooperación, para ello, se menciona que una visita previa al mismo puede ser una interesante opción, o una película de vídeo concordando con lo expresado por algunos entrevistados⁽⁷³⁾.

El entendimiento de la persona debe ser tratado inicialmente desde un periodo preoperatorio donde la persona está emocionalmente más estable y dispuesta a recibir información pudiendo inclusive optimizar los factores que pueden contribuir en su recuperación; sin embargo:

“Tradicionalmente, los esfuerzos se han centrado en la “re-habilitación” después de la cirugía, pero, parece ser que este período no es el más oportuno para intervenir, ya que el paciente puede presentar ansiedad, dolor, preocupación por su tratamiento y por lo tanto, no está en las

mejores condiciones de participar en un programa que busque acelerar su recuperación”⁽⁸³⁾.

La necesidad de Henderson que corresponde a la subcategoría de actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo señala que las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando se consigue el resultado propuesto por medio de su trabajo. A nivel de sociedad se menciona que la inactividad suele ser sinónimo de inutilidad⁽¹⁶⁾.

La mitad de los entrevistados no hacen mención a la percepción de esta necesidad, sin embargo, quienes lo hacen, señalan el respeto por la autonomía, la comodidad, la ética y el conocer a la persona como su principal recomendación.

Para la persona que va ser sometida a craneotomía despierto el rol activo en la cirugía para un resultado exitoso puede generar un mayor nivel de ansiedad ante la incertidumbre de no poder lograrlo, ellos se enfocan más en su rol en la cirugía que en el procedimiento que les van a realizar en sí; es por ello que entrevistar sobre necesidades específicas pueden hacer que cada persona maneje las mismas de una manera más óptima y logre una mayor satisfacción en el proceso. En muchos casos el uso de música como parte de la intervención puede ayudar a reducir la ansiedad y los signos de estrés físico en la persona, siendo la misma enfocada en potenciar la satisfacción y el confort de la persona en la fase intraoperatoria^(3,5,7,101).

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

La percepción de los profesionales en Enfermería con experiencia en neurocirugía sobre las necesidades de cuidado en el preoperatorio en personas que serán sometidas a craneotomía despierto, está enfocada principalmente en la obtención de datos que respondan a los requisitos preoperatorios. La principal valoración realizada por estos profesionales es sobre las necesidades fisiológicas citadas por Virginia Henderson, siendo éstas las más mencionadas por la mayoría de los participantes.

El profesional en Enfermería en el periodo preoperatorio no aplica el Proceso Enfermero como una herramienta para el cuidado de la persona, limita el mismo a la etapa de valoración, siendo la misma incompleta, enfocándose en los requerimientos del procedimiento al que será sometida la persona y con una connotación de presentación personal de empatía.

La información suministrada por los profesionales en Enfermería durante la investigación es muy escasa, técnica y en muchas ocasiones no responden a lo que se les pregunta.

El quehacer del profesional en Enfermería responde mayoritariamente a lo que el sistema o institución demanda (producción) y no a lo que las personas necesitan. Para poder responder a las necesidades de cuidado de la misma, se necesita plantear e implementar una práctica asistencial desde las competencias del saber ser, saber conocer y saber hacer de la Enfermería utilizando el proceso enfermero en su totalidad.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda formular programas de atención propios de la profesión e interdisciplinarios a las diferentes personas que van a ser sometidas a procedimientos quirúrgicos dirigidas a necesidades individuales tanto personales, familiares y comunitarios.

La creación de espacios dirigidos a una atención preoperatoria para la persona que va ser sometida a craneotomía despierto y su familia, fomenta la relación y comunicación con el profesional en Enfermería validando la participación del profesional en el proceso como parte del equipo de atención.

Se recomienda la creación de manuales de intervención guiados por teorizantes que permitan abordar integralmente a la persona que será sometida a un procedimiento quirúrgico y su familia; así como la implementación de herramientas como apoyo en la aplicación del Proceso Enfermero.

Bibliografía

1. Solera, I.; Uña, R.; Valero, I.; Laroche, F. (2013) Awake craniotomy. Considerations in special situations. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* ;60(7):392-398.
2. Triggs, D.; Flanagan, J (2016). Supporting the Patient's Choice to Open Access Private Health Information. *J Nurse Pract*;12(7):e323-e326.
3. Wu, P.; Huang, M.; Lee, W.; Wang, C.; Shih, W. (2017) Effects of music listening on anxiety and physiological responses in patients undergoing awake craniotomy. *Complement Ther Med*;32:56-60.
4. Palese, A.; Skrap, M.; Fachin, M.; Visioli, S.; Zannini, L. (2008) The experience of patients undergoing awake craniotomy: In the patients' own words. A qualitative study. *Cancer Nurs*;31(2):166-172.
5. Van Ark TJ, Klimek M, de Smalen P, Vincent AJPE, Stolker RJ. Anxiety, memories and coping in patients undergoing intracranial tumor surgery. *Clin Neurol Neurosurg* (2018);170:132-139.
6. Klimek M, Van Der Horst PH, Hoeks SE, Stolker RJ. Quality and Quantity of Memories in Patients Who Undergo Awake Brain Tumor Resection. *World Neurosurg* 2018;109:e258-e264.
7. Ruis C, Wajer IH, Robe P, Van Zandvoort M. Anxiety in the preoperative phase of awake brain tumor surgery. *Clin Neurol Neurosurg* 2017;157:7-10.
8. Jiménez Ocampo VF, Zapata Gutiérrez LS, Díaz Suárez L. Ability to cope and adapt in relatives of adult patients hospitalized at an intensive care unit. *Aquichan* 2013;13(2):159-172.
9. Díez-álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Effectiveness of pre-operative education in reducing anxiety in surgical patients. *Enferm Clin* 2012;22(1):18-26.
10. Vedelo TW, Sorensen JCH, Delmar C. Patients' experiences and care needs during the diagnostic phase of an integrated brain cancer pathway: A case study. *J Clin Nurs* 2018;27(15-16):3044-3055.

11. Smith CS, Guyton K, Pariser JJ, Siegler M, Schindler N, Langerman A. Surgeon–patient communication during awake procedures. *Am J Surg* 2017;213(6):996-1002.e1.
12. Hermosilla Ávila A, Sanhueza Alvarado O. Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Cienc Enferm* 2015;21(1):11-21.
13. Quijano, M. S., & Sánchez, G. E. (2012). Proceso de atención de Enfermería a un paciente con Parkinson más psicosis basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 81-86.
14. Bertha, Jimenez. C. A., Teresa, S. D. M., & Teresa, Salinas. E. (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 12(2), 61-63.
15. Jacondino MB, Martins CL, Thofehr MB, Garcia BL, Fernandes HN, Joner LR. Professional ties in nursing work: Important element for care. *Enferm Global* 2014;13(2):148-171.
16. Sanz San José, L. (2014). Cuidados de Enfermería en el paciente quirúrgico anestesiado según las 14 necesidades de Virginia Henderson.
17. López, N., & Sandoval, I. (2016). Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa.
18. Guerrero Bejarano, M. A. (2016). La investigación cualitativa.
19. Oberti, A., & Bacci, C. (2016). Metodología de la Investigación.
20. Sánchez Flores, F. A. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: Consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122.
21. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación [Internet]. Sexta Edición. Edición Punta Santa Fe, editor. Mexico DF: MC Graw Hill; 2014 [cited 2018 Nov 22]. 634 p. Available from: www.elosopanda.com%7Cjamespoetrodriguez.com

22. Pineda EB, Alvarado EL de. Metodología de la investigación [Internet]. Tercera Edición. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2008 [cited 2018 Nov 29]. 260 p. Available from: <https://books.google.co.cr/books?id=XZX4jgEACAAJ&dq=metodologia+de+la+investigacion.+pineda&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjaiL2StPneAhXOwFMKHV-7DioQ6wEIKTAA>
23. Guerrero Bejarano, M. A. (2016). La investigación cualitativa y Herrera, J. (2017). La investigación cualitativa
24. Ramírez Elizondo, N. A. (2014). Significado social del concepto cuidado en tres países de latinoamérica (Doctoral dissertation, Universidad de Concepción Facultad de Medicina. Departamento de Enfermería).
25. López, N., & Sandoval, I. (2016). Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa.
26. Cisterna F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*.2005; 14 (1):61-71
27. Carmona Vargas, K., & Arce Navarro, V. Percepción del enfermero acerca del cuidado que requieren las personas en el servicio de recuperación desde las áreas del quehacer de Enfermería.
28. García, T., García, L., González, R., Carvalho, J., & Catarreira, S. (2016). Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación. *CIAIQ2016*, 3.
29. Emanuel, E. (1999). ¿ Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. *Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 33-46.
30. Gasenzer E. Kanat A, Neugebauer E. (2017). First report of awake craniotomy of a famous musician: suprasellar tumor surgery of pianist Clara Haskil in 1942. *Journal of Neurological Surgery Part A: Central European Neurosurgery*, 78(03), 260-268. [Internet]. 2016 Noviembre

[cited 2018 Sep 2] . DOI [http://dx.doi.org/ 10.1055/s-0036-1597895](http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1597895). ISSN 2193-6315.

1. Ciaran Scott Hill, Flavio Severgnini, Edward McKintosh. How I do it: Awake craniotomy. NEUROSURGICAL TECHNIQUES. Acta Neurochir. [Internet]. 2016 November [citado 2018 Sep 23] DOI 10.1007/s00701-016-3021-z
2. GUILKEY R.E., VON AH D., CARPENTER J.S., STONE C. & DRAUCKER C.B. (2 0 1 6) Integrative review: postcraniotomy pain in the brain tumour patient. Journal of Advanced Nursing 72(6), 1221–1235. doi: 10.1111/jan.12890
3. Ramírez Elías A.. Proceso de Enfermería; lo que sí es y lo que no es. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Sep 25] ; 13(2): 71-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200071&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>.
4. D. Parra-Giordano, D. González-Molina, D. Pinto-Galleguillos. Proceso de Enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. Enfermería Universitaria. Volume 14, Issue 1. 2017, Pages 67-75,ISSN 1665-7063,<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.003>.
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300665>)
5. Manual Enfermería Perioperatoria. CCSS. 2010
6. Paranaguá Thatianny Tanferri de Brito, Bezerra Ana Lúcia Queiroz, Moreira Isadora Alves, Tobias Gabriela Camargo, Silva Ana Elisa Bauer de Camargo e. Indicadores de asistencia en un clínica quirúrgica. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Jul [citado 2018 Sep 28] ; 15(43): 228-239. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300010&lng=es.

7. Koerich Cintia, dos Santos Fabiana Cristine, Guedes dos Santos José Luís, Lorenzini Erdmann Alacoque, Pauli Carla, Mendes Marinho Monique. Cuidados de enfermagem ao paciente no perioperatório de cortico-amigdaló-hipocampectomía. *av.enferm.* [Internet]. 2015 Ene [citado 2018 Sep 27] ; 33(1): 142-150. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000100018&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48085>.
8. Raille Alligood M. Modelos y Teorías de Enfermería. Novena edición. Barcelona, España: El Sevier. 2018.
9. Lima Ana Paula Souza, Chianca Tânia Couto Machado, Tannure Meire Chucre. Assessment of nursing care using indicators generated by software. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 Apr [cited 2018 Dec 02] ; 23(2): 234-241. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0177.2547>.
10. Ortiz, M. Patient-Centered Care: Nursing Knowledge and Policy. *Nursing Science Quarterly*. 2018, Vol. 31(3) 291–295
[hDttOpsl://1d0o.i.1o1rg7/71/00.18197473/01889413188747148970746906](https://doi.org/10.1177/0898010118771000) journals.sagepub.com/home/nsq
11. M.G. González-Castillo, A. Monroy-Rojas. Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*. Volume 13, Issue 2, 2016, Pages 124-129. ISSN 1665-7063
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>
(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316000270>)
12. Bagés Fortacín, Cristina, Lleixà Fortuño, María del Mar, Español Puig, Cristina, Imbernón Casas, Gloria, Munté Prunera, Nuria, Vázquez Morillo, Dolores, Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global* [en línea] 2015, 14 (Julio-Sin mes) : [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2018]

Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841436002>>
ISSN

13. Hamester L, Nogueira E, Cielo C, Moraes M, Campos L. Efectividad de intervención de la Enfermería en los niveles de ansiedad de familiares de pacientes sometidos a cirugía cardíaca: ensayo clínico aleatorio. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 2]; 24: e2729. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100377&lng=en. Epub Aug 15, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0208.2729>
14. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Internet]. Primera Edición. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [citado el 30 de Sep 2018]. 217 p. Disponible en: www.enfermeriajaen.com
15. Carvajal E, Sánchez Herrera B. Los modelos de enfermería aplicados en la práctica clínica: revisión integrativa. Archivos de Medicina (Col), Universidad de Manizales, Colombia 2018. [Internet] May;18(1):86-96 [citado Sep 30 2018]. <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.1701.2018>.
16. Meleis, Afaf Ibrahim. Theoretical nursing: Development and progress [Internet]. Philadelphia: 5º Ed. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2011 [citado Oct 2018]. <https://books.google.co.cr/books>
17. Polit, Denise F, Cheryl Tatano Beck. Investigación en Enfermería: fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la Enfermería. Barcelona: 9º Ed. Wolters Kluwer, 2018.
18. Ortiz MR. Best Practices in Patient-Centered Care: Nursing Theory Reflections. Nurs Sci Q. [Internet]. 2021. [citado NOV 2021] Jul;34(3):322-327. doi: 10.1177/08943184211010432. PMID: 34212801. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31795884/>

19. Rizzo Parse R. Nurses and Person-Centered Care. *Nursing Science Quarterly*. [Internet]. 2019. [citado NOV 2021] Oct;32(4):265 <https://doi.org/10.1177/0894318419864335>
20. Fernández Sola C, Torres Navarro M, Ruíz Arrés E. Teoría y práctica de los fundamentos de Enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas. [Internet] Universidad de Almería. Edual. 2020. pags: 11-76. [citado Nov 2021]. <https://www.researchgate.net/publication/345894569> .
21. CIE. PRINCIPIOS BASICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA. Publicaciones Científicas No. 57 Diciembre de 1961 .ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panameriecana, Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.
22. García González, M. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. México, D. F. Editorial Progreso, SA. 2002. Pag 17-27. ISBN 970-641-493-2
23. Pinargote R, Villegas M, Castillo Y, Merino M, Alonso G, Jaime N et al. Fundamentos Teóricos y Prácticos de Enfermería. Edición: 1era. ISBN: 978-9942-787-19-4 Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2018. Pag 105-110
24. Luis Rodrigo M.T, Fernandez Ferrín C, Navarro Gómez M.V. De la teoría a la práctica . El pensamiento crítico de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3º ed. Barcelona. Elsevier. Masson, 2007
25. Correa Argueta E, Verde Flota E, Rivas Espinoza J. Valoración de Enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. Internet. México. 1º ED, . Editorial Casa abierta al Tiempo Universidad Autónoma Metropolitana. 2016. Pag 25-46. Disponible https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroel_electronico/valoracion_de_enfermeria.pdf
26. Suarez, M. y Huahasoncco, G. (2017). *“Calidad de interrelación de la enfermera según Peplau y satisfacción de pacientes quirúrgicos, Servicio de Cirugía Hospital Regional Honorio Delgado” Arequipa 2017.*
27. Iglesias, J. (2017). ¿Hacia dónde va el proceso enfermero de tercera generación?. *Revista Enfermería C y L*, 9(2), 1-2.

28. Rosa Pita-Vizoso. Cambios en la práctica asistencial tras la adopción del modelo de Virginia Henderson. Tesis doctoral. España. 2017 https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/19442/PitaVizoso_RosaMaria_TD_2017.pdf
29. Estrada, K. Pensamiento crítico: concepto y su importancia en la educación en Enfermería. *Index Enferm* . 2019 Dic; 28(4): 204-208. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300009&lng=es. Epub 14-Sep-2020.
30. Valverde,L. & Vargas P. Intervención del Profesional en Enfermería en el postoperatorio inmediato de la persona sometida a cirugía de reemplazo valvular y bypass coronario que se encuentra en una unidad de terapia intensiva. Trabajo Final de Graduación. Costa Rica. 2022.
31. Caregnato RCA, Araujo BR, Gnatta JR, Poveda VB. Perioperative nursing education in Brazil: reviewing the past to survive the future. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(3):e20210331. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0331pt>
32. Hamlin L, Richarsond M, Davies M. *Enfermería Perioperatoria*. Texto introductorio. Editorial Manual Moderno, Mexico. 2010. Pag 2-10. ISBN: 978-0-7295-3887-9
33. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. 2020. Perfil del Profesional de Enfermería Perioperatoria. *La Gaceta*, Alcance Número 33, a la Gaceta número 41.
34. Sally Sutherland-Fraser, Menna Davies, Brigid M. Gillespie and Ben Lockwood. *Perioperative nursing. An introduction*. Internet Australia. 2022. 3rd edition Elsevier. ISBN: 978-0-7295-4338-5
35. Higuera B. Funciones de Enfermería en el Perioperatorio. Una revisión bibliográfica. *Ocronos*. 2020;3(8):15. <https://revistamedica.com/funciones-enfermeria-perioperatorio/>
36. Gómez, R. "La investigación en Enfermería quirúrgica: de la técnica a la humanización de la asistencia." *NURE investigación: Revista Científica de Enfermería* 99 (2019): 2. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7125324.pdf>

37. Muñóz Sánchez A. Trayectoria de investigación de la Facultad de Enfermería: Hechos y realidades. Editorial Universidad Nacional de Colombia, Bogota. Capitulo 3, 2018
<https://scholar.google.es/citations?user=RzhlURoAAAAJ&hl=es&oi=sra>
38. Vialart Vidal Niurka. La gestión del cuidado humanizado de Enfermería en la era digital. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Ene 08]; 35(4): e3059. Epub 01-Dic-2019.
39. Barnard A, Sandelowski M. Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference?. Internet. 2001. Journal of Advanced Nursing. Dec;34(3):367-375. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01768.x>
40. Arakelian, Ereboundi. Swenne, Christine. Lindberg, Susan. Rudolfsson, Gudrun. Vogelsang, Ann-Christin. 2016/11/01. The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective - an integrative review. VL - 26. DO - 10.1111/jocn.13639. Journal of Clinical Nursing
41. García García M.A, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Serie Cuidados Avanzados. Enfermería de Quirófano Vol.1. ISBN 978-8495-62-651-6. Ed. Difusión Avances de Enfermería DAE. Madrid, España. 2012. Pp11-23
42. González Luis Fernando, Cadena Fredy Ariza, Senz Ernest, Alfonso Uribe Juan, Velázquez Fernando. Craneotomía con paciente despierto para resección de tumores cerebrales. Rev. colomb. anesthesiol. [Internet]. 2009 Apr [cited 2018 Sep 24]; 37(1): 57-62. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472009000100007&lng=en
43. Zhang, K., & Gelb, A. W. (2018). Awake craniotomy: indications, benefits, and techniques. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 46, 46-51.

44. Sainz, L., Regueira, A., Ratto, F., Munúa, A., Da Luz, D., Aizpún, G., ... & Martínez, F. (2019). Experiencia emocional percibida por pacientes sometidos a craneotomía con despertar intraoperatorio. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 4(1), 32-39.
45. Smith CS, Guyton K, Pariser JJ, Siegler M, Schindler N, Langerman A. Surgeon–patient communication during awake procedures. *Am J Surg* 2017;213(6):996-1002.e1
46. González Luis Fernando, Cadena Fredy Ariza, Senz Ernest, Alfonso Uribe Juan, Velázquez y Klimek M, van der Horst PH, Hoeks SE, Stolker RJ. Quality and Quantity of Memories in Patients Who Undergo Awake Brain Tumor Resection. *World Neurosurg* 2018;109:e258-e264.
47. Sevillano, A.; Romero, M.; y Molina, G. Rol de Enfermería en los programas de recuperación intensificada (*fast-track*)
48. Rosales, J. (2015). Perception and Experience. *Episteme*, 35, 21-36
49. Wang T y Christian J(2018) mencionan en el estudio. Patients' experiences and care needs during the diagnostic phase of an integrated brain cancer pathway: A case study desarrollado en el IBN de Dinamarca.
50. Herrera LJL, Analuisa, E, Guadalupe S, De la Fuente M, Laguapillo A, Ceballos C et al. Calidad de la visita preoperatoria de Enfermería. *Enferm Inv (Ambato)*. Ecuador. 2017; 2(2):64-67.
51. Montesinos, G. Ortega, MC. Leija, C. Quintero, M. Cruz, G. Suárez, M. Validación de un instrumento de valoración de enfermería cardiovascular con el enfoque de Virginia Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. Vol. 19, Núm. 1 Enero-Abril 2011 pp 13-20
52. Ramírez Paesano, C. Anestesia para craneotomía con paciente despierto. Vol. 36. Supl. 1 Abril-Junio 2013 pp S1-S3
53. kunze S. Evaluación preoperatoria en el siglo xxi. *Rev. Med. Clin. Condes, Chile*. 2017; 28(5) 661-670]

54. Sandelin, A. Kalman, S. Gustafsson, B. Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork – Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. 2019. doi: 10.1111/jocn.14850
55. Salabarría, B; Garces, Y. Acciones de Enfermería en el cumplimiento del protocolo para la recuperación mejorada después de cirugía. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. XIX Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. 2022
56. Huidobro, J; Romero, H; Zulueta, J.M. (2022). Recomendaciones para un protocolo ERAS de Craneotomía Electiva. Revista Chilena De Neurocirugía, 47(2), 84–91. <https://doi.org/10.36593/revchilneurocir.v47i2.207>
57. Ramírez, E. Herrera, M. Protocolo ERAS, una perspectiva en neuroanestesia. ANESTESIA EN NEUROCIRUGÍA. Vol. 41. Supl. 1 Abril-Junio 2018 pp S78-S80. <http://www.medigraphic.com/rma>
58. Markus Klimek, Paul H. van der Horst, Sanne E. Hoeks, Robert Jan Stolker en el estudio realizado en 2017 Quality and Quantity of Memories in Patients Who Undergo Awake Brain Tumor Resection
59. López, M.A. Síndrome de inmovilidad. Guía de ayuda enfermera para el cuidado del paciente geriátrico. Universidad de Jaén. Tesis de grado. 2014
60. Jiménez, X. Salazar, M. Vindas, R. Esquivel, M. Gutierrez, D et al. Conciencia Transoperatoria en Personas Operadas Mediante Craneotomía Despierto. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Hospital México, San José, Costa Rica. Rev. Chil. Neuropsicol. 16(1): 28-36, 2022
61. Annika Bergstrom, Asa Hakansson, Margareta Warr en Stomberg, Kristofer Bjersa. Comfort Theory in Practice—Nurse Anesthetists' Comfort Measures and Interventions in a Preoperative Context. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2016: pp 1-10 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.004>

62. Bonilla, K. Práctica electiva de profundización. fortalecimiento de la atención integral del paciente de neurocirugía desde el apoyo educativo de Enfermería al personal asistencial y cuidadores basado en humanización y calidad. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Tesis de grado. 2017
63. Ann-Catrin Blomberg | Birgitta Bisholt | Lillemor Lindwall. Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*. 2018;5:414–421. DOI: 10.1002/nop2.153
64. Huaracallo, P. Cuidados de Enfermería para la Prevención de hipotermia en pacientes en etapa Perioperatorio. Lima, Perú. Tesis 2021. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11451>
65. Castro Molina, F. J. (2018). Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales.
66. Laguado, E.; Yaruro, K.; y Hernández, (2015). El cuidado de Enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos. *Enfermería global*, 14(4), 362-374.
67. López, J. L. H., Jiménez, E. A., Núñez, S. G., De la Fuente Briz, M., Vergara, A. L., Méndez, C. C., ... & Amores, F. C. (2017). Calidad de la Visita preoperatoria de Enfermería. *Enfermería Investiga*, 2(2 Junio), 64-67.
68. Edwards KJ, Duff J, Walker K. What really matters? A multi-view perspective of one patient's hospital experience. *Contemp Nurse* 2014;49:122-136.
69. Hernández Martín, C. (2016). El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera.
70. Smith CS, Guyton K, Pariser JJ, Siegler M, Schindler N, Langerman A. Surgeon–patient communication during awake procedures. *Am J Surg* 2017;213(6):996-1002.e1
71. Cashman R. Commentary: 4 themes described the experiences of patients before, during, and immediately after awake craniotomy. *Evid - Based Nurs* 2008;11(4):126.