

1. INTRODUCCIÓN

El papel del personal de enfermería en el área quirúrgica ha cambiado como respuesta a las tendencias que han surgido en los cuidados de la salud. Con el elevado énfasis sobre la reducción de la estancia en el hospital y los costos, y en la atención de los pacientes externos, el papel de los profesionales sanitarios ha experimentado ampliación hasta incluir el concepto de cuidados totales del paciente. En la actualidad, los cuidados quirúrgicos de la enfermería se centran en un marco amplio de cuidados que el personal de enfermería (diplomados y auxiliares) ofertan al paciente.

Los procesos de atención sirven como componentes primordiales en la realización del papel perioperatorio. Este lapso considera al paciente antes de operarse (periodo preoperatorio), (periodo transoperatorio o intraoperatorio) y después de terminada ésta (periodo postoperatorio).

El paciente que está por someterse a un procedimiento quirúrgico, sea selectivo o de urgencia, está sujeto a muchos factores productores de estrés que tienen efectos sobre su equilibrio físico y psicosocial. La experiencia quirúrgica es un misterio para muchos pacientes, y lo afrontan de distintas modos según sus experiencias personales y familiares e ideas y creencias.

Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen participación principal en desmitificar esta experiencia, reducir la ansiedad y promover un periodo preoperatorio sin complicaciones, tanto en el paciente como en su familia.

La función principal del personal de enfermería, antes de la operación, es de educadora y abogada. La valoración del paciente y de la familia sirve como base para desarrollar un plan individualizado de enseñanza que ayude al paciente a entender mejor la experiencia perioperatoria. Los cuidados y la educación perioperatorios se inician antes de que el paciente ingrese a la sala quirúrgica.

Asistencia perioperatoria: es el término que se utiliza para describir las innumerables tareas del personal de enfermería relacionadas con la intervención quirúrgica de una persona. El término “perioperatorio” es global e incorpora las tres fases del proceso quirúrgico; es decir, antes de la operación, durante la misma y la fase posterior a su práctica (preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio).

Fase preoperatoria. Comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica y termina con el transporte del individuo a quirófano. La diversidad de actividades de enfermería en esta fase puede ser considerable, como las de valoración inicial o de línea base del sujeto, en el marco clínico o en el hogar; entrevista en el preoperatorio o preparación del paciente para la anestesia que recibirá y para la operación que se le practicará. Las actividades de enfermería también pueden limitarse a la valoración preoperatoria del paciente en la sala de espera o las salas quirúrgicas.

Fase intraoperatoria en el perioperatorio comienza cuando se recibe al paciente en el departamento de cirugía y termina cuando se le transfiere al área de recuperación. En esta etapa, las tareas del personal de enfermería y sus actividades pueden ser tan amplias como iniciar una venoclisis, administrar medicamentos por la misma, encargarse de la amplísima gama de métodos de monitorización fisiológica durante la intervención quirúrgica y emprender medidas orientadas a la seguridad del enfermo. El auxiliar de enfermería asistirá a la enfermera en las actividades en la que ésta solicite su colaboración, puede limitarse a tomar de la mano al paciente durante la inducción de anestesia general, asumir las tareas de instrumentista o auxiliar en los cambios de posición del enfermo en la mesa del quirófano, aplicando los principios básicos de alineación corporal.

Fase postoperatoria comienza con la transferencia del operado al área de recuperación y termina con la valoración seriada en la clínica o el hogar. El campo de acción del personal de enfermería cubre una amplia gama de actividades durante este periodo. En la fase postoperatoria inmediata el objetivo central incluye la valoración de los efectos de los agentes anestésicos, la monitorización de los signos vitales y la prevención de complicaciones. Después, los cuidados del personal de enfermería se centran en promover la recuperación del paciente e iniciar las recomendaciones, el seguimiento y rehabilitación exitosas a partir del momento en que es dado de alta.

Para conseguir resultados óptimos debe tenerse en cuenta que la preparación psicológica del paciente es primordial tanto para enfrentarse a la situación, como para la buena evolución en el postoperatorio.

La etapa del preoperatorio se caracteriza por una necesidad absoluta de información que proporcione seguridad y control del medio por el paciente. La etapa postoperatoria

incluye un nivel distinto de asesoramiento, ya que es la enseñanza el eje central de las actuaciones del personal de enfermería. El apoyo emocional y material es igualmente relevante en las dos etapas de la intervención.

2. VALORACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

La recogida de datos que se realiza en el primer momento del establecimiento de la relación personal de enfermería-paciente debe ir encaminada a obtener información acerca de los siguientes aspectos para valorar o conocer las necesidades reales que el paciente va a presentar a lo largo del proceso quirúrgico.

2.1. INFORMACIÓN PREVIA QUE POSEE EL PACIENTE.

Abarca desde el conocimiento de lo que se le va a hacer, la causa y los resultados esperados hasta las complicaciones potenciales y el modo de evitarlas. Debe valorarse también la información relativa a pérdidas y cambios que supone para el paciente y lo que él puede hacer para afrontar tal situación. Asimismo, es importante conocer si existe información errónea que deba ser clarificada por la enfermera. Finalmente, deberá valorarse la información relativa a aspectos de cuidados básicos (alimentación en el preoperatorio, ejercicios, higiene,...) necesarios para el buen desarrollo del tratamiento. La valoración sobre todo de higiene, debe ser conocida, alimentación eliminación profesionales auxiliares.

2.2. SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD Y DE LA INTERVENCIÓN.

Debe indagarse cómo vive el paciente el proceso quirúrgico y el significado que para él o ella puede tener. Las experiencias previas con respecto a enfermedad, hospitalización e intervenciones deberán ser valoradas en sus aspectos positivos y negativos.

2.3. SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS DEL PACIENTE.

Conocer los temores del paciente (miedo a la anestesia, al dolor, a la incapacidad postoperatoria, a la pérdida o alteración de la imagen corporal, al pronóstico,...) resulta de utilidad para la planificación de la información que se ha de proporcionar y para la cantidad y calidad de apoyo que un paciente determinado puede necesitar.

2.4. IMPACTO SOCIOFAMILIAR DE LA ENFERMEDAD Y DE LA INTERVENCIÓN.

Debe realizarse una valoración de las posibles implicaciones laborales (baja temporal o por invalidez), de las implicaciones familiares (cambios en la actuación del rol, modificaciones temporales o duraderas en el estilo de vida, dependencia de otros

miembros,...) y del nivel de dependencia o independencia que supone el tratamiento quirúrgico, datos todos ellos que deben servir tanto para proporcionar información realista al propio paciente y familia como para tener elementos de intervención de enfermería.

2.5. HABILIDADES DE ADAPTACIÓN.

Debe valorarse la competencia del paciente en las situaciones de crisis y las estrategias de afrontamiento y de adaptación que utiliza. Es útil examinar cómo ha resuelto situaciones anteriores de crisis –madurativas o situacionales– para conocer su patrón potencial de respuesta, así como las habilidades familiares en este sentido.

2.6. RECURSOS DE APOYO.

Incluye el apoyo de la «red natural» (familia, amigos, vecinos,...) así como el de la «red organizada» (asociaciones, grupos de autoayuda, ayuda profesional,...).

3. EFECTOS DE LA CIRUGÍA EN EL PACIENTE

La cirugía es una amenaza potencial o real para integridad de la persona, y puede producir reacciones de estrés tanto fisiológicas como psicológicas. La reacción fisiológica de estrés depende de la extensión de la intervención, es decir, cuanto más amplia sea la cirugía mayor será la respuesta fisiológica. La respuesta psicológica, sin embargo, no mantiene una relación directa. Un procedimiento quirúrgico relativamente menor, como la eliminación de un quiste de la cara, puede provocar una respuesta psicológica más importante que la extirpación de un órgano como el bazo, como la posible cicatriz de la primera. Sin embargo, la eliminación del útero puede evocar una respuesta mayor que la eliminación del bazo. Esto es por las implicaciones del útero y los valores localizados en él.

1. Respuestas fisiológicas.
2. Respuestas psicológicas.

Las personas difieren en la forma en que perciben el significado de la cirugía, y así responden de formas diferentes. Hay, sin embargo, algunos miedos y preocupaciones comunes. Algunos de los temores que subyacen a la ansiedad preoperatorio son elusivos, y el paciente puede no ser capaz de identificarlos. Otros son más concretos.

A continuación se ofrece una lista de estos temores.

- General:
 - Miedo a lo desconocido.
 - Pérdida de control.
 - Pérdida del cariño de los seres queridos.

- Amenaza a la sexualidad.
- Concretos:
 - Diagnóstico de malignidad.
 - Anestesia.
 - Muerte.
 - Dolor.
 - Desfiguración.
 - Limitación permanente.

El miedo a lo desconocido es el más común. Si el diagnóstico es incierto, es frecuente el miedo a la malignidad, independientemente de su probabilidad. Los temores respecto a la anestesia suelen estar relacionados con la muerte «ir a dormir y no despertar nunca». Algunas personas están preocupadas sobre lo que dirán cuando se estén despertando de la anestesia; si hablan sus palabras suelen no tener sentido. Los temores respecto al dolor, el quedar desfigurado, o la incapacidad permanente pueden ser realistas, o estar influidos por mitos, falta de información, o historias espeluznantes contadas por los amigos. El paciente puede tener también otros temores referentes a la hospitalización, como la seguridad del trabajo, la pérdida de ingresos, y el cuidado de la familia.

Las personas con una ansiedad tan grande que no pueden hablar de ello y empezar a luchar con su ansiedad antes de la cirugía, tienen problemas con frecuencia en el período postoperatorio. Es más probable que estén enfadados, llenos de resentimiento, confundidos, o deprimidos. Son más vulnerables a las reacciones psicóticas que las personas con niveles menores de ansiedad.

La falta de una respuesta emocional a la cirugía puede indicar negación, esto impide que se luche con la ansiedad antes de la cirugía. Algo de ansiedad permite al individuo identificar y empezar a luchar con sus sentimientos. Estas personas suelen tener un curso postoperatorio más suave.

Existen diferentes tipos de valoraciones de enfermería preparatorias tipificadas.

3.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PREOPERATORIA.

3.1.1. Datos subjetivos.

1. Conocimiento y experiencias pasadas.
 - a. Comprensión de la intervención propuesta.
 - Localización.
 - Tipo de operación que se va a hacer.
 - Información del cirujano respecto a la duración de la hospitalización y las limitaciones postoperatorias.

- Procedimientos preoperatorios.
 - Procedimientos postoperatorios.
 - Pruebas preoperatorias.
- b. Experiencia quirúrgica previa.
- Tipo, naturaleza y respuesta.
 - Intervalo de tiempo.
2. Preparación psicológica para la intervención.
- a. Preocupaciones y miedos sobre la intervención propuesta.
- b. Mecanismos habituales de lucha.
- c. Religión y su significado para el paciente.
- d. Creencias o prácticas culturales relacionadas con la operación.
- e. Familia y amigos íntimos.
- Accesibilidad (distancia).
 - Percepción de la familia y los amigos como una fuente de apoyo.
- f. Cambios del ritmo de sueño.
- g. Frecuencia de orinar aumentada.
3. Estado fisiológico.
- a. Medicamentos que pueden interferir con la anestesia o contribuir a complicaciones postoperatorias.
- b. Alergias: medicamentos, jabones, esparadrapo.
- c. Sensorio: dificultades de vista u oído.
- d. Nutrición: véase si la ingesta dietética es adecuada (líquidos, sólidos), náuseas, vómitos.
- e. Eliminación: problemas de estreñimiento, última defecación, problemas al miccionar.
- f. Motor: dificultades con la marcha, movimientos de brazos y piernas, artritis, cirugía ortopédica previa (sustitución articular, fusión espinal).
- g. Dispositivos protésicos: dentaduras, ojo o miembro artificial.
- h. Comodidad: capacidad de dormir, presencia de dolor o molestias, expectativas de alivio del dolor postoperatorio.

3.1.2. Datos objetivos.

1. Patrón de lenguaje: repetición de temas, cambio de tema, evitación de temas relacionados con los sentimientos (ansiedad); capacidad de comprender el idioma.
2. Grado de relación con los demás (ansiedad).

3. Comportamiento: movimientos excesivos de la mano, inquietud, retirado o actividad excesiva (ansiedad).
4. Peso y talla.
5. Signos vitales.
6. Sensorio: capacidad de ver y oír.
7. Piel: turgor, presencia de lesiones, erupciones o erosiones.
8. Boca: dentadura, estado de los dientes y membranas mucosas.
9. Tórax: sonidos respiratorios (presencia y características), expansión del tórax, capacidad de hacer respiración diafragmática, ruidos cardíacos (línea basal para comparación postoperatoria).
10. Extremidades: fuerza muscular (especialmente piernas), características de los pulsos periféricos antes de cirugía vascular o de la extremidad.
11. Capacidad motora: cualquier limitación de andar, sentarse o moverse en la cama, coordinación durante la marcha.

Para conseguir los objetivos previstos debemos de:

1. Proporcionar información objetiva y realista acerca de la enfermedad, de la intervención y de sus consecuencias, así como de los cuidados que previsiblemente se le dispensarán y que requieren de su participación y colaboración.
2. Enseñar medidas de autocuidado integral, tanto al paciente como a la familia, con el fin de fomentar la independencia, mejorar el autoconcepto y potenciar la autoestima.
3. Proporcionar información sobre las posibilidades y vías de acceso a la cirugía plástica o reparadora en aquellos casos en que la intervención haya supuesto la amputación de una parte del cuerpo significativa y para la cual existen soluciones de enfoque estético o funcional (prótesis de las extremidades, de las mamas,...).
4. Informar sobre los recursos comunitarios de apoyo disponibles, como asociaciones, grupos de autoayuda, enfermeras domiciliarias, centros de atención primaria,...
5. Enseñar técnicas de autocontrol y reducción de ansiedad (relajación, visualización, control de pensamientos) en el período preoperatorio, con el fin de que puedan ser utilizadas en el postoperatorio.

El apoyo incluye acciones diversas, tanto en el aspecto emocional como material:

1. Establecer una relación terapéutica que sirva de ayuda y apoyo efectivo a la persona y a su familia.

2. Proporcionar seguridad psicológica a través de las habilidades relacionales básicas (disponibilidad, aceptación, empatía,...) incluyendo al paciente en la planificación de sus cuidados como miembro activo, participante y comprometido en su propio cuidado.
3. Permitir y favorecer la expresión de sentimientos y pensamientos, reforzando los aspectos positivos de los mismos y proporcionando feedback para clarificar los aspectos negativos o irracionales que impiden poner en marcha estrategias adaptativas.
4. Apoyar los cambios que el paciente debe realizar en su escala de valores, potenciando la revaloración personal, así como aquellos aspectos que pueden estar infravalorados, tales como la importancia de la prevalencia social, de lo espiritual sobre lo material, con el fin de anticipar las posibles crisis que puedan ocurrir como consecuencia de la alteración en el autoconcepto.
5. Apoyar a la familia proporcionando la información y la ayuda necesaria para que ella misma constituya una fuente segura de apoyo para el miembro enfermo.

4. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA ANTE LA CIRUGÍA

Hay que valorar el grado de ansiedad del paciente. Puede que los pacientes no sean capaces de identificar las preocupaciones concretas y haya que hacer una valoración más a fondo. Si el personal de enfermería identifica datos en la conducta del paciente de que puede haber ansiedad moderada o intensa, hay que comprobar esta complicación. Si los datos recogidos indican que el paciente está gravemente ansioso, o si el paciente describe miedo de morir durante la cirugía, debe comunicarse esta información al médico para más valoración. Puede ser necesario aplazar la cirugía en estos casos.

Saber el significado de la religión para el paciente puede ayudar al personal de enfermería a identificar una posible fuente de apoyo. Hay que determinar también el efecto de los miembros de la familia o allegados sobre la ansiedad del paciente. Algunos miembros de la familia o amigos pueden elevar la ansiedad del paciente por transmitirle su propia ansiedad –agobiando al paciente, desplegando un comportamiento ansioso, o dando falsa tranquilidad. Otros son tranquilos y se observa que la ansiedad del paciente se reduce cuando éstos están presentes.

Los cambios en el patrón de sueño, o el miccionar con frecuencia dan indicios de un aumento de la ansiedad. Las principales causas de insomnio son la preocupación, el miedo y las preocupaciones sobre el futuro.

Los signos de ansiedad del paciente preoperatorio no son diferentes de los de otras personas. Los signos físicos incluyen una aceleración del pulso y del ritmo respiratorio, palmas húmedas, movimientos constantes de manos o habla continua, e inquietud.

Tanto el paciente como su familia necesitan oportunidades para discutir sus preocupaciones y miedos sobre la intervención que se avecina. La valoración de la preparación psicológica del paciente para la cirugía proporciona a la enfermera datos sobre los miedos y preocupaciones específicas del paciente. Tener oportunidad de hablar con un individuo que conoce y apoya, ayuda a las personas a identificar las razones de su ansiedad y a desarrollar respuestas de lucha. Es útil para la enfermera planificar un momento tranquilo y sin prisa para sentarse con la persona y la familia y darles una oportunidad de hacer preguntas y hablar de sus preocupaciones. Tocar es a menudo una forma útil de comunicación, enviando el mensaje «me importa» y algunas personas hablarán con más tranquilidad mientras reciben una palmada en la espalda. Saber la persona que le asiste se preocupa y está interesada por uno, ayuda a reducir la ansiedad. Si la persona sabe que la ansiedad es una reacción normal ante una operación quirúrgica puede ayudar a eliminar la expectativa autoimpuesta con frecuencia de: «no debería estar nervioso».

La pérdida de control es uno de los miedos asociados con la cirugía. Permitir que las personas participen en la toma de decisiones respecto a su propio cuidado, cuando es posible, les ayuda a satisfacer las necesidades físicas del paciente durante el preoperatorio, ayuda a proporcionar una sensación de seguridad de que serán cubiertas también en el postoperatorio y disminuye algo la ansiedad.

La enseñanza es una importante función de la enfermera en la fase preoperatorio y ayuda a aliviar la ansiedad cuando el paciente sabe qué esperar. También si las personas van a ir hacia la independencia deben saber precozmente el qué, por qué, y cómo de las actividades que les ayudarán a recuperar un nivel óptimo de funcionamiento después de la cirugía. Esperar hasta que el paciente está suficientemente recuperado de la agresión de la cirugía antes de empezar la enseñanza significa una pérdida considerable de tiempo, y la enseñanza puede ser menos eficaz. Además, puede ocurrir que se le dé el alta antes de que esté completa la enseñanza.

5. CONFORT Y BIENESTAR DEL PACIENTE

La ansiedad a menudo produce falta de descanso y falta de sueño. Si el paciente se encuentra extremadamente inquieto, puede dársele un ansiolítico durante 1 ó 2 días antes de la cirugía. Se le recomienda andar antes de la cirugía para darle una sensación de bienestar, para estimular la circulación y la ventilación, y para mantener el tono muscular. Hay que evitar la fatiga, y los pacientes con enfermedades crónicas pueden necesitar períodos de descanso organizados.

Se debe permitir que el paciente duerma todo lo posible la mañana de la intervención y que descanse sin ser molestado hasta poco antes de que se le administre la medicación preanestésica. Muchas personas prefieren ducharse o bañarse la noche antes en vez del mismo día de la operación. A las personas que se ducharon la noche anterior se les da la

oportunidad de lavarse las manos y la cara y la boca. Se le recuerda que no debe tragar agua si se le han prohibido los líquidos y sólidos.

La comodidad también implica preparación para la operación y que el paciente sea capaz de utilizar mecanismos de lucha adecuados. Se le aconseja a la familia que llegue al menos 1 hora antes de la hora prevista de la operación. El paciente debe tener la oportunidad de hacer preguntas de última hora. Se le explica la preparación final para la intervención si no se había hecho antes. Si se va a retrasar la operación, hay que avisar al paciente y la familia, aunque vaya a ser poco tiempo.

Cierto grado de ansiedad ante una intervención quirúrgica es una respuesta normal. Puede, incluso, generar en el paciente la búsqueda de mecanismos eficaces para adaptarse a la situación. Sin embargo, la ansiedad aguda, o desproporcionada, puede aumentar el riesgo quirúrgico.

Los aspectos que contribuyen a mejorar la situación del paciente son:

La información que se brinda al paciente y a sus familiares. Debe ser la adecuada a sus necesidades o demandas y adaptada a su nivel de comprensión.

El cirujano informará al paciente sobre todo lo referente al desarrollo del acto quirúrgico, y las posibles consecuencias. El anestesista informará de todo lo relacionado con la anestesia. Después, el equipo de enfermería puede valorar la comprensión de la información.

Para ello animará al paciente a que exprese sus preocupaciones y temores, le escuchará con atención y serenidad, y ofrecerá a él y a sus familiares otra información complementaria (cuidados perioperatorios, horas de visita, llamadas telefónicas, consultas al cirujano).

La actitud del profesional sanitario debe ser la de respetar al paciente como persona con características propias. El personal de enfermería debe adoptar una actitud tolerante, comprensiva y de escucha, estableciendo los canales de comunicación apropiados con el paciente y sus familiares.

Las actividades de distracción, como leer o escuchar la radio, deben adaptarse a los intereses y preferencias del paciente. Las técnicas de relajación, guiadas por el personal de enfermería, constituyen una actividad útil para el control de la ansiedad. La atención espiritual es un mecanismo de refuerzo importante en las personas religiosas. Se les facilitará el apoyo espiritual, en función de sus creencias individuales.

6. CUIDADOS PREOPERATORIOS DEL PACIENTE

6.1. EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

El paciente puede ingresar en el hospital uno o más días antes de una operación quirúrgica programada. Para confirmar el diagnóstico médico, pueden estar indicados

estudios radiológicos, endoscópicos u otros estudios diagnósticos. Las enfermedades sistémicas o crónicas, como las cardíacas o la diabetes, deben estar, bajo control. Los criterios de admisión se establecen según normativas del personal médico. La situación aguda de la enfermedad o el estado general de salud del paciente, así como la operación quirúrgica a realizar, ayudarán a decidir si el paciente debe ingresar en el hospital para el preoperatorio o puede llegar el mismo día de la operación quirúrgica. La mayoría de los pacientes que permanecen en el hospital durante el postoperatorio ingresan el mismo día en que está programada la operación quirúrgica.

Frecuentemente denominados como “ingresos de la mañana”, estos pacientes pueden ser preparados para la operación quirúrgica en una unidad de admisión de estancia corta, antes de ser trasladados al departamento de quirófano. Algunos hospitales tienen un área preoperatoria de registro dentro del departamento de quirófano. Desde el quirófano, estos pacientes pueden ir a la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA), para recuperarse de la anestesia, antes de ser trasladados a una unidad de enfermería quirúrgica. Algunos lo serán directamente a la unidad de cuidados intensivos (UCI). La magnitud de la operación quirúrgica y la necesidad postoperatoria de cuidados complejos determinarán cuándo puede el paciente ser dado de alta sin riesgo.

6.2. PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA OPERACIÓN QUIRÚRGICA.

Antes de que el paciente llegue al quirófano deben completarse y documentarse algunos procedimientos específicos. Muchos de estos procedimientos pueden llevarse a cabo antes de la llegada al hospital o en una institución de cuidados ambulatorios. Otros se realizan después del ingreso. Para todos los pacientes se diseña una preparación física preoperatoria que les ayude a superar el estrés de la anestesia, el dolor, la pérdida de sangre y líquidos, la inmovilización y el traumatismo tisular. Con frecuencia, esta preparación comienza antes del ingreso hospitalario con la instauración de un tratamiento dietético o farmacológico. Se intenta que todos los pacientes alcancen la mejor condición física posible en el preoperatorio. Cuando se considera necesario, se solicitan las consultas apropiadas a otros especialistas.

6.2.1. Procedimientos antes del ingreso.

Parte de la preparación preoperatoria puede hacerse en la consulta del cirujano. Después, los pacientes son enviados al centro de pruebas preoperatorias del hospital o de la institución de cuidados ambulatorios. Todas las pruebas y los registros deben estar completos y disponibles cuando el paciente ingresa el día de la intervención quirúrgica. Los preparativos preoperatorios incluyen:

1. Historia médica y exploración física. Éstas deben ser realizadas y documentadas por un médico.

2. Pruebas de laboratorio. Las pruebas deben completarse 24 horas antes del ingreso, de forma que los resultados estén disponibles para poder ser revisados.
 - a) Hemoglobina, hematocrito, nitrógeno ureico en sangre (BUN) y glucosa en sangre; pueden solicitarse rutinariamente en las personas de 60 o más años de edad.
 - b) Habitualmente, el hematocrito se solicita en las mujeres de todas las edades antes de la administración de una anestesia general.
 - c) Puede solicitarse recuento hemático completo, o perfil bioquímico múltiple. También pueden solicitarse una fórmula leucocitaria, un recuento de plaquetas, el tiempo de activación parcial de tromboplastina y el tiempo de protrombina.
 - d) Análisis de orina.
3. Tipo de sangre y pruebas cruzadas. Si se prevé la necesidad de una transfusión, se averigua el grupo sanguíneo del paciente y se realizan pruebas cruzadas.
4. Radiografía de tórax. La radiografía de tórax no se requiere por rutina como estudio preoperatorio en todos los pacientes. Puede estar indicada como un anexo a la evaluación clínica de los pacientes con enfermedad pulmonar o cardíaca, y en los fumadores, las personas mayores de 60 años y los pacientes de cáncer.
5. Electrocardiograma. Si el paciente tiene una enfermedad cardíaca conocida o sospechada, es obligatorio realizar un electrocardiograma (ECG). Puede que se realice de manera rutinaria en los pacientes de más de 40 años de edad.
6. Procedimientos diagnósticos. Cuando están específicamente indicados se realizan procedimientos diagnósticos especiales, como sucede en los casos de cirugía vascular.
7. Instrucciones escritas. El paciente debe recibir instrucciones escritas, que deberá seguir, el mismo día de la operación quirúrgica, antes de su ingreso. Estas instrucciones deben revisarse con el paciente en la consulta del cirujano o en el centro donde se realizan las pruebas preoperatorias:
 - a) El paciente no debe ingerir alimentos sólidos antes de la operación quirúrgica para prevenir regurgitaciones, emesis y la aspiración del contenido gástrico. Comúnmente, esto se denomina "NPO después de la medianoche" (NPO es la abreviatura latina de nihil per os, nada por la boca).
 - b) El médico tal vez desee que el paciente ingiera cualquier medicación oral esencial que esté tomando normalmente. En tal caso, puede hacerlo con

una mínima cantidad de agua, hasta 1 hora antes de la operación, según prescripción.

- c) Para preparar el área quirúrgica, debe limpiarse la piel. Muchos cirujanos quieren que los pacientes se laven el área quirúrgica con jabón antimicrobiano durante varios días antes de la operación. Se aconseja que los pacientes que van a ser operados en la cara, el oído o el cuello se laven el cabello antes del ingreso, ya que no podrán volver a hacerlo hasta unas cuantas semanas después de la operación. A los pacientes hombres se les puede pedir que se corten el cabello muy corto y que se afeiten el día de la intervención.
 - d) Para permitir la observación del lecho ungueal, o el acceso al mismo durante la operación quirúrgica, deben retirarse el esmalte de uñas y las uñas postizas acrílicas. El lecho ungueal es un área vascular y su color es un indicador de la oxigenación y la circulación. El sensor de oxígeno del pulsioxímetro, para controlar el pulso y el índice de saturación de oxígeno, puede estar colocado en el lecho ungueal. El esmalte de uñas y las uñas postizas acrílicas inhiben el contacto entre estos dispositivos y el lecho vascular.
 - e) Las alhajas y los objetos de valor deben dejarse en casa para asegurar que no se extravíen. Hay que informar al paciente de que debe quitarse todas las alhajas de metal, incluyendo el anillo de bodas y las medallas u otros objetos religiosos, para prevenir posibles quemaduras si se usa electrocirugía.
 - f) El paciente debe recibir otras instrucciones especiales acerca de lo que va a suceder. Por ejemplo, conviene que sepa cuándo debe llegar y, si se trata de un paciente ambulatorio, habrá que advertirle que cuente con un adulto para llevarlo de vuelta a su hogar. Los familiares u otras personas relevantes deben saber dónde esperar y dónde irá el paciente después de la operación quirúrgica.
8. Consentimiento informado. El paciente o su representante legal deben otorgar su consentimiento para la operación quirúrgica. Después de explicar la operación y sus riesgos, el cirujano pide al paciente que firme el impreso de consentimiento. Es parte del registro del paciente y debe acompañarlo al quirófano.
9. Entrevista de enfermería. Un enfermero perioperatorio debe mantener una entrevista con el paciente y hacerle una evaluación preoperatoria. A partir de los datos de esta evaluación y de los diagnósticos de enfermería, establecerá con el paciente los resultados que se esperan de la operación.

Después, desarrollará el plan de cuidados, que formará parte de la historia clínica del paciente.

Por medio de la valoración fisiológica y psicosocial, el profesional de enfermería recoge los datos que necesita para elaborar el diagnóstico de enfermería, establecer los resultados esperados y preparar el plan de cuidados.

El enfermero debe revisar con el paciente las instrucciones preoperatorias escritas y el consentimiento informado, valorando el conocimiento y la comprensión que, de los mismos, tiene el paciente. El enfermero también proporcionará apoyo emocional al paciente y le enseñará cómo prepararse para la recuperación postoperatoria. Antes o después de la entrevista, se puede mostrar al paciente un vídeo que refuerce la información recibida.

10. Valoración de la anestesia. Antes de anestesiarse al paciente debe hacerse una historia de las anestésicas previas y una exploración física. Todos los pacientes deben entender los riesgos y alternativas del tipo de anestesia que se les va a administrar. El paciente debe firmar un formulario de consentimiento de anestesia después de la entrevista con el anestésico.

6.2.2. La noche antes de la operación quirúrgica programada.

Además de los procedimientos previos al ingreso, el cirujano puede escribir órdenes específicas para otras preparaciones preoperatorias que resulten apropiadas.

1. Preparación del intestino. Cuando es conveniente que el intestino y el recto estén vacíos (p.ej., en operaciones gastrointestinales, como resecciones de parte del intestino, endoscopias y operaciones en las áreas pélvica, perineal o perianal) pueden ordenarse "enemas hasta que salga limpio". También puede prescribirse una purga intestinal, con una solución oral que produzca diarrea, para que se vacíe de heces el intestino. Las soluciones, como Golytely o Colyte, limpian normalmente el intestino en 4 a 6 horas. Durante la diarrea se pierde potasio, por lo que debe verificarse el potasio sérico antes de la operación quirúrgica. Los pacientes ancianos, muy delgados y desnutridos son propensos a otras alteraciones de los electrolitos a causa del lavado intestinal.
2. Ducha. Antes de una operación pélvica o vaginal puede ordenarse una ducha vaginal de limpieza.
3. Rasurado. A veces es necesaria la eliminación de pelo de la zona quirúrgica y las áreas circundantes.
4. Sedación para dormir la noche anterior.
5. Enseñanza de: ejercicios de respiración profunda, a toser y a ejercitar las piernas.

Colocación de un enema.

Generalmente es el personal auxiliar de enfermería quién se encarga de la administración de los enemas, por ello describimos la descripción de la técnica.

Material necesario:

- Sonda rectal.
- Irrigador.
- Pinzas de Pean.
- Gasas.
- Cuña.
- Guantes.
- Lubricante (anestésico) hidrosoluble.
- Empapadores.

Procedimiento:

1. Explicar al paciente el procedimiento y utilidad.
2. Colocarlo en posición de Sims izquierda, que es en decúbito lateral izquierdo con la pierna flexionada.
3. Llenar el irrigador con agua a 24-35 °C en solución jabonosa, la cantidad será la determinada por el médico.
4. Preparar el equipo eliminando el aire de la sonda y conectando el tubo para su administración.
5. Aplicar el lubricante en el extremo distal de la sonda rectal que se introducirá en el ano.
6. Introducir la sonda unos 15-20 cm. en el recto.
7. Conectar la sonda al irrigador, y comenzar a pasar el líquido lentamente, para luego ir aumentando la velocidad.
8. Cambiar a la posición de decúbito lateral derecho, retirar la sonda y animar al paciente para que retenga el enema unos 5-10 minutos.
9. Se pasa a la posición de decúbito supino y colocar la cuña para eliminar el enema.
10. Anotar la técnica, hora, solución utilizada y volumen de líquido empleado y recuperado.
11. Registrar efectividad.

6.3. PREPARACIÓN DE LA PIEL DEL PACIENTE.

6.3.1. Objetivo de la preparación de la piel del paciente.

El objetivo de la preparación de la piel (también denominada preparación cutánea) está en dejar la zona quirúrgica lo más libre posible de microorganismos autóctonos, como de los no habitualmente residentes, de suciedad y de grasa cutánea, de forma que la incisión pueda hacerse a través de la piel con el mínimo peligro de infección por este origen.

6.3.2. Preparación preliminar de la piel del paciente.

- Limpieza mecánica.

El baño elimina muchos microorganismos de la piel. Esta acción debe estimular para reducir progresivamente la población microbiana autóctona con el uso diario de un agente para la limpieza de la piel que contenga gluconato de clorhexidina o un compuesto yodado o un jabón antimicrobiano de barra. La acción bacteriostática se produce en los depósitos donde se acumulan los ácidos grasos en la piel. Muchos cirujanos aconsejan a sus pacientes utilizar estos productos en su hogar durante algunos días antes del procedimiento quirúrgico programado.

Si es posible, todos los pacientes deben ducharse o bañarse la tarde antes y la mañana anterior a una operación quirúrgica con un agente antimicrobiano, preferentemente clorhexidina, a causa de su actividad residual. En procedimientos quirúrgicos en el cuero cabelludo o en la cara, ojos, oídos o cuello, se aconseja a los pacientes que se laven también el cabello, ya que no podrán hacerlo durante días o semanas después de la operación.

La piel debe estar libre de suciedad y descamación grosera. La zona quirúrgica y el área circundante deben limpiarse a fondo con un agente antiséptico cutáneo de acción rápida. Deben obtenerse los antecedentes de alergias del paciente antes de aplicar cualquier agente químico a su piel. Habitualmente, el cirujano es el responsable de consignar en las órdenes preoperatorias del paciente los límites del área de piel a preparar y cómo debe hacerse.

Hay que observar el estado general de la piel del paciente. Una irritación cutánea anormal, infección o abrasión sobre o cerca de la zona quirúrgica podría ser una contraindicación para la operación quirúrgica y debe ser comunicada al cirujano.

- Afeitado del pelo.

El afeitado del pelo puede lastimar la piel. La rotura de la superficie cutánea supone una oportunidad para la entrada y la colonización de microorganismos y es una fuente potencial de infección. Sin embargo, el pelo que circunda la zona quirúrgica puede ser tan grueso que sea necesario afeitarlo. El pelo puede interferir en la exposición, el cierre o el recubrimiento con los paños quirúrgicos, así como en el adecuado contacto de los electrodos con la piel.

El afeitado se efectúa por orden del cirujano, ya sea en la unidad preoperatoria o en el departamento de quirófano, en un momento lo más próximo posible al programado para el procedimiento quirúrgico. Puede llevarse a cabo en un área preoperatoria de espera, pero sólo si se asegura la privacidad del paciente.

La preparación cutánea puede ser un procedimiento embarazoso para el paciente. Hay que cubrirle para exponer el área que se va a preparar, evitando cualquier exposición innecesaria. La mayoría de los pacientes, en especial mujeres y niños, no requieren afeitado. Si fuera necesario, el pelo puede afeitarse con tijeras o maquinilla manual o eléctrica, con una crema depilatoria o afeitando con navaja.

- **Maquinillas:** las maquinillas eléctricas con dientes finos cortan el pelo cerca de la piel. Habitualmente, el pelo queda muy corto, alrededor de un milímetro de longitud, y no interfiere en la antisepsia ni en la exposición de la zona quirúrgica. Inmediatamente antes de la operación quirúrgica, o hasta 24 horas antes en el preoperatorio, se puede afeitarse con la maquinilla, dando pasadas cortas en contra de la dirección de crecimiento del pelo. La cuchilla se coloca plana contra la superficie de la piel. Después de usarla, el conjunto de la cuchilla debe ser desarmado, limpiado y esterilizado si no se ha utilizado una maquinilla de cuchilla desechable. El mango del cortador se limpia y desinfecta. Existen aparatos sin cordón, con pilas recargables (fig. 1).



Fig. 1.

- **Crema depilatoria:** el pelo puede eliminarse por depilación química antes de que el paciente llegue al departamento de quirófano. Antes de la aplicación, se hace una prueba preliminar sobre una pequeña porción de la piel del antebrazo. Si el paciente no es alérgico, se aplica una gruesa capa de crema

sobre el pelo a afeitar. Los depilatorios no deben aplicarse alrededor de los ojos o los genitales. Una vez que la crema ha permanecido sobre la piel el tiempo necesario, por lo general unos 20 minutos, se elimina con un lavado. El pelo se elimina con la crema. La piel queda intacta y sin cortaduras, pero es necesario documentar cualquier evidencia de irritación.

- Navaja: si se utiliza este sistema, el afeitado debe realizarse lo más próximo posible al momento de la incisión. Hay que evitar las abrasiones y cortaduras en la piel. Las abrasiones hechas antes de la operación quirúrgica (p.ej., hasta 30 min. antes) se consideran heridas limpias. Sin embargo, los cortes y abrasiones producidos varias horas antes pueden aparecer como heridas infectadas en el momento de la incisión quirúrgica.

Es necesario avisar al cirujano de que la piel no está intacta en la zona quirúrgica, lo que puede cancelar el procedimiento. El lapso de tiempo entre el afeitado preoperatorio y la operación puede aumentar el riesgo de infección postoperatoria.

Se utilizan guantes para prevenir la contaminación cruzada incluso si se trata de una operación limpia. Es preferible afeitar con la piel húmeda. El hecho de remojar el pelo con la espuma hace que la queratina absorba agua, con lo cual el pelo se reblandece y es más fácil de quitar. Se utiliza una hoja de afeitar limpia y afilada. La piel se mantiene tensa y se afeita dando una pasada en la dirección de crecimiento del pelo.

Las cuchillas se desechan (en un recipiente de eliminación de instrumentos punzantes) después de usarlas o se esterilizan al terminar. Si no se utilizan navajas desechables, éstas deben esterilizarse totalmente entre cada uso.

- Desengrasado de la piel.

La superficie de la piel está compuesta por un epitelio queratinizado con un revestimiento de secreciones que incluyen sudor, grasa y células epiteliales descamadas.

Estos lubricantes sebáceos de la superficie son insolubles en agua. Por tanto, para favorecer la adhesión de los electrodos del electrocardiograma (ECG), pueden emplearse un desengrasante de la piel o un disolvente de grasas. También pueden emplearse antes de preparar la piel para mejorar la adhesión de los paños quirúrgicos autoadhesivos o para evitar manchas en la piel. El isopropil-alcohol y la acetona son dos eficaces disolventes de las grasas. A algunos agentes antisépticos se les incorpora un emoliente para disolver la grasa. Algunos disolventes son inflamables.

- Rasurado.

Pautas para todos los métodos de rasurado.

1. Explicar siempre al paciente qué es exactamente lo que se va a hacer.
2. Proveer de todos los materiales necesarios antes de empezar el rasurado.
3. Deben colocarse guantes antes de comenzar el rasurado.
4. Asegurarse de que la luz es suficiente antes de comenzar el procedimiento.
5. Proceder con el rasurado en una forma profesional y tranquilizadora. Hablar con el paciente ayuda a reducir la ansiedad o la vergüenza.
6. Nunca exponer al paciente innecesariamente. Proveer un ambiente resguardado mediante el cierre de las cortinas próximas a la cama.
7. Nunca rasurar las cejas o cortar las pestañas a menos que órdenes específicas asentadas en la hoja de indicaciones así lo indiquen.
8. Nunca se debe cortar el cabello del cuero cabelludo a menos que existan órdenes específicas asentadas en la hoja de indicaciones. Si debe rasurarse por completo el cuero cabelludo, no tirar el cabello. Éste es propiedad del paciente y debe ser conservado.
9. Comunicar siempre y documentar cualquier lesión que fuera creada durante el rasurado preoperatorio. Si aparecen lunares, verrugas o cualquier otra irregularidad evitarlas cuidadosamente durante el rasurado.
10. Lavarse las manos una vez finalizado el rasurado preoperatorio (fig. 2).

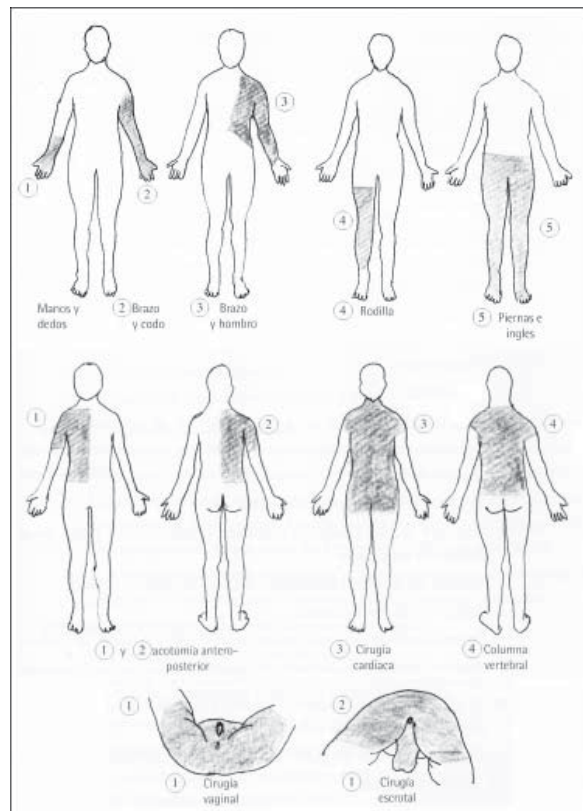


Fig. 2.

6.3.3. Enseñanza de ejercicios de respiración profunda, a toser y a ejercitar las piernas.

Un objetivo de la asistencia preoperatoria es mostrar la forma de mejorar la ventilación pulmonar y la oxigenación de la sangre después de la anestesia general. Esto se logra indicándole los métodos de respiración lenta y profunda (inspiración máxima sostenida) y espiración lenta.

El objetivo de estimular la tos es la movilización de secreciones para eliminarlas.

Los objetivos de los movimientos deliberados después de la operación consisten en mejorar la circulación, prevenir la estasis venosa y contribuir al funcionamiento respiratorio óptimo.

Respiración diafragmática.

La respiración diafragmática permite realizar el “aplanamiento” de la cúpula diafragmática durante la inspiración y, como resultado, el ensanchamiento de la porción inferior del abdomen conforme penetra aire. Durante la espiración se contraen los músculos abdominales.

1. Practicarla en la misma posición que asumirá el paciente en la cama después de la operación: posición de semi-Fowler, impulsarse con el dorso y los hombros perfectamente apoyados sobre almohadas.
2. Con los puños medio cerrados, apoyar las manos un poco por delante de las costillas inferiores: las uñas sobre la porción inferior del tórax para percibir el movimiento.
3. Expulsar el aire con suavidad en la forma más completa posible, a medida que las costillas se “hunden” hacia abajo y adentro, en dirección a la línea media.
4. Inspirar profundamente por nariz y boca, y dejar que el abdomen aumente de volumen conforme se llenan de aire los pulmones.
5. Contener la respiración mientras se cuenta hasta cinco.
6. Expulsar todo el aire por nariz y boca.
7. Respirar 15 veces, con un descanso breve después de cada grupo de respiraciones.
8. Practicar esta maniobra dos veces al día antes de la operación.

Tos.

1. Flexionar moderadamente el tronco desde la posición sedente, entrelazar los dedos y colocar las manos sobre el sitio de la incisión, como una especie de apoyo mientras se tose.
2. Realizar la respiración diafragmática.

3. Con la boca entreabierta, inspirar y espirar a plenitud.
4. Toser durante tres respiraciones breves.
5. Después, con la boca abierta, inspirar rápida y profundamente y toser de inmediato con fuerza, una o dos veces. De este modo se expulsan las secreciones del tórax. Esta maniobra puede causar algunas molestias, pero no afecta la incisión.

Ejercicios de las extremidades inferiores.

1. Reposar en posición de semi-Fowler y hacer los siguientes ejercicios sencillos para mejorar la circulación.
2. Flexionar la rodilla, elevar el pie, sostenerlo unos cuantos segundos y después extender la pierna y descenderla hasta el lecho.
3. Hacer tal ejercicio unas cinco veces con la misma pierna y repetirlo con la otra.
4. Describir círculos con el pie, flexionándolo hacia abajo, adentro, arriba y afuera.
5. Repetir el ejercicio unas cinco veces.

6.4. VISITA PREOPERATORIA DEL ENFERMERO PERIOPERATORIO.

El nivel de ansiedad y el miedo del paciente deben valorarse en el preoperatorio. Hay que poner el máximo interés en conseguir medidas de apoyo capaces de minimizar los peligros potenciales de la adversa angustia psicosocial. Idealmente, esta evaluación debería tener lugar antes del día de la operación; su propósito es aliviar la ansiedad y el miedo. La información objetiva y la aclaración de posibles malentendidos será muy útil a ese respecto, así como la oportunidad de que el paciente exprese sus sentimientos. Estas entrevistas le brindan al profesional de enfermería la oportunidad de conocer a los pacientes y de establecer con ellos una relación de confianza mutua antes de su traslado al quirófano.

El conocimiento del paciente, y de cómo percibe su inminente operación quirúrgica, es un requisito previo para una intervención de enfermería eficaz. La visita también fomenta el cuidado del paciente, pues le proporciona al enfermero perioperatorio la base sobre la que implementar el proceso global de la enfermería, desarrollando una relación continua con el paciente. El enfermero perioperatorio está implicado, por tanto, en todos los aspectos del cuidado del paciente, y no sólo en la fase intraoperatoria, cuando está con medicación o bajo la influencia de la anestesia.

Ventajas de las visitas preoperatorias.

1. El personal de enfermería perioperatorio está bien capacitado para comentar la experiencia quirúrgica con el paciente, orientarle y preparar a él y a sus familiares para esa experiencia y para el período postoperatorio.

2. El enfermero perioperatorio puede revisar los datos críticos antes de la operación y valorar al paciente antes de planificar su cuidado.
3. Las visitas mejoran e individualizan los cuidados intraoperatorios y su eficacia, evitando demoras inútiles en el quirófano.
4. Las visitas fomentan una relación paciente-personal sanitario significativa. Algunos pacientes son reacios a dar a conocer sus sentimientos y sus necesidades durante una relación a corto plazo.
5. Las visitas vuelven más significativas las observaciones intraoperatorias, estableciendo las bases sobre las que medir los resultados del paciente.
6. Las visitas contribuyen a que el paciente se involucre y coopere a la hora de facilitar la comunicación. De esta forma se cumplen más fácilmente los objetivos mutuos y los resultados esperados.
7. Las visitas estimulan en el enfermero perioperatorio una positiva imagen de sí mismo y contribuyen a su satisfacción en el trabajo. A causa del mayor contacto con el paciente, las visitas hacen que la enfermería perioperatoria resulte más atractiva para los que disfrutan con la proximidad del paciente y con la enseñanza.

Inconvenientes de las visitas preoperatorias.

1. Las medidas de contención de costos pueden no favorecer la provisión del personal o del tiempo necesario para visitar a los pacientes.
2. El ingreso de los pacientes el día de la operación quirúrgica o al final del día anterior, hace que resulte difícil encontrar un momento para realizar las visitas.
3. Las visitas pueden producir ciertos roces entre diferentes partes del equipo si el programa no ha sido bien planificado y ejecutado.
4. Las entrevistas repetitivas pueden conducir a una actitud estereotipada y a una carencia de entusiasmo y espontaneidad por parte de los enfermeros entrevistadores.
5. Si no se tiene la habilidad suficiente, el paciente puede sentir que su privacidad está siendo invadida.
6. Algunas de las barreras que aparecen en estas visitas pueden provenir de la falta de habilidad del enfermero perioperatorio para:
 - a) Verbalizar y comunicarse eficazmente.
 - b) Manejar o aceptar la enfermedad del paciente.
 - c) Manejar a personas con estrés emocional.
 - d) Comprender las diferencias culturales, étnicas y del sistema de valores.

- e) Funcionar eficientemente fuera de su ambiente normal.
- f) Reconocer cuánto puede estar influida la objetividad por la predisposición y las creencias personales.

Enseñanza preoperatoria.

La enseñanza, una función de la práctica de la enfermería, es un proceso de actuación que abarca funciones percepción, pensamiento, sentimiento y desempeño.

Durante la visita preoperatoria, el enfermero perioperatorio complementa la instrucción de los otros miembros del equipo de enfermería y da una información genuina sobre la operación quirúrgica específica del paciente. El enfermero perioperatorio enseña al paciente cómo participar en su propia recuperación postoperatoria. Sin embargo, los pacientes deben estar dispuestos a aprender. La enseñanza preoperatorio debe tener lugar en tres niveles:

1. Información. La explicación de los procedimientos, las actividades referentes al cuidado del paciente y los sentimientos físicos que el paciente puede experimentar durante el perioperatorio, ayudan al paciente a identificar lo que sucede y qué puede esperar. Además, estimulan la satisfacción del paciente al recibir los cuidados.
2. Apoyo psicosocial. Las interacciones estimulan los mecanismos para afrontar la ansiedad y los miedos, y proporcionan confort emocional.
3. Habilidades para el entrenamiento. La práctica orientada de tareas específicas a realizar por el paciente en el período postoperatorio puede disminuir la ansiedad, acelera la recuperación y ayuda a prevenir complicaciones.

6.5. ANTES DE IR HACIA EL QUIRÓFANO.

La situación física y emocional del paciente y sus signos vitales deben ser valorados y registrados por el enfermero en la unidad quirúrgica o en la unidad de ingreso de corta estancia antes de que el paciente vaya al departamento de quirófano. Debe informarse al cirujano sobre cualquier síntoma adverso o una extrema aprensión, ya que podrían afectar al curso intraoperatorio del paciente. Se realizan los siguientes preparativos:

1. El paciente se pone una bata limpia del hospital.
2. Se quita las alhajas, por seguridad.
3. Se quitan las dentaduras y los puentes móviles antes de la administración de una anestesia general, para salvaguardar y para prevenir la obstrucción de la respiración.
4. Todas las prótesis móviles, como ojos, extremidades, senos, lentes de contacto, aparatos auditivos y gafas, se quitan por seguridad.*

* Nota:

- En algunos casos, se le puede permitir al paciente que lleve gafas o un aparato auditivo al quirófano. El enfermero circulante los debe guardar y enviarlos a la UCPA con el paciente. Las lentes de contacto deben quitarse antes de la anestesia general porque pueden secarse y producir abrasión de la córnea.
 - Las propiedades personales del paciente deben mantenerse en lugar seguro para evitar pérdidas o daños. Las alhajas y otros artículos de valor pueden entregarse a la familia o enviarse a la caja fuerte del hospital. La ropa de los pacientes que ingresan el mismo día de la operación quirúrgica puede enviarse a la sala o unidad donde el paciente quedará ingresado en el postoperatorio.
5. El cabello largo puede ser recogido en trenzas. Las pelucas deben quitarse. Las horquillas del pelo se quitan para evitar lesiones al cuero cabelludo.
 6. Para prevenir fenómenos embólicos, se pueden usar medias antiembolismo o vendajes elásticos en las extremidades inferiores. Se aplican antes de iniciar operaciones de la pelvis o abdominales y en los pacientes con varicosidades, los que son propensos a la formación de trombos, los que tienen antecedentes de embolia y en algunos pacientes geriátricos. También se ponen con frecuencia cuando se prevén operaciones muy largas.
 7. El paciente debe orinar para prevenir la sobredistensión de la vejiga o la incontinencia mientras esté inconsciente. Esto reviste especial importancia en las operaciones de la pelvis o abdominales en las que una vejiga grande puede interferir con la adecuada exposición del contenido abdominal o puede lesionarse. Se debe registrar la hora de la micción. (La inserción de un catéter de Foley, cuando esté indicado, se hace generalmente en el quirófano una vez que el paciente ha sido anestesiado).
 8. Si ha sido prescrito, se administrará un antibiótico para aumentar su nivel en sangre en el preoperatorio.
 9. Conforme a lo que se haya prescrito, se administra una medicación previa a la anestesia. Su propósito es eliminar la ansiedad, haciendo que el paciente se calme y se sienta somnoliento y cómodo. Debe advertirse a los pacientes que reciben medicación preanestésica que deben permanecer en la cama y no fumar.

Muchos de los fármacos ocasionan somnolencia, vértigo o hipotensión postural. Por esto, deben levantarse las barras laterales de la cama y poner el timbre de llamada al alcance del paciente.
 10. El paciente, la cama y la gráfica deben estar correctamente identificados, y las etiquetas bien colocadas en su sitio. Cualquier tipo de alergia debe anotarse

de forma prominente en la gráfica o la hoja de enfermería, así como en la pulsera identificativa del paciente.

Si la preparación es inadecuada, la operación quirúrgica puede ser cancelada. Todos los registros esenciales, incluyendo el plan de cuidados, deben acompañar al paciente.

6.6. PREPARACIÓN EMOCIONAL.

El personal de enfermería debe ayudar a proporcionar al paciente preoperatorio tanta paz mental como sea posible, mediante el cumplimiento de sus necesidades espirituales y psicosociales. Conforme se acerca el momento de la intervención, se eleva el nivel de tensión del paciente. Sin embargo, cuanto mejor preparado emocionalmente esté, tanto más fácil será el curso postoperatorio.

Si el paciente no ha visto a su clérigo o al capellán del hospital, y así lo solicita, el personal de enfermería debe hacer todo lo posible por llamar a esa persona. Se debe permitir que los miembros de su familia u otras personas relevantes permanezcan con el paciente hasta que éste sea llevado al departamento de quirófano.

Algunos hospitales permiten que los padres acompañen a los lactantes y niños. Después de dejar al paciente, la familia debe dirigirse a la zona de espera.

7. CUIDADOS INTRAOPERATORIOS DEL PACIENTE.

7.1 TRANSPORTE AL DEPARTAMENTO DE QUIRÓFANO.

El paciente puede llevarse al departamento de quirófano unos 45 minutos antes del tiempo programado para la operación. Para su seguridad, se le transporta por medio de una camilla de transporte (tipo Gurney). La camilla debe empujarse desde el extremo de la cabecera, de forma que vayan por delante los pies del paciente. Los movimientos rápidos a través de los pasillos y al girar en las curvas pueden ocasionar vértigo y náusea, especialmente si el paciente ya ha sido medicado. El paciente puede ir más cómodo si se levanta el extremo de la cabecera de la camilla. Hay ascensores asignados “sólo para uso de quirófano”. Ésto asegura la privacidad y minimiza la contaminación microbiana. Durante el transporte, el paciente debe ir cómodo, caliente y seguro. Se levantan las barras laterales de la cama y se abrochan las correas de seguridad. El paciente debe ser instruido para que guarde sus brazos, manos y dedos dentro de las barras laterales durante el transporte, para evitar lesiones al pasar por las puertas. Las bolsas de solución i.v. colgadas de los pies de goteo durante el transporte deben ir firmemente aseguradas y colocadas lejos de la cabeza del paciente para minimizar el peligro de lesión en caso de caerse el recipiente. Un enfermero de la unidad o un auxiliar de enfermería debe permanecer con el paciente hasta su relevo por un enfermero perioperatorio o anestesista, a quien le entregará la historia

clínica del paciente. Si el paciente tiene alguna dificultad del lenguaje o es sordo, puede acompañarlo un intérprete hasta el quirófano, permaneciendo allí hasta la inducción de la anestesia.

7.2. INGRESO EN EL DEPARTAMENTO DE QUIRÓFANO.

7.2.1 Áreas de intercambio/vestíbulo y de espera.

Los pacientes son llevados por personal externo hasta el área de espera a través del pasillo exterior. El personal de quirófano puede transferir el paciente a una camilla de quirófano, donde permanecerá hasta entrar en el propio quirófano. El paciente va a la UCPA, y de allí a su unidad, en esta camilla. Se devuelve entonces la camilla a una sala de limpieza de camillas, donde toda ella, incluyendo las ruedas, será descontaminada antes de ser llevada de nuevo al departamento de quirófano.

Este procedimiento es ideal desde el punto de vista del control de la contaminación. Sin embargo, algunas situaciones justifican el transporte de los pacientes al departamento de quirófano en sus propias camas.

Las camas, las camillas y los marcos deben ser estabilizados por medio del bloqueo de las ruedas y con la ayuda del personal, cuando los pacientes se pasan de unas a otras. Los colchones también deben fijarse para que no se muevan. El personal adecuado, o un dispositivo mecánico de ayuda, debe estar disponible para garantizar la seguridad del paciente durante el traslado. Deben protegerse la cabeza, los brazos y las piernas del paciente. El paciente debe ser instruido y ayudado para evitar las caídas o algún tipo de lesión. Una vez transferido a la camilla, el paciente está bajo vigilancia constante, con correas de seguridad y barras laterales.

Algunos hospitales tienen salas de inducción de anestesia individuales donde esperan los pacientes y donde se les administra un anestésico antes de ser llevados al quirófano.

7.2.2. Admisión en el área de espera.

El personal de enfermería del área de espera saluda al paciente por su nombre y se presenta él mismo, permanece junto al paciente y:

1. Verifica la identificación del paciente.
2. Verifica la operación quirúrgica, el lugar y el cirujano.
3. Revisa los documentos del paciente para comprobar que están completos.
 - a) Historia médica y exploración física.
 - b) Informes de laboratorio.
 - c) Formularios de consentimiento.
4. Toma los signos vitales y la tensión arterial.

5. Comprueba los antecedentes de medicación y alergias.
6. Comprueba el tono y la integridad de la piel.
7. Verifica las posibles limitaciones físicas.
8. Anota el estado mental.
9. Le pone un gorro al paciente para proteger su cabello, por asepsia y para ayudar a evitar la hipotermia.
10. Le pone una bata limpia y una manta cálida al paciente.

El enfermero del área de espera registra los hallazgos pertinentes en la ficha perioperatoria de enfermería. Si no se ha hecho alguna valoración de enfermería perioperatoria, el enfermero del área de espera debe evaluar las necesidades del paciente, formular los diagnósticos de enfermería y los resultados esperados y preparar un plan individualizado de cuidados. Si el paciente ya ha sido sedado, la comunicación puede ser difícil.

Preparativos de la preanestesia.

Puede que se necesite completar los siguientes procedimientos antes de la inducción de la anestesia.

1. El rasurado del vello del cuerpo, si es necesario.
2. La inserción de una infusión i.v.
3. La inserción de catéteres invasivos de control hemodinámico, si fuera necesario.
4. La inserción de un catéter urinario Foley, si hubiese sido prescrito.
5. La administración de medicamentos preanestésicos* y otros fármacos, tales como antibióticos, si se hubiesen prescrito.

*Nota:

- El anestesista puede desear hablar con el paciente antes de administrar la sedación.
- El paciente puede desear hablar con el cirujano antes de recibir la sedación.
- Los medicamentos preanestésicos pueden precipitar la depresión del centro respiratorio e hipotensión. El enfermero debe estar alerta y actuar rápidamente si fuera necesario. El área de espera debe estar equipada para reanimación cardiopulmonar.

Los anestesistas pueden realizar anestésias regionales en el área de espera. Todos los procedimientos hechos en esta área deben documentarse en la gráfica del paciente.

A pesar de las actividades que se desarrollan a su alrededor, los pacientes pueden sentirse más solos en un área de espera que en cualquier otra ubicación. El tiempo pasa lentamente; la ansiedad puede ir en aumento. Una expresión compasiva en los ojos y en la voz, y un ligero contacto tranquilizador de la mano, pueden transmitir una sensación de interés y comprensión. Un paciente ansioso busca al enfermero para obtener consuelo, tranquilidad y atención.

Si el paciente está somnoliento, debe evitarse toda conversación innecesaria. Sin embargo, el enfermero debe contestar a sus preguntas y velar por la comodidad del paciente.

Una atmósfera de quietud y descanso le permite al paciente obtener todas las ventajas de la premedicación. Algunas áreas de espera y algunos quirófanos tienen altavoces con música grabada.

La música desvía la atención de los otros muchos sonidos del entorno. La música, con un ritmo lento y fácil, y a un volumen bajo, conduce a la relajación. La música conocida agrada y relaja más, porque el paciente puede asociarla con experiencias pasadas agradables. Algunas instalaciones proveen auriculares o cascos para que el paciente pueda escuchar la música de su elección. Los auriculares también amortiguan las conversaciones y los ruidos extraños.

7.3. TRASLADO AL QUIRÓFANO.

Cuando todo está dispuesto para el paciente, el enfermero circulante va al área de espera a por el paciente. Es preferible que esta persona sea el enfermero perioperatorio que hizo la visita preoperatoria. El paciente aprecia ver una cara conocida.

Antes de transportar al paciente hasta el quirófono, el enfermero circulante tiene varios deberes importantes que cumplir.

1. Saludar y verificar la identidad del paciente, de la camilla o cama y de los documentos de la historia clínica.
2. Comprobar las barras laterales, las correas de seguridad, las infusiones i.v. y los catéteres.
3. Observar la reacción del paciente a la medicación.
4. Observar nivel de ansiedad del paciente.
5. Verificar la exploración física, la historia médica, las pruebas de laboratorio, los informes de radiografías y el formulario de consentimiento en los documentos del paciente.
6. Revisar el plan de cuidados.
 - a) Prestar especial atención a las alergias y a cualquier tipo de reacciones adversas previas a una transfusión de sangre o a la anestesia.

- b) Familiarización con las necesidades particulares e individuales de cada paciente.

El paciente es introducido en el quirófano después de que el cirujano lo haya visto y el anestesista esté listo para recibirlo.

7.3.1. Antes de la inducción de la anestesia.

Los anestesistas también tienen ciertas tareas que cumplir inmediatamente antes de la preanestesia:

1. Verificar y ensamblar el equipo antes de que el paciente entre en la sala.
2. Revisar la exploración física preoperatoria, la historia clínica y los informes de laboratorio en la gráfica.
3. Asegurarse de que el paciente está cómodo y seguro sobre la mesa de operaciones.
4. Comprobar la extracción de las prótesis dentales o de cualquier diente suelto.
5. Asegurarse de que se han quitado las lentes de contacto.
6. Preguntar al paciente cuándo tomó cualquier cosa por boca por última vez.
7. Comprobar el pulso, la respiración y la presión arterial para obtener datos basales para la posterior evaluación de los signos vitales, una vez que el paciente esté anestesiado.
8. Auscultar el corazón y los pulmones, y conectar después los electrodos del monitor de ECG. Conectar el pulsioxímetro y los demás dispositivos de control.
9. Comenzar la infusión i.v.
10. Preparar y explicarle el procedimiento de inducción al paciente.

7.3.2. Papel del personal de enfermería durante la inducción.

Durante la inducción anestésica la figura principal en la aplicación de cuidados será el enfermero circulante, por lo que el personal auxiliar de enfermería deberá estar alerta ante cualquier solicitud de colaboración por parte de éste.

El bienestar del paciente y sus necesidades individuales tiene prioridad sobre todas las demás actividades, antes y durante la inducción de la anestesia. El paciente es la persona más importante en el quirófano. En este momento de estrés, el paciente necesita la presencia física de una persona de confianza, competente y compasiva. El paciente espera que el enfermero circulante conozca sus problemas y enfermedades y esté dispuesto a ayudarlo a aliviarlos; además, percibe la actitud del enfermero de aceptación o rechazo.

Por consiguiente, el comportamiento de éste puede afectar al paciente de manera positiva o negativa.

La manera en la que se dicen y se hacen las cosas es tan importante como lo que se ha dicho y se ha hecho. Los seres humanos reaccionan a través de sus sentidos. El efecto positivo del contacto físico es una comunicación no verbal muy útil para establecer la relación mutua enfermero-paciente en poco tiempo. Coger con afecto la mano de un paciente o colocarle una mano en el brazo durante la inducción de la anestesia, o durante cualquier procedimiento doloroso, puede hacer mucho por aliviar la ansiedad y obtener su confianza.

La sonrisa ha sido llamada el lenguaje universal. Aunque el enfermero circulante lleva una mascarilla, sus ojos pueden transmitir una sonrisa o esperanza. Asimismo, los ojos pueden revelar enfado u hostilidad. Las expresiones faciales, el contacto visual y los movimientos corporales tienen un efecto positivo o negativo sobre el paciente. A través de la expresión de los ojos y de una actitud agradable se puede transmitir calor y solicitud.

El paciente no debe ser tratado como un ser inanimado o anónimo, o categorizado sólo por su enfermedad u operación quirúrgica. Por el contrario, se trata de una persona viviente, con sentimientos, y no el de "la histerectomía del doctor Brown", "el cardíaco de la sala 4" o "el artrítico que necesita ayuda para moverse". Una jerga como ésta resulta despersonalizante, desmoralizante, ofensiva y totalmente inaceptable.

La meta de los cuidados perioperatorios del paciente está en combinar la eficacia con el afecto. El enfermero circulante no debe llegar a ser insensible a los pacientes, ni a causa de los procedimientos y rutinas despersonalizados ni a causa de sus propios prejuicios.

La protección del pudor, la dignidad y la privacidad es esencial, tanto si el paciente está consciente como inconsciente. La desnudez innecesaria debe evitarse. Una bata y una sábana de algodón protegen el pudor, además de mantener cálido al paciente. Además, la puerta del quirófano debe mantenerse cerrada para garantizar la privacidad; esto es además importante desde el punto de vista de la técnica aséptica. Los pacientes se sienten acobardados por estímulos sensitivos nocivos tales como olores extraños; perturbaciones visuales como las de un quirófano usado pero sin limpiar todavía, sábanas sucias, instrumentos, equipo, pacientes inconscientes, luces brillantes, el aislamiento o separación de los demás; el bullicio y la actividad desordenada o la falta de preparación; vergüenza por la exposición de su cuerpo, y ruidos fuertes como voces, conversaciones impropias o silbidos, discusiones entre el personal, pacientes gimiendo, instrumentos entrechocando y ruidos del esterilizador.

El paciente puede relacionar todo lo que oye consigo mismo, aunque en realidad no sea él el tema de conversación. La falta de consideración puede destruir la confianza del paciente en el equipo.

Un comentario irreflexivo, oído fuera de contexto, puede crear un miedo y un recuerdo traumático duradero. Los recuerdos negativos pueden inducir ansiedad en similares experiencias futuras.

Pensar antes de hablar y no conversar cerca del paciente mientras se le excluye de la conversación. La sedación no implica exclusión. El paciente puede malinterpretarla o reaccionar desfavorablemente, porque el oído es el último sentido que se pierde cuando una persona queda inconsciente. No se conoce exactamente en qué momento una persona ya no puede oír e interpretar lo que se dice, pero se sabe que los pacientes permanecen conscientes de lo que sucede en su entorno mucho más tiempo de lo que indica su aparente estado de inconsciencia.

La eficacia y la seguridad no deben ser sacrificadas en aras de la velocidad. La seguridad es el interés primario. Los pacientes no pueden defenderse ni protegerse a sí mismos durante la intervención quirúrgica. Por tanto, los enfermeros circulantes son sus defensores y protectores. Los enfermeros circulantes pueden minimizar los peligros potenciales con las siguientes acciones:

1. Nunca dejar desatendido a un paciente sedado. Además de producirle angustia mental por un sentimiento de abandono, si queda desatendido, el paciente puede caerse o lastimarse con los aparatos.
2. Identificar correctamente al paciente, la zona quirúrgica, los fármacos o la medicación. Las intervenciones quirúrgicas incorrectas, o los errores en la medicación, suelen deberse a una identificación inadecuada.
3. Crear, mantener y controlar un ambiente óptimamente terapéutico en el quirófano. Esto conlleva el control del entorno físico, como la temperatura o la humedad, y del entorno personal. Los movimientos de entrada y salida del quirófano deben reducirse al mínimo. Cuanto más movimiento y conversaciones haya, más se incrementa el recuento microbiano de la sala.

Una vez el paciente está en el quirófano, se debe guardar silencio, de forma que los efectos de la sedación no se vean contrarrestados. Una atmósfera relajada y tranquila conduce a la concentración del equipo y a un funcionamiento ordenado, de forma que todo pueda ir bien. Las normas de conducta ética deben imponerse de forma estricta.

El impacto inherente a cualquier tipo de intervención quirúrgica puede contrarrestarse cuando el paciente tiene esperanza y confía en sus cuidadores. Los profesionales de la enfermería son las figuras centrales del cuidado del paciente, y pueden hacer mucho para aliviar su miedo y darle seguridad. Los preparativos preoperatorios pueden influir en el resultado de la operación quirúrgica.

7.4. COLOCACIÓN DEL PACIENTE.

La correcta colocación del paciente para el procedimiento quirúrgico es una faceta del cuidado del paciente tan importante para el resultado de la intervención como la adecuada preparación preoperatoria y la anestesia segura. Requiere conocimientos de anatomía y la aplicación de los principios fisiológicos, además de estar familiarizado con el equipo necesario. Además de la intervención de celadores, la figura del auxiliar de enfermería es importante para este menester.

La seguridad es el principal factor a tener en cuenta. La posición del paciente viene determinada por el procedimiento a realizar, teniendo en cuenta la elección de la vía de acceso por parte del cirujano y la técnica para administrar la anestesia.

Factores como la edad, el peso, la altura, la situación cardiopulmonar y las enfermedades previas (p.ej., artritis) también influyen en la posición y deben ser considerados en el plan de cuidados.

Antes de la operación, se valoran las alteraciones de la integridad cutánea, la movilidad articular y la presencia de prótesis articulares o vasculares. El objetivo es que el paciente no resulte lesionado como consecuencia de su posición durante el procedimiento quirúrgico.

La posición quirúrgica la elige el cirujano, previa consulta con el anestesista, y se realizan las adaptaciones precisas para la anestesia.

Tras el traslado desde la camilla a la mesa de operaciones, el paciente suele encontrarse en posición supina, sobre la espalda, mirando hacia arriba. Puede ser anestesiado así y colocarlo luego para la intervención quirúrgica, o bien colocarlo primero y anestesiarlo después. No se coloca ni se mueve al paciente hasta que el anestesista comunique que es seguro hacerlo.

7.4.1. Preparativos para la colocación.

Antes de que el paciente llegue al quirófano, el enfermero circulante debe:

1. Revisar la posición propuesta, consultando el libro de procedimientos y la tarjeta de preferencias del cirujano.
2. Pedir ayuda si no está seguro sobre cómo colocar al paciente.
3. Si no está seguro de la posición a utilizar, consultar al cirujano tan pronto como llegue.
4. Revisar las partes móviles de la mesa de operaciones antes de trasladar al paciente al quirófano.
5. Montar todos los accesorios y almohadas protectoras antes de la intervención quirúrgica.

6. Comprobar los dispositivos de colocación para la seguridad del paciente. Comprobar la limpieza.
7. Revisar en el plan de cuidados las necesidades específicas del paciente.

7.4.2. Medidas de seguridad.

Deben observarse ciertas medidas de seguridad durante el traslado, el movimiento y la colocación del paciente.

Estas medidas son:

1. Antes de trasladar a la mesa de operaciones al paciente, éste debe estar correctamente identificado y confirmado el lugar de la intervención.
2. La mesa de operaciones y el medio de transporte deben estar firmemente sujetos en su posición, con el colchón estabilizado durante el traslado a la mesa y desde la misma.
3. Dos personas deben ayudar a trasladar al paciente despierto, colocándose a ambos lados del mismo durante el recorrido. La persona situada en un lado de la camilla ayuda a mover al paciente hacia la mesa de operaciones. La persona situada en el lado opuesto evita que el paciente caiga por el borde de la mesa. Debe evitarse que la bata del paciente o la manta se enganchen entre las dos superficies.
4. Para prevenir lesiones, es necesario contar con ayuda adecuada para levantar a los pacientes débiles, inconscientes u obesos. Pueden utilizarse grúas y dispositivos de traslado. Se mueve al paciente a la cuenta de tres. El anestesista da la señal. Deslizar o empujar al paciente puede dar lugar a abrasiones dérmicas o lesiones de los tejidos blandos.
5. El anestesista protege en todo momento la cabeza del paciente y la sostiene durante los movimientos. La cabeza se mantendrá en un eje neutro y se girará lo menos posible para mantener la vía aérea y la circulación cerebral.
6. Un médico asumirá la responsabilidad de proteger una fractura sin reducir durante la movilización.
7. El paciente anestesiado no debe ser movido sin permiso del anestesista.
8. El paciente anestesiado debe ser movido lenta y suavemente para controlar su cuerpo y para permitir que se adapte su sistema circulatorio.
9. Ninguna parte del cuerpo debe sobresalir de los bordes de la mesa, no contactar con partes metálicas o superficies no almohadilladas.
10. El cuerpo del paciente debe descubrirse lo menos posible para prevenir la hipotermia y preservar la dignidad del mismo.
11. Los movimientos y la colocación no deben obstruir o desconectar catéteres, tubos de infusión intravenosa (i.v.) ni monitores.

12. El apoyabrazos debe estar protegido para evitar la hiperextensión del brazo o la desconexión de la aguja de perfusión.
13. Cuando el paciente está en posición supina (sobre su espalda), los tobillos y las piernas no deben estar cruzados, ya que ello crearía una presión de oclusión en los vasos sanguíneos y los nervios.
14. Cuando el paciente está en prono (sobre su abdomen), hay que eliminar la presión sobre el tórax para facilitar su expansión con la respiración.
15. Cuando el paciente está en posición lateral (sobre un costado), requiere una almohada a lo largo de toda la longitud de las piernas para evitar la presión sobre las prominencias óseas, vasos sanguíneos y nervios.
16. Los pacientes deben ser protegidos de las lesiones por aplastamiento que se producen en los puntos de flexión durante la articulación de la mesa.
17. Cuando se eleva la mesa de operaciones, los pies y las partes prominentes deben protegerse de la compresión que ejercen las mesas sobre la cama, las mesas de Mayo y los soportes. Se mantendrá una separación de 5 a 8 cm.

7.4.3. Posiciones.

Decúbito dorsal (supina).

La posición de decúbito dorsal se utiliza para los procedimientos abdominales, así como para los que involucran la cara y el cuello, el tórax o el hombro. Esta posición se utiliza también para cirugía vascular. Puede emplearse para procedimientos ortopédicos cuando brinda una exposición adecuada.

Laminectomía.

Esta posición se utiliza particularmente para las laminectomías de la columna torácica o lumbar. Puede ser necesario un soporte para laminectomía, que eleve el tronco por encima de la mesa. Está construido de tal manera que un espacio hueco entre dos apoyos laterales permite una expansión torácica máxima para una adecuada respiración. El soporte está acolchado con toallas para mullirlos. Antes de colocar al paciente en la mesa de operaciones, se efectúa la inducción sobre la camilla, en posición de decúbito dorsal. Luego de la inducción y con el permiso del anestesista, se vuelca al paciente suavemente desde la camilla sobre la mesa de operaciones y el soporte. Por lo menos seis personas deben efectuar esta maniobra. Es esencial evitar la torsión de los miembros y mantener la alineación estricta de la cabeza con el tronco durante el movimiento. Durante esta maniobra, se deben proteger las manos para que el peso del cuerpo caiga sobre ellas.

Trendelenburg (fig. 3).

La posición de Trendelenburg es muy similar a la de decúbito dorsal, excepto por la inclinación horizontal que hace que la cabeza esté más baja que el tronco. La mesa se quiebra en el segmento inferior. Esta posición se utiliza, principalmente, para

procedimientos que involucran órganos pelvianos. El objetivo perseguido es lograr que el contenido abdominal se vuelque en dirección cefálica (hacia la cabeza), y obtener una mayor exposición del contenido pelviano. Esta posición puede limitar la movilidad diafragmática, y restringir la respiración. Por tanto, el paciente no debe permanecer así por periodos prolongados.



Fig. 3.

Trendelenburg invertida (fig. 4).

El Trendelenburg invertida se utiliza para cirugía de cabeza y cuello. También puede ser de ayuda en los procedimientos que comprometen el diafragma y la cavidad abdominal superior, ya que permite que el contenido abdominal descienda en dirección caudal (hacia los pies). A causa de esta inclinación, se coloca un apoyapiés para prevenir el deslizamiento del paciente hacia abajo.



Fig. 4.

Kraske (posición en navaja).

La posición de Kraske es una modificación de la posición de decúbito ventral (apoyado sobre el abdomen). Se utiliza en la cirugía rectal y coccígea. La mesa se quiebra en un ángulo, que puede ser moderado o marcado, según las necesidades del cirujano. Los apoyabrazos se dirigen hacia la cabecera de la mesa para que los codos se flexionen cómodamente.

Decúbito ventral con apoyo de la cabeza.

Esta posición se utiliza para craneotomía cuando el cirujano necesita que el paciente se encuentre con el rostro dirigido hacia abajo. El apoyo para la cabeza tiene forma de herradura. El paciente se ubica en la posición de decúbito ventral de rutina con la cabeza sobresaliendo del borde de la mesa y la frente apoyada sobre la herradura acolchada.

Litotomía (posición ginecológica) (fig. 5).

Esta posición se emplea para cirugía vaginal, perineal y rectal. Es importante que las piernas se levanten lentamente, pues un cambio brusco de posición puede causar un cambio rápido en la presión sanguínea y producirse un shock. Las rodillas no deben dejarse "caer" lateralmente, pues podrían luxarse. Cuando vuelva a colocarse al paciente en la posición de decúbito dorsal deben tomarse las mismas precauciones.



Fig. 5.

Fowler (sentado).

Esta posición se usa cuando se somete a un paciente a cirugía de la columna cervical posterior, craneotomía posterior y procedimientos en la cara o la boca.

Decúbito lateral o en posición de Sims.

El paciente, una vez anestesiado, se girará hasta colocarlo en decúbito lateral o posición de Sims, hacia el lado que nos indique el cirujano. Lógicamente, al encontrarse

el paciente anestesiado, será necesario utilizar diferentes dispositivos para estabilizarlo en esta posición (rodillos o rulos que se acoplan a la mesa quirúrgica, correas de sujeción, etc.). Está indicado para intervenciones de riñón y uréteres intervenciones de pulmón, etc.

Dentro de esta posición, nos podemos encontrar con la siguiente variación:

Posición raquídea (fig. 6).

También se denomina “posición lumbar”, el paciente se coloca en decúbito lateral con las rodillas flexionadas hacia el abdomen e intentando pegar la barbilla hacia el pecho. Una variedad de esta postura se puede realizar sentado, en ese caso el paciente se sentará en la mesa con las piernas colgando e intentando pegar la barbilla hacia el pecho. El objetivo de esta postura es arquear la espalda permitiendo la visualización de los arcos vertebrales. Sus indicaciones serían: Punción lumbar, bien para administración de anestesia (epidural), o bien para la recogida de líquido cefalorraquídeo (LCR).



Fig. 6.

Posición genupectoral o mahometana (fig. 7).

También conocida con el nombre de “posición mahometana”, aunque el paciente no se encuentra totalmente en decúbito prono, algunos autores la consideran como una variedad de éste. El paciente se coloca de rodillas inclinando el cuerpo hacia delante hasta que el tórax se apoya en la cama, con los brazos flexionados y la cabeza ladeada descansa sobre el dorso de las manos. Las rodillas deben estar ligeramente separadas y los muslos en perpendicular a la cama, es decir, formando un ángulo recto. Esta posición no sería

posible mantenerla con un paciente bajo anestesia general, por lo que son intervenciones que simplemente requieren anestesia local o ningún tipo de anestesia si es el caso de exploración o cura. Está indicada para intervenciones quirúrgicas o exploraciones a nivel rectal o del colon y realización de curas a nivel perianal.



Fig. 7.

7.5. PREPARACIÓN URINARIA.

El paciente debe orinar para vaciar la vejiga urinaria justo antes de ser trasladado al quirófano, a no ser que se le haya colocado un catéter de Foley. Si la vejiga no se ha vaciado o el cirujano desea prevenir la distensión de la misma durante procedimiento prolongado o tras la propia operación, puede ser necesario realizar un cateterismo después de anestesiarse al paciente. Puede introducirse un catéter vesical de Foley. Ello mantiene la vejiga descomprimida para evitar traumatismos durante una operación abdominal inferior o pelviana, permite la precisa medición de la diuresis durante la operación quirúrgica o después de la misma, o facilita el resultado y la curación tras una operación quirúrgica en las estructuras del tracto genitourinario. El cateterismo se lleva a cabo antes de colocar al paciente. Durante el cateterismo, debe mantenerse una técnica estéril ya que se trata de un procedimiento invasivo.

La sonda se fija a la pierna del paciente con la suficiente holgura para evitar tensión sobre el pene o la uretra. El tubo de drenaje debe colocarse de forma que se favorezca el flujo descendente. Hay que controlar el catéter y el tubo durante la colocación del paciente para el procedimiento quirúrgico a fin de prevenir su compresión o anudamiento.

7.6. PREPARACIÓN DE LA PIEL DEL PACIENTE SOBRE LA MESA DE OPERACIONES.

Una vez que el paciente está anestesiado y/o colocado sobre la mesa de operaciones, la piel de la zona quirúrgica y de una extensa área circundante se procede a limpiarla de nuevo mecánicamente con un agente antiséptico, inmediatamente antes de recubrirlo.

7.7. SOLUCIONES ANTISÉPTICAS.

El comité de control de infecciones suele determinar el agente químico(s) a utilizar en el quirófano para la antisepsia de la piel. La concentración máxima de germicida químico que puede aplicarse a la piel y las mucosas viene limitada por su toxicidad para estos tejidos. El agente ha de tener las siguientes características:

1. Amplio espectro de acción antimicrobiana y rápida disminución del recuento microbiano.
2. Aplicación rápida y eficacia permanente contra los microorganismos.
3. Sin riesgo de sensibilización o irritación para la piel. No debe ser tóxico.
4. Permanecer activo en presencia de alcohol, materia orgánica, jabón o detergente.
5. No inflamable al utilizarlo con láser, electrocirugía u otros dispositivos de alta energía.

Gluconato de clorhexidina.

Una tintura de gluconato de clorhexidina al 0,5% en 70% de isopropil alcohol (tintura de Hibitane®) es un agente antimicrobiano de amplio espectro, rápida acción y no tóxico. Se une a las cargas negativas de la pared de la célula microbiana y produce daños irreversibles y la muerte. Esta actividad se ve afectada adversamente por algún residuo de jabón y se reduce en presencia de materia orgánica.

Este agente no se absorbe a través de la piel intacta. Reduce significativamente la flora microbiana y mantiene tal reducción durante al menos 4 horas. Su actividad aumenta a temperatura elevada. Se comercializa coloreado para marcar el área de piel que está siendo preparada, o incoloro para evitar la tinción de la piel si el cirujano necesita observar el color original de la piel. Al ser irritante para los ojos, está contraindicado en la antisepsia facial.

Yodo y compuestos yodados.

La solución de yodo al 1-2% en agua o en alcohol al 70% es un antiséptico óptimo. Sin embargo, el peligro potencial de quemaduras e irritantes de la piel han reducido su

uso. Cuando se utiliza, el yodo debe dejarse secar y después enjuagarlo con alcohol al 70% para neutralizar el efecto de quemadura.

Los compuestos yodados* son complejos de yodo combinados con detergentes. La povidona yodada contiene un surfactante, un agente humectante y un dispersor, en una solución acuosa, por ejemplo el betadine® para lavado quirúrgico, un compuesto yodado habitualmente utilizado. Los compuestos yodados también están disponibles en alcohol al 70%. Son agentes limpiadores óptimos que eliminan los residuos de la superficie de la piel mientras van desprendiendo el yodo lentamente. Los compuestos yodados son agentes antimicrobianos de amplio espectro y tienen alguna actividad esporicida. Son relativamente poco tóxicos y no suelen irritar la piel o las mucosas.

La película marrón que dejan sobre la piel define claramente el área de aplicación. Esta capa no debe aclararse, dado que la actividad microbiana se mantiene por la liberación de yodo libre conforme se seca el agente y el color va desapareciendo de la piel. Debe permanecer sobre la piel durante al menos 2 minutos. Para acelerar el secado de la piel, se puede untar alcohol sobre el área, sin restregar, antes de aplicar un paño quirúrgico autoadhesivo.

* Nota:

1. Los compuestos yodados no deben aplicarse en la preparación de la piel de pacientes alérgicos al yodo o a ciertos alimentos marinos. El marisco, por ejemplo, contiene yodo.
2. El tipo de preparación, la concentración de yodo y la presencia de surfactantes afecta a la actividad antimicrobiana de estos productos. Los complejos de povidona yodada se comercializan en solución, en pulverizador o en gel. Las tinturas son siempre en solución. Hay que seguir estrictamente las instrucciones del fabricante para el uso del producto.
3. La concentración de povidona yodada puede verse alterada por evaporación si se calienta la solución. El paciente puede resultar quemado por un aumento en la concentración de yodo.

Siempre deben seguirse las recomendaciones del fabricante.

Alcoholes.

El isopropil alcohol y el alcohol etílico son agentes de amplio espectro que desnaturalizan las proteínas celulares. Una concentración del 70% en contacto continuo durante varios minutos es satisfactoria para la antisepsia de la piel cuando el cirujano prefiere una solución incolora que le permita observar el color real de la piel. Dado que el alcohol coagula las proteínas, no se aplica a las mucosas ni sobre una herida abierta. El

isopropil alcohol es un disolvente de las grasas más eficaz que alcohol etílico. Ambos son volátiles e inflamables. No deben acumularse alrededor o debajo del paciente, en especial cuando se va a utilizar una unidad láser o electroquirúrgica.

Triclosán.

La solución de triclosán al 1% es un agente antimicrobiano de amplio espectro. Se mezcla con aceites y lanolina en un detergente suave. Su acción supresora acumulativa se desarrolla lentamente y sólo con el uso prolongado de rutina. Es seguro en su aplicación en la cara alrededor de los ojos.

8. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Los cuidados postoperatorios son aquellos que se ofertan una vez finalizada la cirugía, a partir de entonces el paciente ingresa en la unidad de reanimación postanestésica, o si ha sido una intervención puede ser trasladado a planta o remitido a su domicilio.

Este periodo se suele dividir en dos etapas: periodo inmediato y el mediato. Durante esta fase el personal de enfermería deberá de trabajar por:

- Recuperar el equilibrio fisiológico del paciente.
- Prevenir las complicaciones postquirúrgicas.
- Aliviar el dolor.
- Restablecer el estado de salud del paciente.

8.1. POSTOPERATORIO INMEDIATO.

En esta subfase el paciente se encuentra generalmente en la URPA, durante su estancia en esta área se realizarán las siguientes actuaciones:

- Valoración postoperatoria.
- Vigilar y tratar de inmediato cualquier complicación.
- Registrar signos y datos objetivos así como aquellos subjetivos significativos.
- Proporcionar confort, mediante una adecuada higiene ambiental
- Ofrecer apoyo psicológico.

Destacamos las siguientes actividades en las que el personal auxiliar de enfermería puede intervenir si así lo solicita la enfermera responsable de cada paciente.

- Colocar el pulxiosímetro.

- Colocar el monitor electrocardiográfico. Se colocarán los electrodos en la posición correcta conectando con el monitor de registro electrocardiográfico.
- Colocar adecuadamente sueros y comprobar la permeabilidad de las vías venosas.
- Aplicar oxigenoterapia bajo prescripción médica mediante gafas nasales, mascarilla, observando el correcto nivel de agua del caudalímetro para evitar resecar las vías respiratorias superiores.
- Arrojar al paciente con mantecas para mantener la temperatura corporal y el bienestar del paciente.
- Verificar apósitos y drenajes, colocando los dispositivos colectores por debajo del nivel del paciente para favorecer el drenaje.
- Comprobar la correcta colocación y permeabilidad de todos los posibles sondajes (nasogástrico, vesical). Hacer control de diuresis y cambio de bolsas.
- Preparar toda la documentación del paciente así como sus pertenencias para su posterior traslado a otras estancias hospitalarias o alta domiciliaria.

Para considerar si el paciente está en condiciones de abandonar la URPA se realiza una valoración postoperatoria conocida con el nombre de Test de Aldrete.

Puntuación de recuperación postanestésica	ADMISIÓN	15'	30'	45'	60'...	ALTA
Actividad.						
1. Extremidades.	2	2	2	2	2	2
2. Extremidades.	1	1	1	1	1	1
0. Extremidades.	0	0	0	0	0	0
Respiración.						
Respira profundamente y tose bien.	2	2	2	2	2	2
Disnea.	1	1	1	1	1	1
Apnea.	0	0	0	0	0	0
Circulación.						
TA 20 mm.Hg de la cifra previa a la anestesia.	2	2	2	2	2	2
TA a 21-50 mm.Hg.	1	1	1	1	1	1
TA > 50 mm.Hg.	0	0	0	0	0	0

Continúa en página siguiente

Consciencia.						
Completamente despierta.	2	2	2	2	2	2
Responde a estímulos.	1	1	1	1	1	1
Ausencia de respuesta.	0	0	0	0	0	0
Coloración.						
Normal.	2	2	2	2	2	2
Pálido, oscuro, icterico.	1	1	1	1	1	1
Cianótico.	0	0	0	0	0	0

8.2. POSTOPERATORIO MEDIATO O TARDÍO.

En esta fase tan pronto como el paciente sea trasladado y ubicado en su cama de la unidad de hospitalización, el equipo de enfermería lo recepcionará y le realizará una valoración inicial y rápida de su estado. En esta valoración debemos de controlar, el nivel de consciencia, respiración, circulación, vendajes, comodidad y seguridad del paciente y el funcionamiento de todos los equipos, sondas, catéteres, etc. También realizaremos un registro de los signos vitales, nivel de consciencia, aspecto de la piel, referencias de dolor, revisión de apósitos, drenajes con sus cantidades drenadas y aspecto del líquido drenado, posición del paciente, etc.

En los cuidados posteriores estaremos atentos día a día hasta su alta hospitalaria de todas las parcelas que pueden afectar al nivel de salud del paciente.

En la siguiente tabla describimos las actividades que podemos realizar según la parcela afectada.

8.2.1. Cuidados a aplicar en el postoperatorio tardío.

1. Estado respiratorio.

- Valorar la frecuencia respiratoria (FR).
- Ejercicios de respiración y expectoración. (Enseñados en el periodo preoperatorio).
- Deambulación temprana y cambios posturales según protocolos.
- Estimular la ingesta de líquidos para fluidificar secreciones.
- Aspiración si precisa.

2. Estado cardiovascular.

- Movilización y deambulación precoz, medias antiembolia según prescripción médica.
- Ejercicios de movilización (enseñados en el preoperatorio.)

3. Ingestión y excreción de líquidos.

- Ofrecer líquidos al paciente, en pequeños sorbos o mojar los labios (según prescripción médica).
- Cuidados y precauciones con la sueroterapia.
- Realizar higiene bucal.
- Realizar balance de líquidos cada 24 horas, turnos, etc. según proceda.

4. Nutrición.

- Administración de dieta prescrita comprobando tolerancia, siguiendo la secuencia de dieta líquida, triturada, blanda y dieta normal y según prescripción dietética.
- Estimular y/o colaborar en la ingesta y observar ingesta y tolerancia.
- Vigilancia y cuidados específicos ante alimentación enteral o parenteral, vigilando si aparecen vómitos, diarreas u otras complicaciones.

5. Eliminación fecal.

- Estimular la deambulación y movilización precoz, evitar el sedentarismo aumenta el peristaltismo intestinal.
- Estimular y observar la ingesta, apetito, consumo de frutas y verduras, fibra, etc.
- Aplicación de medidas para paliar el estreñimiento, enemas o supositorios según prescripción médica.

6. Protección de la piel y cuidados de la herida quirúrgica.

- Aseo del paciente.
- Arreglo adecuado de la cama.
- Prevención de úlceras por presión con cambios posturales cada 2 horas.
- Observar técnicas asépticas.

7. Tratamiento del dolor.

- Administración de analgésicos v.o (bajo supervisión de enfermería) o colaborar en otros tratamientos aplicados por otros profesionales según prescripción médica.
- Aplicar medidas de distracción. TV, visitas familiares, amigos, etc.
- Aplicación de frío calor.
- Técnicas de distracción.

8. Restablecimiento de la movilidad.

- Movilización y deambulación precoz, según recomendación médica.

9. Seguridad del paciente.

- Evitar caídas a distinto nivel colocando barandillas en la cama.
- Colocar el timbre de llamada a su alcance.

10. Restablecimiento de la integridad cutánea.

- Vigilar alteraciones cutáneas.
- Colaborar en los cuidados de la herida quirúrgica.
- Vigilar apósitos y drenajes.

BIBLIOGRAFÍA

El auxiliar de enfermería en hospitalización. Matinez Olivares, Laura. Curso 3. Tema 6. Cuidados en la unidad de cirugía. Alarcón Mata, María. Octava edición. Junio de 2009. Formación Continuada Logoss S.L.

Lucy Jo Atkinson, Nancymarie Fortunato; Técnicas de quirófano; versión en español de la 8ª edición de la obra original en inglés; Harcourt Brace; 1998; pag. 299- 547.

Joanna Ruth Fuller; Instrumentación quirúrgica, principios y práctica; 3ª edición; panamericana; 1995; pag.96-108.

S.C.Semeltzer, B.G.Bare; Enfermería medicoquirúrgica; 8ª edición; vol. 1; Mc Gran- Hill Interamericana.

Auxiliar de Enfermería. 2ª Edición. Evangelina Pérez y Ana Fernández. McGraw-Hill. Interamericana , página 445-446. Cuidados perioperatorios. Terapéutica quirúrgica.

Rol de Enfermería Julio, agosto 1999, volumen 22, página 507-510.

Ansiedad en el pre-postoperatorio de cirugía cardíaca. Rol de Enfermería. Julio-Agosto 2000 Volumen 23. Pág 494-498.

Comunicación no verbal en el enfermo prequirúrgico. Revista Rol de Enfermería. Febrero 99. Volumen 22. Página 103-110.

Normas prácticas de Enfermería. Dorotea E. Orem. Editorial Pirámide. Página 230- 250.

Enfermería Médico-Quirúrgica/Long-Phipps. Volumen 9. Interamericana McGraw- Hill. Pág. 349-350.

Psicoprofilaxis quirúrgica. 2ª Edición. 1990. Eduardo Mardarás Platas. Ediciones Rol. Enfermería psicosocial y Salud Mental. Editorial Masson 1997. Cáp. 15(157), 16(165), 22(227).

