

# SEECir Digital

Volumen 5- Junio 2016



Revista de Enfermería en Cirugía

ISSN: 2341-0957

## EQUIPO EDITORIAL

**Director: Núñez Crespo, Fernando**

Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada.  
Profesor Universidad San Rafael Nebrija. Madrid. Doctor por la URJC.

**Subdirección: Tarín Pereira Virginia**

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada.  
Diplomada en Puericultura.

### COMITÉ EDITORIAL:

**Espín Faba, Jose Antonio**

Diplomado en Enfermería. Supervisor Unidad de Críticos. Hospital Clínico San Carlos.  
Profesor Universidad Alfonso X el Sabio. Doctorando UAX

**Granados Martín, Mónica**

Grado en Enfermería. Máster en ciencias de la Salud. Doctorando en Enfermería.  
Universidad Alicante. Enfermera de consultas externas. Hospital de Fuenlabrada.  
Madrid

**Jardón Huete, Clara**

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario 12 de octubre. Especialista en  
Enfermería obstétrica –ginecológica (matrona). Especialista en Enfermería del trabajo.

**Martín Rodríguez, Francisco**

Enfermero, especialista en Emergencias. Gerencia de Emergencias sanitarias de Castilla  
y León. Ume Valladolid. Instructor internacional de gestión de desastres. Doctorando  
Universidad de Valladolid

**Moldes Moro, Regina**

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesor Universidad  
Alfonso X el Sabio. Doctoranda Universidad Alfonso X el Sabio

**Palacios Ceña, Domingo**

Diplomado en Enfermería. Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos. Profesor del  
departamento de Enfermería, URJC

**Soto Arnáez, Francisco**

Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Doctor por la URJC

**Torres González, Juan Ignacio**

Diplomado en Enfermería. Unidad críticos I. Hospital Clínico San Carlos. Profesor  
Asociado Clínico de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y  
Podología. UCM. Doctorando UCM

<b>Equipo Editorial</b>	<b>Pág. 02</b>
<b>Artículo 1: “Percepción de Seguridad en Pacientes Intervenido de Cirugía Cardíaca por Canulación Extracorpórea: Un Estudio Fenomenológico”</b>	<b>Pág. 05-13</b>
<b>Curso Cirugía Menor y Suturas Quirúrgicas SEECir</b>	<b>Pág. 14</b>
<b>Artículo 2: “Relación de Ayuda en el Preoperatorio: Revisión Bibliográfica”</b>	<b>Pág. 15-18</b>
<b>Artículo 3: “Percepción de Pacientes y Personal de Enfermería sobre el Proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria”</b>	<b>Pág. 20-23</b>
<b>Artículo 4: “Una Cura Una Experiencia”</b>	<b>Pág. 25-28</b>
<b>Resumen II Jornada Nacional de Enfermería en Cirugía: Horizontes en Cuidados</b>	<b>Pág. 29</b>
<b>Artículo 5: “Actualización de Criterios de Alta Fast- Track en Cirugía Ambulatoria”</b>	<b>Pág. 30-34</b>
<b>Normas De Presentación</b>	<b>Pág. 35-36</b>
<b>Hazte Socio de SEECir</b>	<b>Pág. 37</b>

# “PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA POR CANULACIÓN EXTRACORPÓREA: UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO”

Moreno del Toro, Lourdes\*; Cano, Alejandra\*\*; Tamayo Capillas, Elisabet\*\*\*; De Opazo, M<sup>a</sup> Belén\*; Chinchilla, M<sup>a</sup> Asunción\*\*\*\*; Serrano Cejalvo, M<sup>a</sup> José\*\*\*\*\*; Pelegrin, M<sup>a</sup> Soledad\*\*\*; Zaballos, M<sup>a</sup> del Carmen\*\*\*; Medina, Concepción\*. \*Enfermera del área quirúrgica del corazón del HGU Ramón y Cajal. \*\*Enfermera Unidad Bioestadística del HGU Ramón y Cajal. \*\*\*Enfermera de Hospitalización del HGU Ramón y Cajal. \*\*\*\*Enfermera de Urgencias del HGU Ramón y Cajal. \*\*\*\*\*Enfermera del servicio de UVI de cirugía cardiovascular del HGU Ramón y Cajal.

[lulumoreno1@gmail.com](mailto:lulumoreno1@gmail.com)

## **RESUMEN:**

**Objetivo:** Conocer desde una perspectiva fenomenológica, la percepción de seguridad de los pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca por Canulación Extracorpórea e introducir los resultados en los estándares de la práctica clínica.

**Antecedentes:** La relevancia del estudio radica en que la mayoría de los estudios que se están realizando sobre la temática de la seguridad y el paciente, se centran en las mejoras de infraestructuras, seguridad de fármacos, etc., sin embargo con este estudio queremos reflejar que significa sentirse seguro dentro del ámbito hospitalario y qué se necesita para que ello se produzca..

**Metodología:** Diseño: estudio cualitativo de tipo fenomenológico realizado en un año (2008-2009). Ámbito de estudio: Pacientes adultos que han sido intervenidos de cirugía cardíaca por canulación extracorpórea en un hospital público. Criterios de inclusión: adultos entre 40 y 80 años cuya permanencia en UVI (unidad de vigilancia intensiva) no es mayor a 7 días. Criterios de exclusión: deterioro cognitivo y dificultad en la comunicación. Muestra: Se realizaron 19 entrevistas en profundidad, basándonos en características específicas consensuadas por los investigadores, hasta la saturación del discurso. La entrevista se realizó a partir del 5º día del postoperatorio, en hospitalización.

**Resultados:** La percepción de seguridad del paciente es diferente cuando está en planta y en UVI. Destaca en esta fase un terror importante a la muerte. La vivencia en planta es diferente, aquí el paciente deja de ser el objeto cuerpo (su seguridad en manos del otro), a ser un sujeto que debe recuperar su espacio - autosuficiencia. Se han detectado 6 categorías y 5 subcategorías de análisis influyentes en la percepción de seguridad:

1) Información y comunicación, 2) espacio físico/habitabilidad, 3) rehabilitación/educación, 4) obstáculo/transformación, 5) espacios de seguridad (el médico, la enfermera, el equipo-UVI, la familia, el compañero de habitación), 6) necesidades que el paciente percibe que son importantes para sentirse seguro.

**Conclusión:** Para reforzar la seguridad en UVI hay que aplicar un sistema de compensación total en cambio cuando nos referimos a las plantas, es apropiado un sistema parcialmente compensatorio legitimando el saber de enfermería. Utilizar la información, comunicación, educación, rehabilitación como elementos clave por parte de enfermería a través de educación para la salud. Es una estrategia eficaz la creación de una unidad de enfermería, generando un entorno más seguro, favoreciendo la mejora de la calidad asistencial.

## **PALABRAS CLAVE:**

Percepción de Seguridad, Investigación Cualitativa, Entrevista Abierta, Canulación Extracorpórea, Quirófano, UVI, Hospitalización.

## **INTRODUCCIÓN:**

La cirugía cardíaca ha experimentado un enorme desarrollo en los últimos 30 años, lo que permite en la actualidad la resolución quirúrgica de casi todas las anomalías adquiridas o congénitas. Uno de los grandes avances en la cirugía cardíaca ha sido la máquina de circulación extracorpórea (CEC), que asume las funciones del corazón y del pulmón, encargándose del bombeo y oxigenación de la sangre. De esta manera se puede operar sin producir lesiones de órganos vitales tales como el propio corazón, pulmón, cerebro y riñones (Gomar et al. 2003).

Actualmente la técnica de CEC es bastante frecuente. Los pacientes intervenidos quirúrgica-

mente sufren un profundo impacto en la integridad física y emocional. Esta situación provoca stress, ansiedad, angustia e inseguridad, miedo ante lo que va a vivir desde que ingresa en el hospital hasta el alta.

Tampoco hay que olvidar el dolor de la esternotomía, la fatiga asociada al dolor, la disnea y la afectación del sueño nocturno.

**ANTECEDENTES:**

No existe un concepto de seguridad definido como tal, apenas hemos encontrado en la revisión de la literatura estudios sobre la percepción de seguridad del paciente. España ha puesto la seguridad del paciente en el centro de las políticas del Sistema Nacional de Salud como uno de los fundamentos de calidad (OMC 2007). La Organización Mundial de la Salud y sus asociados, anunciaron la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS), ministros, investigadores y pacientes de todo el mundo han acordado la puesta en marcha de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, aportando soluciones en áreas cruciales de riesgo agenda política de la Unión Europea, teniendo un objetivo principal: establecer una cultura de seguridad del paciente en todos los sistemas sanitarios (OMS 2007).

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la Joint Commission International fueron designadas oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de Centro Colaborador de la OMS sobre (Soluciones para) la Seguridad del Paciente en 2005.

Se convierte así en primordial el conocer los discursos de los pacientes sobre la percepción de seguridad y el propio concepto de seguridad.

**METODOLOGIA:**

**Objetivo:** Explorar la percepción de seguridad del paciente operado del corazón por canulación extracorpórea (CEC).

**Diseño:** Metodología cualitativa, estudio fenomenológico basado en la corriente filosófica trascendental de Husserl. La recogida de datos se ha realizado con entrevistas en profundidad.

**Participantes:** El estudio se realizó en la Unidad de Cirugía Cardíaca Adultos durante el periodo de un año 2008-2009 perteneciente CC.AA. Madrid

Se incluyeron los pacientes que eran sometidos a cirugía cardíaca por canulación extracorpórea que posteriormente pasaron a UVI y después a planta donde fueron informados del estudio.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** adultos entre 40 y 80 años que no han estado más de 7 días en UVI.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** deterioro cognitivo y dificultad en la comunicación. Para que de esta forma fueran capaces de testimoniar su experiencia aportando datos validos de interés a la investigación.

Combinando las variables del estudio hemos seleccionado la población a estudiar, los 19 participantes se agrupan en 7 perfiles.

Tabla 1: Características de los participantes

	EDAD	SEXO	INGRESOS PREVIOS	SOPORTE	NIVEL EDUCACION	INGRESOS P/U
E.A.1	53	Mujer	SI	SI	Básico	P
E.A.2	79	Hombre	SI	SI	Muy bajo	P
E.A.3	77	Mujer	NO	SI	Básico	P
E.A.4	54	Hombre	NO	SI(Medio)	Básico	P
E.A.5	54	Hombre	SI	SI	Medio	P
E.A.6	73	Mujer	SI	SI(Medio)	Básico	P
E.A.7	70	Mujer	NO	SI	Ninguno	P
E.A.8	68	Hombre	SI	SI	Básico	P
E.A.9	68	Mujer	SI	SI	Básico	P
E.A.10	67	Mujer	SI	NO	Básico	U
E.A.11	65	Mujer	SI	SI	Básico	P
E.A.12	55	Hombre	SI	NO	Básico	U
E.A.13	71	Mujer	SI	SI	Básico	P
E.A.14	59	Hombre	NO	SI	Básico	P
E.A.15	64	Mujer	SI	SI	Básico	P
E.A.16	55	Hombre	NO	SI	Básico	U
E.A.17	59	Hombre	NO	SI	Medio /alto	P
E.A.18	62	Hombre	SI	SI	Alto	P
E.A.19	42	Hombre	SI	SI	Medio	P

E.A.= Entrevista P = Programado U = Urgencia

1. Mujer/ Hombre, 40 a 65 años, con soporte, con experiencia previa, nivel educacional básico / medio, ingreso programado.
2. Hombre, 53 a 65 años, sin soporte, con experiencia previa, nivel educacional medio, ingreso de urgencia.
3. Hombre, 53 a 65 años, con soporte, sin experiencia previa, nivel educacional básico / medio, ingreso programado.
4. Hombre, 53 a 65 años, con soporte, sin experiencia previa, nivel educacional básico, ingreso de urgencia.

5. Mujer / Hombre, 66 a 80 años, con soporte, con experiencia previa, nivel educacional básico, ingreso programado.
6. Mujer, 66 a 80 años, sin soporte, con experiencia previa, nivel educacional básico, ingreso de urgencias.
7. Mujer / Hombre, 66 a 80 años, con soporte, sin experiencias previas, nivel educacional básico, ingreso programado.

**RECOGIDA DE DATOS:**

La recogida de datos se realizó durante 18 meses en el periodo del 2008-2009.

Como técnica de recogida de datos se realizó la entrevista en profundidad, con la que tratamos de recoger visiones personales acerca de la experiencia vivida por los pacientes, expresando su forma de percibir la seguridad.

En un principio se realizaron 2 entrevistas pilotos para el desarrollo del marco conceptual, que ha sido modificado a medida que se realizaban las entrevistas y se saturaban los discursos.

El proceso de captación se inició en UVI. Una vez en planta se les informó del estudio, aproximadamente al 2º día y se les planteó su participación mediante la realización de la entrevista, que han durado aproximadamente 60 minutos, fueron recogidas en una grabadora digital y posteriormente transcritas literalmente.

Guía de entrevista

<b>Sanitario</b>	Calidad de la atención: Profesionalidad Calidad de la asistencia: trabajo en equipo, vigilancia constante, información previo y post operatorio Calidad de la institución: cantidad y calidad de las pruebas, avances tecnológicos Calidad de la recuperación: trato humano Diferencia entre profesionales que le atienden
<b>Familia</b>	Consuelo frente a la soledad Tranquilidad frente al desamparo Ayuda en el proceso de recuperación (de objeto a sujeto)
<b>Compañeros</b>	Función vicaria de la enfermera Regulación-normalización de los ocupantes Cumplimiento de normas / educación
<b>Demandas</b>	Profesional: aumento de la plantilla / cantidad de personal Mejoras institucionales Control de las visitas

**CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Este estudio fue aprobado por el comité ético del hospital. Los pacientes participaron voluntariamente, cumplieron el consentimiento informado, se les garantizó en todo momento la confidencialidad, anonimato de los datos y la libertad de abandonar el estudio si cambiaban de opinión.

**ANÁLISIS DE DATOS:**

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis. Para el análisis de las entrevistas se utilizó el programa Atlas.ti 5.0

Ha sido preciso ordenar y seleccionar las informaciones obtenidas siguiendo las siguientes etapas: segmentación, codificación y establecimiento de categorías. Este proceso ha sido realizado por dos personas del equipo investigador para triangular la información.

Se han detectado diferentes categorías y subcategorías relevantes para el análisis, identificando temas clave.

**RIGOR:**

El rigor en la investigación cualitativa se refiere al uso de un diseño sistemático y de una descripción detallada del método de análisis (descrito anteriormente). Se usó el procedimiento descrito por Strauss y Corbin (1988) para reclutar una muestra de variación máxima y la riqueza de los datos. La credibilidad del análisis se garantiza por los miembros del equipo codificando las transcripciones de forma independiente antes de comparar los códigos y temas. Ejemplos negativos o disconformidades se buscaron y se incluyeron en el análisis. Los dos primeros autores revisaron todas las transcripciones originales y los códigos y llegaron a un consenso con el tema principal y subtemas. Todos los miembros del equipo revisaron y estuvieron de acuerdo con los resultados del análisis final.

**RESULTADOS:**

Los pacientes del estudio identifican estas categorías como las principales para dar sentido al fenómeno de la seguridad:

Tabla con las categorías y subcategorías

Información y Comunicación	Espacio físico/Habitabilidad	Educación y Rehabilitación	Obstáculo/Transformación	Espacios de seguridad	Necesidades para sentirse seguro
				Medico	Prestigio hospital
				Enfermera	Institución pública
				Familia	Equipo
				Compañero	Disminución tiempo espera
				Equipo-UVI	Creencias religiosas

### *Información y comunicación*

La percepción de una jerarquía entre el personal sanitario hace que se otorgue distinto valor a la información que recibe por parte de cada uno de ellos.

La información es crucial para el paciente y debe centrarse fundamentalmente en la idea de que el proceso quirúrgico está controlado paliándose la angustia generada.

“Pues me han explicado lo que me han hecho, la operación que me han hecho, como me la han hecho, el médico que ha estado aquí. La otra vez ni el médico yo lo vi ni nada. Y éste que me ha llevado todos los días. El cirujano, el que viene, el que me abrió es el que me ha llevado diariamente” (E.14) (Entrevista.14)

Se otorga un gran valor a la palabra del cirujano, siendo de gran importancia que exista una buena comunicación entre éste y el paciente influyendo notablemente en su evolución y recuperación.

La angustia y la ansiedad vivida se liberan a través de la palabra de la enfermería siempre y cuando ésta esté legitimada. En UVI está legitimada por todos los pacientes, es considerada experta y poseedora de un gran saber.

En planta hay enfermos que no lo reconocen ya que se asocia el saber de la titulación a la acreditación del saber. Por ello está reclamando la información médica constantemente como único saber válido para paliar su angustia.

Sin embargo los pacientes con un nivel educacional medio / alto, con experiencias previas hospitalarias, si distinguen este saber en la enfermería, conociendo el funcionamiento del equipo hospitalario y saben a que profesional dirigirse en cada momento.

“Lo veo muy normal, veo que dentro de esos escalafones desempeña cada uno su función muy bien” (E.12)

Los pacientes que ingresan de urgencia son atendidos rápidamente, identificando un proceso organizado, que en todo momento está controlado,

percibe que está en manos de profesionales, distinguiendo un equipo especializado tanto en UVI como en planta, experto, que actúa en su caso con rapidez, lo que le proporciona la confianza en todos los miembros del equipo.

“Entré y a los 10 minutos estaba ya atendido” “la confianza la da el enfermero que me atendió” (E.10)

La información transmitida es crucial para que el paciente se sienta participe en la toma de decisiones.

“Te explican antes si me quiero operar, que tengo estos riesgos y estos”. ¿CÓMO TE SIENTES?, yo bien, porque sino, tú no puedes decidir, que me tienes que operar, tengo que ser yo el que decida” (E.8).

### *Espacio físico, habitabilidad*

En planta existe siempre una relación asimétrica, un nexo de unión desigual entre sanitario (sea médico o enfermera) y paciente, resultando de interés fomentar las relaciones que se producen en la habitación, ya que por un lado ayuda a romper con el desamparo percibido por el paciente y por otro lado suplen el contacto continuo demandado a las enfermeras, al compararlas con las enfermeras de UVI donde se sienten vigilados constantemente, presencia física continua.

Los compañeros de habitación, la familia, el timbre (presencia vicaria pero constante de la enfermera) operan de distinta manera pero en esta misma dirección.

“Si, si, yo me siento segura, porque nada más que necesito algo, nada más que toco el botón” (E.7)

Entre las demandas de optimización se destaca compatibilidad con los compañeros, higiene, control de visitas, control en el horario del funcionamiento de la televisión, confort para los familiares, instalaciones adecuadas para pasear, sala de biblioteca, mejora en el estado de las habitaciones para que sean más agradables a la vista pero nunca de una habitación individual. Solo aconsejan dos por habitación ya que tres se considera multitud.

“Una habitación para una persona sola, eso puede ser fatal, pero fatal .Pero como estamos tres, que a lo mejor dices: bueno 2” (E.4)

### *Rehabilitación y educación*

Entre el paciente y la enfermera existe un trato cotidiano y continuo que permite crear una relación de confianza que facilita la rehabilitación y también la educación. Aportándole la enfermera las instrucciones precisas para su autocuidado.

La educación por parte de enfermería debe indicarle como identificar y modificar hábitos nocivos para su nuevo estado de salud así como la adquisición de nuevos hábitos saludables y habilidades para su auto cuidado, proporcionándole la seguridad de que hace lo correcto.

“A mi me ha dicho, me ha hablado claramente (la enfermera): lo puedes hacer o no lo puedes hacer. Yo te voy a decir como lo tienes que hacer, luego yo no te voy a estar vigilando. Efectivamente tiene toda la razón del mundo. Yo ahora si lo hago” (I.4).

### *Obstáculo y transformación*

La angustia que conlleva una intervención quirúrgica cardiaca es vivida por el paciente como un proceso que comienza con miedo a la muerte y que se transforma a lo largo de la estancia hospitalaria en la dificultad de asumir su autocuidado.

En el período prequirúrgico, quirófano y UVI existe miedo a la muerte, siendo un sujeto totalmente dependiente “objeto”, su seguridad está en manos del otro.

En el período postquirúrgico en planta debe asumir el autocuidado pasando a ser un sujeto independiente “recuperar su identidad”. Siendo especialmente importante la actuación de enfermería en todo el proceso.

“Yo sabía que me iba a dormir, pero no sabía si iba a despertar” (E.5)

“Cuando iban a lavarme, yo intentaba ayudarlas a ellas, me decían: Tú no hagas nada, que nosotros te lo hacemos. Tú no te muevas que nosotras te movemos. Tú quieto que nosotras nos encargamos de eso” (E.5)

### *Espacios de seguridad*

#### El médico

En UVI el médico forma parte de un equipo, el paciente se apoya en el saber de todos. En planta el paciente percibe una jerarquía en donde el saber médico prima ante todos los espacios de seguridad.

“Es un fenómeno” “sabe más que una enfermera” (E.19)

La información que proporciona al paciente disminuye el miedo y la angustia ante lo que pueda pasar. Asegurándole que está todo controlado, de que se cumple lo previsto.

La información debe ir dirigida a calmar, dar ánimos, explicándole cual es su patología, lo que le permite asumir el diagnóstico y decidir él en consecuencia. Jamás se debe evitar la información en todo el proceso porque la incógnita solo produce más ansiedad y angustia.

El paciente valora la claridad en la comunicación, un código entendible por él/ella, la escucha, el dedicarle un tiempo, explicándole lo que se le va haciendo y por qué, la sinceridad. Con todo esto el paciente identifica un trato personalizado, respetuoso.

En el médico ve a un profesional que no solo posee un saber de conocimientos científicos “médicos”, sino también de relaciones humanas.

Si la información médica es percibida de manera insuficiente, se produce un efecto negativo aumentando el miedo de ponerse en manos del otro.

Es importante que exista una relación de continuidad entre médicos antes del ingreso y al alta (cardiólogo, cirujano, anestesista).

“A mi, una enfermedad mía, me gusta conocerla yo. Mía, la tengo que conocer yo, me gusta saber lo que tengo y si tengo solución ponerla”.

“El médico conmigo no tuvo trato, me da seguridad un trato humano, mira te he hecho esto, esto y esto” (E.10).

“Me da seguridad eso que sé, que el médico me va a ver, a decir si está bien o mal” (E.6).

#### La enfermera

En UVI, la enfermera forma parte de un EQUIPO, donde se reconoce su saber. Sin embargo en planta la enfermera es considerada como una prolongación del saber médico.

“El médico es el que tiene todo controlado, el que te dice lo que tienen que hacer, el que te da el alta, todo...” (E.11).

Solo se le otorga una autonomía del saber cuando está legitimada. En este caso el paciente identifica un saber especializado donde la enfermera está pendiente, reconoce las complicaciones y actúa.

“Están compenetradas todas y cada una tiene marcada su misión, las ves muy profesionales” (E.12)

“Trato humano excelente”, “la gente es muy profesional” “con el cariño que te tratan” (E.4).

Una dotación de enfermería adecuada es importante debido a la inseguridad que se siente al llegar a planta, al no existir una presencia física constante, asociándose a una disminución del control, de vigilancia y de cuidados, puntos que no puede sustituir la familia ni los compañeros de habitación.

“Tienen mucho trabajo, muchos enfermos para la poca gente que hay” (E.6)

La enfermera le ayuda a recuperar su identidad, a asumir el autocuidado rehabilitándole y educándole.

“Saben lo que tienen que hacer, y no tienes que estar encima de ellas”, “me dieron las instrucciones, todas, desde el principio y eso me encantó” (E.4)

La relación de confianza permite una comunicación que se transforma en una terapia, en donde la enfermera le escucha, desahogando la angustia, evitando la soledad y el miedo.

La enfermera le explica lo que se le va a hacer, preparándole para el dolor, otorgándole la seguridad de la atención.

“Los ánimos ayudan porque entras a quirófano más tranquilo” (E.16)

Es importante que la enfermera tenga una relación de continuidad con las enfermeras de los centros de salud al alta, facilitando la atención continuada y disminuyendo el miedo al alta.

### Equipo- UVI

En la dinámica de trabajo se reconoce a un EQUIPO, en el que el papel de enfermería está totalmente legitimado reconociendo a unos profesionales ESPECIALISTAS de UVI y EXPERTOS del corazón, sintiéndose así protegido, en buenas manos y además CONTROLADO, no solo por LA VIGILANCIA CONSTANTE si no por la RAPIDEZ de actuación necesaria ante cualquier situación, urgente o no, trabajando en equipo. Esto hace que considere que la dotación de personal es la adecuada.

Siente una ATENCIÓN PERMANENTE Y CONTINUADA, con una calidad asistencial que consideran excelente y humana no solo por el trato afectivo recibido si no por los cuidados aplicados.

“Te atienden muy bien. Están todo el tiempo pendientes de ti. Ahí si que no te dejan ni un momento.” (E.11)

“Pues esas, todavía más especializadas porque son de cardiología. Yo me fije cuando estuve en la UVI, me fijé que había enfermeras de dos o tres ramas de UVI y las de abajo, efectivamente, eran de cardiología.” (E.12)

Sin embargo este paradigma de seguridad se rompe por los siguientes motivos:

El paciente percibe la UVI como un espacio frío, inhóspito, como una nave, en la que además la necesidad de intimidad y comunicación no queda totalmente satisfecha provocando ANSIEDAD Y MIEDO pues aunque la cirugía la ha superado todavía no está recuperado mientras siga en la UVI, el peligro está latente, lo que le sucede al otro también podría sucederle a él. Percibe que está en buenas manos pues ante el empeoramiento del otro presencia la rapidez de actuación del equipo, pero él sigue en la UVI y el miedo permanece.

Además se siente solo, aislado, en un espacio donde las posibilidades de comunicación son reducidas, la posibilidad de desplazarse no existe, la familia no está presente.

“No hablaba ni nada, ahí, nada más que ahí, unas veces con los ojitos cerrados, otras veces con los ojitos abiertos...” (E.7)

No por ello demanda más presencia familiar porque quiere evitar el sufrimiento de los suyos, acepta por lo tanto el protocolo de visitas.

### La familia

Su presencia y cariño les da mucha tranquilidad y les ayuda en su recuperación.

“¿Qué es lo que te da la compañía de la familia? “Mucha tranquilidad. Mucha tranquilidad” (E.1)

Cuando comienzan a despertar de la anestesia en la UVI, poder ver a su familia y reencontrarse con alguien conocido, les hace darse cuenta de dónde se encuentran. Les centra y tranquiliza con su presencia. Esto les fortalece, reduciendo así la sensación de soledad.

“... a las 19h de la tarde me empecé a despertar. Lo primero que vi fue a mi hijo y a mi mujer en la UVI, ya en la UVI. Y una sensación...” (E.14)

A su llegada a planta, los pacientes se sienten más a gusto al poder estar en contacto con los suyos. La familia suple aquí la falta de la presencia constante de la enfermera. Ahora ellos tienen que ir tomando el control de su cuerpo, y la familia ayuda a superar las limitaciones del paciente, no de la enfermería, prestándole asistencia en tareas que él no puede realizar de momento solo. Es su gran apoyo junto con el compañero de habitación.

” Te evitas movimientos, te evitan movimientos. Te duele un montón levantarte de la cama y te ayudan, o tienes que ir al baño y te llevan. Ese es el tema” (E.17)

“¿Seguro?, cuando está mi señora a mi lado y mis hijos” (E.8)

### El compañero de habitación

Su entrada en una habitación en la cual se encuentra con otro igual hace que se establezca un vínculo entre ambos pacientes con el fin de obtener la máxima información para poder contrastarla con la que el médico previamente le ha facilitado y proporcionándole datos sobre los profesionales que le van a intervenir. Viendo en él los resultados de la operación, visualizando su futuro más positivamente.

“Los compañeros de habitación te informan de cómo es la operación, no desde el punto de vista profesional, sino desde otro punto de vista” (E.9)

Los compañeros de habitación, se conforman como el ideal panóptico de vigilancia constante, ayudándole a romper con el desamparo percibido por el paciente y permitiéndole además establecer entre ellos un vínculo de lo social. Entre ellos se van a controlar, dar la voz de alarma si ocurriese algo, se pueden echar una mano entre ambos y mitigando el contacto continuo demandado a las enfermeras.

“Nos ayudamos, colaboramos unos con otros” (E.5)

“Gracias a mi, la atendieron un poco mejor a ella, no podía llamar al timbre” (E.10)

Por ello, la mayoría demandan habitaciones compartidas de dos personas. A la hora de elegir compañero, valoran y destacan que sean compatibles, en edad, características de enfermedad. Esa compatibilidad les permite tener más puntos en común y facilitarles la distracción, el ocio, temas de conversación, puntos de afinidad.

“IMAGINATE EN HABITACIÓN INDIVIDUAL”, “Te lo pasas más aburrido porque no tienes con quién hablar como no sea con la familia. De la otra manera parece que es más ameno. Yo por un lado, la habitación así, yo la veo bien, porque aparte que ayudas unos a otros, que si pasa cualquier cosa y tú no puedes avisar a las enfermeras, pues está el compañero que las puede avisar” (E.5).

### Necesidades para sentirse seguro

El ser intervenido en una institución con un reconocido prestigio social aumenta su confianza de ponerse en manos del otro.

Varios pacientes dieron valor especial a la institución pública frente a la privada, eligiendo la primera porque consideran, que en nuestro país, en la privada predomina la comodidad y disminuye la eficacia.

El tiempo de espera para el ingreso debe ser el mínimo posible ya que el miedo a que se agrave la enfermedad antes de la cirugía le provoca un gran sufrimiento y angustia.

Una vez dentro de la Institución el paciente busca ayuda en su grupo de referencia “EQUIPO SANITARIO”, sintiéndose protegido porque en ellos identifica profesionales expertos, sabios, con capacidad de respuesta, rápida, eficaz y bien organizada.

La información, la comunicación, la educación y la rehabilitación son especialmente necesarias para que el paciente se sienta seguro en todo momento.

No hay que restarle importancia a las creencias religiosas de los pacientes porque buscan su seguridad prioritariamente en ellas.

## • **DISCUSIÓN:**

### • **Limitaciones del estudio**

• Para tener una visión completa del fenómeno de la seguridad, sería conveniente recoger la visión tanto de los familiares de estos pacientes como de los profesionales que tanto en la UCI como en la Unidad de Hospitalización tienen relación con ellos. Esto nos permitiría triangular los discursos y tener los puntos de vista recogidos para dar una explicación completa del fenómeno. Debido a la limitación del tiempo en toda investigación esto deberá realizarse en estudios posteriores.

• Puede ser que haya habido alguna limitación porque las entrevistas se realizaban en el medio hospitalario por el estado de salud de los pacientes, todavía delicados. Algunos pacientes no participaron por influencia de los familiares, quienes opinaban que estaban muy delicados para recordar la experiencia vivida, miedo a que las emociones durante la entrevista les hiciera empeorar. Otros desconfían porque piensan que los profesionales sanitarios podían tomar represalias si no nos gustaba lo que nos contaban.

#### Lo que ya se sabe

- El objetivo principal de la OMS es crear una cultura de seguridad del paciente en los sistemas sanitarios.
- El paciente operado por CEC, sufre un gran impacto físico y emocional afectando al patrón de seguridad.
- En la literatura no hay evidencia escrita de cómo el paciente percibe la seguridad cuando va a ser intervenido por CEC.

#### Lo que añade el estudio

- Información, comunicación, educación, rehabilitación, son imprescindibles para alcanzar la seguridad. Todas estas actividades dependen directamente de la profesionalidad de las personas que atienden directamente a estos pacientes.
- Legitimar el saber de la enfermería en planta es fundamental para la seguridad del paciente.
- El entorno físico influye en la seguridad, y por lo tanto en la recuperación de la salud.
- El paciente necesita apoyo psicológico desde el preoperatorio.
- El paciente necesita que la enfermería le proporcione una continuidad de los cuidados en los distintos niveles asistenciales.
- El paciente asocia el saber de los profesionales con la seguridad.
- La familia y el compañero de habitación son soporte imprescindible para la seguridad.
- La familia y el compañero de habitación son soporte imprescindible para la seguridad

#### Implicación a la práctica clínica

- En los protocolos de cuidados existentes debe incluirse la seguridad del paciente de forma reglada a través de Educación para la Salud.
- La creación de una unidad de enfermería en el hospital que actúe durante todo el proceso quirúrgico proporcionaría al paciente las estrategias de afrontamiento ante el impacto que supone la cirugía.
- El mantenimiento de habitaciones dobles en los hospitales de nuestro país, supone un soporte para la seguridad de éste tipo de pacientes y además una disminución de costes.

## Discusión de los resultados

Como es conocido en UVI hay problemas de autonomía del paciente para su propio autocuidado donde enfermería aplica un **sistema de suplencia total** de cuidados (Ortega VMC 2001) o un **sistema compensatorio total** de cuidados cuando el paciente no puede participar en su propio autocuidado (Orem DE.1993) garantizando con ello la percepción de seguridad.

Destaca en ésta fase un terror importante a la muerte por la cirugía que se traduce en una angustia que persiste tras la salida del quirófano y que será lo que marca el comportamiento en planta. Aquí el paciente debe recuperar su espacio, donde la enfermería para facilitararlo debe seguir un **sistema parcialmente compensatorio** (Orem DE.1993). Estos datos son similares a los sentimientos de cualquier paciente que se somete a cirugía.

Hay que reforzar la seguridad en los enfermos sin experiencias previas hospitalarias y/o nivel educacional bajo y/o sin soporte, siendo importante que visualicen un control y una organización de la atención, en definitiva, la idea de que existe un equipo, no solo en UVI sino también en planta. Reconociendo a cada miembro del equipo, en donde cada uno tiene una función autónoma pero que todos unidos llevan a alcanzar la calidad asistencial. Para conseguirlo es necesario **legitimar el saber de la enfermería** en planta.

**Información, comunicación, educación y rehabilitación** son imprescindibles para la seguridad del paciente, disminuyendo la ansiedad, la angustia y el miedo percibido (Rodríguez M et al. 2008). Se considera necesario que estas funciones se realicen de una forma reglada, protocolizada; a través de la **Educación para la Salud** mediante charlas, talleres, etc., y no solo durante la actividad diaria. Realizar una entrevista previa, así como un cuestionario a través del cual se reconozca el perfil del enfermo, valorando las necesidades de los pacientes según el modelo de enfermería vigente en el Hospital, reconociendo por lo tanto en que puntos está afectada su seguridad. Según algunos estudios de enfermería el ratio enfermera-paciente no está proporcionado. Esto es también percibido por el paciente afectando a su seguridad ya que relaciona su seguridad con la atención inmediata y rapidez de actuación (Grantcharov et al. 2001, Maillard et al. 2005, Barach et al. 2000). Haciéndose ineludible que **la dotación de personal sea adecuada**. Por todo esto se propone **crear una unidad de enfermería** que pudiera actuar durante todo el proceso quirúrgico.

Es necesario **mejorar el espacio físico en la UVI:** crear boxes que dispongan de ventanales, permitiendo la entrada de luz natural facilitando el contacto con el exterior; percibiendo la vigilancia constante del equipo, pero que se pudiera convertir en un box independiente y/o aislado cuando sea necesario, evitando la contaminación acústica, favoreciendo la intimidad y facilitando la posibilidad de ampliar las visitas familiares.

La disponibilidad de hilo musical y de una pantalla de televisión individual disminuye la percepción de soledad y de aislamiento.

Proponemos la instalación de timbres accesibles para los pacientes como elemento generador de seguridad. Aplicar estrategias de afrontamiento personalizadas (músicoterapia, técnicas de relajación, etc.) para disminuir la ansiedad, stress, etc.

Es imprescindible la cumplimentación y entrega al paciente de un informe de enfermería al alta para la **continuidad de los cuidados** en coordinación con otros niveles asistenciales. Lo ideal sería la instauración de un sistema informático sanitario centralizado. Así el enfermo se siente más seguro y protegido, prolongando la conexión con el equipo sanitario y relación de ayuda.

**Proporcionar apoyo psicológico** integrando en el equipo multidisciplinar hospitalario la figura indispensable de un psicólogo.

Algunos autores han dado mucha importancia a la formación del personal para evitar errores, el trabajo en equipo, la comunicación entre los miembros, capacidad en priorizar, un alto nivel formativo. Esto se complementa con la percepción que el paciente tiene para mejorar su seguridad en el hospital:

Fomentar y facilitar **la formación continuada de los distintos profesionales** del equipo, tanto formación científica como humanística (Maillard et al. 2005, Lin et al. 2007).

Las nuevas políticas sanitarias van dirigidas a diseñar habitaciones individuales (prima la individualidad), el paciente también solicita habitación individual antes del ingreso, sin embargo hay un cambio de actitud durante la vivencia hospitalaria prefiriendo que las **habitaciones sean dobles** por lo importante que es para los pacientes el compañero como soporte de vigilancia, información, comunicación, apoyo y ayuda. Solo se recomienda la habitación individual para los pacientes en fase terminal o en condiciones en las que es imposible la convivencia. Esto supone una disminución en costes.

Crear un **entorno físico más seguro**: temperatura adecuada, iluminación correcta, humedad apropiada, colocación ordenada del mobiliario y objetos, de aspecto agradable a la vista, limpieza, dispositivos de prevención de accidentes, buen funcionamiento de las instalaciones. Se cree conveniente elaborar un protocolo de normas básicas de convivencia que se respeten en el proceso de hospitalización tanto por los pacientes como por los familiares. El paciente nos transmite que el espacio físico afecta en cierta manera a la recuperación de la salud (Lin et al. 2007).

Para impulsar y fomentar la progresiva recuperación de su identidad como sujeto independiente es necesario la creación de **espacios socializadores** (lectura, ordenador, televisión, música, juegos recreativos,...) y donde se puedan realizar los talleres de Educación para la Salud.

### Conclusión

Para reforzar la seguridad en UVI hay que aplicar un sistema de compensación total en cambio cuando nos referimos a las plantas, es apropiado un sistema parcialmente compensatorio legitimando el saber de enfermería. Utilizar la información, comunicación, educación, rehabilitación como elementos clave por parte de enfermería a través de educación para la salud. Aconsejamos la creación de una unidad de enfermería, generando un entorno más seguro, favoreciendo la mejora de la calidad asistencial.

### Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a los/as informantes por su participación voluntaria en este proyecto, a la Unidad de Bioestadística Clínica, Unidad de Investigación de Enfermería, a la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital, al jefe del servicio, así como a las supervisoras, personal de enfermería y médico de las distintas unidades.

### Financiación

El proyecto fue financiado por la Fundación de Investigación Biomédica del Hospital. Expediente nº 2088-22.

### Conflicto de intereses

Ningún conflicto de intereses ha sido declarado por los autores.

### Contribución de los autores

LM es la investigadora principal. ET, JS, CM, ACH, BO, SP, CZ y AC son los investigadores colaboradores. LM, CM, CZ, EB fueron responsables de la concepción y diseño del estudio. LM, CM, SP, CZ, JS, EB, hicieron la recogida de datos. LM, EB, BO, ACH hicieron el análisis de datos. LM, EB, CM y AC fueron responsables de la redacción del manuscrito. LM, EB, JS, ACH, BO hicieron revisiones críticas. AC prestó asesoramiento metodológico y ayudó a aumentar el rigor del estudio. LM, CM, CZ obtuvieron financiación. LM proporciona apoyo administrativo, técnico o material.

### Referencias bibliográficas

1. Gomar C, Pomar JL, Mata MT. Fisiopatología y Técnicas de Circulación Extracorpórea. Barcelona 2003: 227-237.
2. Seifert P. Cardiac Surgery. Perioperative patient care. Mosby ed. Evaluating outcome achievement. 2ª edición. USA; 2002. p.173-185.
3. Declaración de la Organización Médica Colegial de España. [citado 17 Oct.2007]. Disponible en: URL: [http://www.cgcom.org/notas\\_prensa/2005/05\\_04\\_11\\_cpm.htm](http://www.cgcom.org/notas_prensa/2005/05_04_11_cpm.htm)
4. Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre Calidad, atención y Seguridad del Paciente. [citado 20 Oct. 2007]. Disponible en: URL: <http://www.who.int>
5. Ortega VMC. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería cardiológica 2001; 9 ( 1-4 ): 18-23
6. Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Masson Salvat Enfermería. Barcelona 1993.
7. Rodríguez M, Péculo JA, González F, Rodríguez HJ, Martínez JE, García JA. Aportaciones de los profesionales de urgencias y emergencias extrahospitalarias sobre la seguridad de los pacientes asistidos. XII encuentro internacional de investigación en enfermería; 12-23 oct 2008; Córdoba, España.
8. Grantcharov TP, Bardram L, Funch-Jensen P, Rosenberg J. Laparoscopic performance after one night on call in a surgical department: prospective study. BMJ 2001; 323: 1222-1223.

9. Maillard N, Stirling S, Lilford R. Patient Safety: An unsystematic review and bibliography. Department of Public Health and Epidemiology. University of Birmingham 2005
10. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps lessons from non-medical near miss reporting systems: BMJ 2000; 320: 759-763.
11. Lin L, Liang BA. Addressing the Nursing Work Environment to Promote Patient Safety. Nursing Forum 2007 January-March; 42 (1):20-30.



# CURSO DE CIRUGÍA MENOR Y SUTURAS QUIRÚRGICAS - SEECIR

## OTOÑO - 2016 - MADRID

### DÍA PRIMERO

9 h a 14 y 30 h - 16h a 18 y 30h

#### Taller de anestesia enfocado a la reparación de heridas y suturas quirúrgicas

- Los anestésicos locales.- Tipos de anestesia local : tópica - Anestesia perilesional
- Anestesia troncular distal de dedos de las manos y pies
- Heridas en la cara: anestesia troncular: n. Supraorbitario, n. SupratrocLEAR, n. Infraorbitario. N. mentoniano
- Heridas en pabellón auricular. Bloqueo troncular de la oreja.
- Bloqueo del tobillo y pie
- Accidentes anestésicos - Prevención y tratamiento

#### Heridas agudas

- Heridas agudas : Enfoque actual en la actuación urgente (*Documento de la Conferencia Internacional de consenso sobre Heridas, Francia 2009*)
- Mordedura animal y humana

#### Taller práctico sobre heridas

- Estudio, valoración y propuestas terapéuticas de casos reales
- Debate y puesta en común

### DÍA SEGUNDO

9 h a 14 y 30 h - 16h a 18 y 30h

#### Taller avanzado de suturas quirúrgicas

- Principios básicos de la sutura quirúrgica
- Materiales. Tipos de suturas y agujas
- Anudado quirúrgico manual e instrumental
- Adhesivo tisular. La autosutura mecánica
- Técnicas de "Suturas discontinuas"
- Técnicas de "Suturas continuas" .
- El cierre por planos .- La sutura intradérmica.
- Hemostasia. Ligadura de vasos
- Colgajos cutáneos :
- Limberg - Z-plastia - Colgajos de avance - Colgajo AT
- Evaluación



## PRECIOS DE INSCRIPCIÓN

**Socios SEECir**

**60 €**

**No Socios SEECir**

**100 €**

**Plazas Limitadas: 30 Asistentes**  
**Inscripción Disponible Próximamente en:**  
**[www.seecir.es](http://www.seecir.es)**

## “RELACIÓN DE AYUDA EN EL PREOPERATORIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”

Vázquez Martos, Sonia Sara\*; Ignacio Sorli, Sheila\*\*; Ignacio Sorli, Sara\*\*\*; Gómez González, Nuria\*\*\*\*. \*Diplomada en Enfermería. Postgrado en Enfermería Quirúrgica. Máster en Enfermería Psiquiátrica. Máster en Enfermería Atención Primaria. Lugar de trabajo: Atención Primaria SAP: Bagès-Berguedà-Solsonès. ICS. \*\*Diplomada en Enfermería. Máster en Enfermería Atención Primaria. Lugar de trabajo: Hospital Universitario Vall d’Hebron. ICS. \*\*\*Diplomada en Enfermería .Postgrado en Metodología de la Educación Sanitaria. Máster en Programación Neuro-Lingüística. Máster en Enfermería Psiquiátrica. Lugar de trabajo: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. ICS. . \*\*\*\*Diplomada en Enfermería. Máster en Farmacoterapia en Enfermería. Lugar de trabajo: Hospital Universitario Vall d’Hebron. ICS

[sonia.sara@gmail.com](mailto:sonia.sara@gmail.com)

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo pretende realizar una revisión de la evidencia científica actual sobre la relación de ayuda en enfermería durante la fase preoperatoria. Examinar la literatura publicada; el conocimiento enfermero existente; y la búsqueda del rol propio de Enfermería.

La metodología utilizada es una extensa estrategia de búsqueda en diferentes bases de datos, a las que se accede son: Medline, Pubmed,, Cochrane Library Plus, Cuiden, Scielo, y las plataformas electrónicas Elsevier, y ProQuest.

Criterios de inclusión y exclusión: Solo evidencias publicadas desde el año 2000, sin importar el idioma de salida, priorizando aquellos trabajos con participación enfermera.

### PALABRAS CLAVE:

Ansiedad, Empatía, Enfermería, Preoperatorio, Relación de Ayuda.

### METODOLOGIA

#### INTRODUCCIÓN:

Henderson plantea que el proceso de cuidado de enfermería no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el paciente; es necesario que se establezca una relación significativa en la que la enfermera debe adoptar actitudes de respeto: comprensión, empatía, autenticidad y consideración positiva.<sup>1</sup>

De tal forma que la definición de cuidar en enfermería holística es<sup>2</sup>:

*“Una Filosofía de la práctica de Enfermería que toma en cuenta el cuidado total del paciente, considerando las necesidades físicas, emocionales, sociales, económicas y espirituales de los Pacientes, la respuesta a sus enfermedades y el efecto de la*

*Enfermedad sobre las habilidades del paciente para enfrentarse a sus necesidades de cuidado de si mismo”.*

La relación de ayuda en enfermería consiste en establecer mediante recursos materiales, técnicos y relacionales, una relación terapéutica con el ayudado para que afronte los problemas lo más sanamente posible, creciendo en todo momento. En la Enfermería, la Relación de ayuda no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. La hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga.<sup>3,4</sup>

Para Rogers, la Relación de ayuda requiere unas actitudes para que se establezca: empatía, autenticidad y la aceptación incondicional.<sup>5</sup>

La empatía, actitud que propone Rogers, consiste en introducirnos en el mundo del hombre. "Es la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta la otra persona y comunicar esta percepción con un lenguaje acomodado a los sentimientos del ayudado".<sup>6</sup>

Para llegar a dicha empatía es necesario comenzar por identificarnos con la persona, con sus sentimientos y emociones, a través de la comunicación.<sup>4</sup>

### OBJETIVOS:

- Comprobar el rol propio de enfermería y la importancia de la relación de ayuda durante el proceso preoperatorio.

- Comprobar las habilidades necesarias del profesional de enfermería para aplicar durante el proceso preoperatorio la relación de ayuda.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Para poder evaluar la investigación publicada sobre relación de ayuda en el preoperatorio y el rol propio de Enfermería, ha sido necesario llevar a cabo una extensa revisión de la literatura publicada hasta la actualidad:

La búsqueda se realizó utilizando las palabras clave en inglés: Anxiety; Empathy; Nursing; Preoperative Period; Aid relationship. En español: Ansiedad; Empatía; Enfermería; Preoperatorio; Relación de ayuda.

La estrategia de búsqueda se limitaba a incluir solamente artículos publicados del año 2000 en adelante.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Enero del 2015. En las diferentes bases de datos los registros obtenidos oscilaron entre 10 y 90 registros tras la combinación de las diferentes palabras clave. Algunos de los artículos encontrados sirvieron de enlace para encontrar en otras bases de datos trabajos completos y actuales.

Las bases de datos a las que se accede son: Medline, Pubmed, Cochrane Library Plus, Cuiden, Scielo, y las plataformas electrónicas Elsevier y ProQuest.

Solo fueron aceptados artículos de relevancia, bajo los siguientes criterios: aquellos que examinaban el fondo de la relación de ayuda en enfermería en el preoperatorio, el conocimiento enfermero existente; y el papel, o la actuación de Enfermería en él. Sin importar el idioma de salida del trabajo publicado, y dando mayor importancia a aquellos con participación exclusiva enfermera. En su mayoría, el material escrito está publicado en inglés. También se han encontrado artículos en español, portugués y francés. Un gran trabajo de traducción ha sido realizado.

Tras la búsqueda, todos los documentos fueron leídos y evaluados, recopilando aportaciones y conclusiones actuales sobre el tema que nos ocupa. De igual forma, se hace referencia en este trabajo a otros estudios más antiguos, por su gran trascendencia en el tema de estudio.

### **RESULTADOS:**

Tras el examen de la literatura, se exponen a continuación aquellos conceptos y conocimientos

publicados en la actualidad, necesarios para entender la relación de ayuda en enfermería y entender la importancia del rol de enfermería:

*Rol enfermería y Concepción de relación de ayuda en enfermería en la fase preoperatoria. Revisión de la evidencia.*

En relación a bibliografía centrada en los cuidados preoperatorios: toda intervención quirúrgica genera grandes dosis de ansiedad, inseguridad y miedo, por lo que el paciente cuando llega al quirófano necesita, como afirma Travelbee, una cálida acogida y una comunicación afectiva basada en la relación de persona a persona, no de profesional a paciente.<sup>7</sup>

Diversos estudios indican que los determinantes de la relación de ayuda son la comunicación y la información relativa al paciente y a su enfermedad, en su percepción de satisfacción<sup>8,9</sup>.

Brunner y Suddar expresan que cualquier técnica quirúrgica va precedida de algún tipo de reacción emocional, sea manifiesta u oculta, normal o anormal.<sup>10</sup>

Proporcionar apoyo emocional e información es fundamental para permitir potenciar la expresión de los sentimientos y de la angustia previa a la intervención quirúrgica, que, a ojos del enfermo, puede ser una amenaza para su vida<sup>11</sup>.

Autores afirman que la mayoría de los pacientes experimentan mayor o menor grado de ansiedad frente a una intervención quirúrgica dependiendo de distintos factores<sup>12</sup> como el sexo, la personalidad, la edad, la experiencia anestésica previa, el tipo de intervención, entre otros, y en estos casos se puede indicar un tratamiento adecuado mediante premedicación farmacológica o técnicas psicológicas como la relación de ayuda en enfermería.

El estudio de Moerman y colaboradores<sup>13</sup> confirma que el hecho de dar información adicional durante el período intraoperatorio ha evitado la incertidumbre y disminuido el miedo y la ansiedad situacional al 100% de los pacientes entrevistados.

Por lo tanto, la valoración del grado de ansiedad es mejor llevarla a cabo antes para poder iniciar el tratamiento y evitar que el paciente experimente una ansiedad importante todo el tiempo que precede a la intervención. Lo habitual es valorar la ansiedad en la visita preoperatoria, generalmente mediante escalas sencillas y en algunos casos mediante tests psicológicos más complejos como el test de STAI, que permite identificar a los pacientes con estados patológicos de ansiedad (el 3-5% de la población) que pueden requerir una consulta psicológica o psiquiátrica<sup>14</sup>.

Según Lancaster<sup>15</sup>, el papel de la enfermera de quirófano es "comunicar, comunicar, comunicar". La educación comienza desde el instante en que el paciente entra por la puerta. A partir de ese momento la enfermera puede comunicar e impartir educación informal simultáneamente. Con la información se pueden aclarar dudas, creencias erróneas, temores a lo desconocido, etc. Al verbalizar sus emociones y dudas respecto al procedimiento, se podrá mejorar la comprensión y minimizar el estrés.

Diferente bibliografía afirma<sup>16, 17, 18</sup>. La educación preoperatoria intensa a familiares disminuye el nivel de ansiedad que generan las intervenciones quirúrgicas y que la preparación psicológica que ofrece la visita preoperatoria tiene gran influencia positiva en el estado anímico del paciente misma que disminuye cuali-cuantitativamente su ansiedad.

El estudio de Scott<sup>19</sup> examinó los efectos de una intervención en relación de ayuda en enfermería en la fase preoperatoria y obtuvieron conclusiones que al proporcionar atención integral, la enfermera perioperatoria puede ayudar al paciente quirúrgico lidiar más fácilmente con el trauma quirúrgico, tener menos dolor, utilizar menos analgesia y experimentar menos complicaciones. Este enfoque ayuda a que el paciente sea dado de alta del centro de atención médica más rápidamente y aumenta su satisfacción con la atención de la salud.

### DISCUSIÓN:

Las diferentes revisiones literarias nos conducen al conocimiento y estudio de evidencia, que demuestran que ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la ansiedad siempre hace acto de presencia en mayor o menor grado, y el rol de la enfermera en la fase preoperatoria es importante para reducir los miedos y la ansiedad. Establecer la relación de ayuda en los cuidados preoperatorios es necesario para ofrecer unos cuidados de calidad y disminuir la ansiedad

### CONCLUSIONES:

Desde Enfermería, para establecer una correcta relación de ayuda con el paciente, debemos saber comunicarnos.

Presentar una serie de actitudes terapéuticas: disponibilidad, aceptación y escucha, y así se podrá crear un adecuado y cómodo clima que pueda llegar a disminuir el estado de ansiedad. Además se debe de poseer una habilidad primordial: actitud empática, que se compone de la escucha activa y la respuesta empática, para así poder establecer una comunicación terapéutica.

La Relación de Ayuda será la herramienta principal de la salud. Somos los responsables de aplicar la Relación de Ayuda este en el lugar que le pertenecería, ya que sea en la fase preoperatoria, intraoperatorio o postoperatorio. De esta forma, podremos prestar un cuidado integral al paciente y llegar a nuestro objetivo de cuidados interactivo paciente/enfermera.

El éxito de la cirugía para el paciente no sólo significa la recuperación de la salud, sino también la recuperación de la salud física, mental y espiritual en su conjunto.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Henderson V. Naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después. Madrid, Interamericana, Mc Graw-Hill. 1994.
2. Agramonte del Sol Alain, Leiva Rodríguez Joel. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2007 Mar 23(1) [acceso 2014 Noviembre 01]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So864-03192007000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192007000100003&lng=es).
3. Bermejo JC, Carabias R. Relación de ayuda y Enfermería. Cantabria: Sal Terrae, 1998.
4. Cardona LM, García ML. La empatía, un sentimiento necesario en la relación Enfermera-Paciente. Desarrollo Científ Enferm 2010; 18(3). [acceso 2014 Octubre 04]. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-120.pdf>
5. Roger CR. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós, 1993.
6. Bermejo JC. Humanizar la salud. Madrid: San Pablo, 1997.
7. Antonio Jesús Ramos Morcillo Index de Enfermería [Index Enferm] 2005; 51:80.
8. Chirveches, E. et al. «Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor». Enferm. Clin. 2006;16 (1): 3-10.
9. Pujiula-Masó, J. et al. «La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial». Enferm. Clin. 2006; 16 (1): 19-26.
10. Brunner L, Suddarth D. Enfermería Médico-Quirúrgica. 8ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1996.
11. Young SJ, Munro FJ. Some patient's pre-operative anxieties in day surgery. J One-Day Surg 1995; 5:21-22.

12. Moerman N, Van Dam F, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam Preoperative Anxiety and resInformation Scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996; 82: 445-451  
[Medline](#)
13. Varela MD, Sanjurjo ML, Blanco FJ. El Lenguaje de los cuidados. *Enfuro*. ISSN 0210-9476, N°.111, 2009, págs..8-10.
14. Spilberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1983
15. Lancaster KA. Patient teaching in ambulatory surgery. *Nurs Clin N AM* 1997; 32(2):417-27.
16. Vargas R, Herrera C. Inducción preoperatoria para pacientes y familiares en caso de cirugía mayor y su relación con la ansiedad. *Revista Enfermería Actual de Costa Rica*, ISSN-e 1409-4568, N° 22, 2012.
17. Alvarez HRP, Jiménez DT. Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. *Horizonte sanitario*. 2008; 7(1): 21-28.
18. Scott, A. Managing anxiety in ICU patients: the role of preoperative information provision. *Nurs.Crit Care*, 9:72-79 (2004).
19. The Importance of a Holistic Approach During the Perioperative Period Selimen, Deniz et al. *AORN Journal* , Volume 93 , Issue 4 , 482 - 490 ( 2011).



**Alterna**<sup>®</sup>  
Confort

**Easiflex**<sup>®</sup>  
Confort



## Gamas de 2 y 3 piezas

### La espiral de la seguridad y el confort

### Las nuevas alternativas terapéuticas de 2 y 3 piezas incorporan:

#### Seguridad comprobada.

- Firme adhesión a la zona periestomal, siendo indoloro en su retirada.
- Muy resistente a la erosión, protegiendo la piel contra la irritación provocada por el efluente.

#### Altamente protector para la piel.

- Mantiene el pH neutro de la piel.
- La alternancia de resinas asegura el buen mantenimiento de la piel a largo plazo.

#### Flexibilidad aumentada

- Mayor confort al paciente.
- Seis nuevas zonas flex, mayor adaptación al movimiento del cuerpo.

#### Gama Alterna<sup>®</sup> Confort 3 piezas



**Alterna<sup>®</sup> Confort 3 piezas:** Nueva gama para: colostomía, ileostomía y urostomía.

Con nuevos adhesivos Swiss Roll Larga Duración, SR Transparente y SR LD Convex extra flexibles.

Alterna<sup>®</sup> Confort 3 piezas, además incorpora: nuevo cliper ¡ahora más fácil!, filtro de mayor eficacia, cierre integrado Hide-Away y bolsas de urostomía multicanal.

#### Gama Easiflex<sup>®</sup> Confort 2 piezas



**Easiflex<sup>®</sup> Confort:** bolsas abiertas, cerradas y pediátricas de 2 piezas con flexibilidad y confort extra.

Consulte con su delegada o delegado de zona la gama Alterna<sup>®</sup> Confort y Easiflex<sup>®</sup> Confort

## “PERCEPCIÓN DE PACIENTES Y PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL PROCESO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA”

Simón García, Lorena\*; Rodríguez Díaz, Lorena\*; Hervás Rosa, Elena\*; Gómez Lázaro, María\*; Reviriego Martín, Laura\*; Crego del Castillo, Carlos\*; Alcaraz González, Susana\*; Antelo Maneiro, Esther\*. \*Enfermera Unidad Reanimación. Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid).

[elesgarcia4@gmail.com](mailto:elesgarcia4@gmail.com)

### **RESUMEN:**

La satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente es un parámetro esencial para evaluar, de manera cualitativa y de primera mano, la calidad de los cuidados asistenciales. En este trabajo se recogen los resultados de un estudio realizado en la unidad de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada que consistió en conocer el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en régimen ambulatorio de Cirugía General y compararlo con el resto de especialidades quirúrgicas.

También se triangularon datos para comparar la percepción que tienen los pacientes con la que tiene el personal de Enfermería acerca del proceso quirúrgico.

Para ello, se pasaron 51 cuestionarios a pacientes de cirugía mayor ambulatoria y 25 a enfermeros entre diciembre de 2015 y enero de 2016. Posteriormente, se hizo un estudio cualicuantitativo retrospectivo con la información recabada. De los resultados destaca que Cirugía General es la segunda especialidad peor valorada por los pacientes mientras que por Enfermería, es la segunda mejor.

Los resultados de este trabajo muestran que la mayoría de los aspectos que los pacientes mejorarían o cambiarían no los puede resolver Enfermería, ya que hacen referencia al tiempo de espera antes de entrar a quirófano o a la falta de información tras la cirugía por parte del médico.

### **PALABRAS CLAVE :**

Cirugía General, Proceso quirúrgico, Cirugía Mayor Ambulatoria, Satisfacción paciente, Percepción de la calidad.

### **INTRODUCCIÓN:**

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha experimentado un crecimiento exponencial a lo largo de los últimos años. Se trata de un régimen quirúrgico en el que la intervención y el alta a domicilio se producen en el mismo día<sup>1, 2</sup>. Esto

supone una gran ventaja tanto para el paciente/usuario como para su familia y/o entorno social más cercano, ya que no tienen que alterar en exceso su día a día al no tener que pernoctar una o más noches. Esta situación genera satisfacción al paciente<sup>3, 4</sup> desde que tiene conocimiento de que debe someterse a una intervención quirúrgica hasta el momento de producirse el alta a domicilio.

Para el hospital la CMA también genera beneficios, ya que al no tener que cursar el ingreso del paciente, no se consumen más recursos de los necesarios y se reducen gastos que de otra manera se generarían con una intervención quirúrgica en régimen de ingreso hospitalario.

Para definir el término “cirugía” diremos que es una palabra compuesta por dos términos de origen griego: cheir (mano) y ergon (obra). El significado etimológico es “obrar con las manos”.

La historia de la cirugía se remonta a los orígenes de la humanidad. Ya en la Prehistoria, el hombre primitivo tuvo que hacer frente a heridas y hemorragias producidas durante cacerías o fabricación de armas elaboradas por él mismo.

En la actualidad, la Cirugía General (CGD) es una disciplina que emplea técnicas como la laparoscopia que permite intervenir lesiones con menos agresividad que la cirugía abierta.

En la unidad multidisciplinar de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), tenemos posibilidad de observar y comparar las distintas especialidades quirúrgicas en función de las intervenciones a las que se someten los pacientes. E, incluso dentro de una especialidad concreta, como la de CGD, podemos comparar cómo una misma patología abordada desde diferente técnica e incluso desde distinta anestesia (regional o general), evoluciona con distintos tiempos de estancia en CMA.

### **OBJETIVOS**

- Comparar la satisfacción del paciente intervenido de CGD en régimen de CMA.

- Comparar la satisfacción<sup>3-6</sup> de los pacientes operados en las diferentes especialidades quirúrgicas de la CMA.
- Conocer la visión del paciente<sup>7</sup> y del personal de Enfermería sobre el proceso quirúrgico.
- Mostrar la variabilidad de calidad<sup>2,5-6,8-9</sup> asistencial percibida en el servicio de Reanimación.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio cualicuantitativo<sup>10</sup> retrospectivo<sup>10</sup> basado en mediciones elaboradas mediante cuestionarios<sup>11</sup> “ad hoc” (**Fig. 1 y Fig. 2**) con valoración tipo Likert para los aspectos cuantitativos (la escala de valoración consistía en opinar “buena”, “regular” o “mala”), y categorización de texto en preguntas abiertas. Los cuestionarios<sup>3,12</sup> fueron recogidos de diciembre de 2015 a enero de 2016 entre el personal de Enfermería y los pacientes dados de alta en la Unidad de Reanimación que fueron intervenidos quirúrgicamente durante el periodo de tiempo mencionado. Los datos recogidos se analizaron, a posteriori, con estadística descriptiva<sup>10</sup>.

Para realizar este trabajo de investigación se contó con la autorización de la Dirección del hospital.

AGRADECIMIENTOS Y SUGERENCIAS

¿De que especialidad de han operado?

Traumatología
Cirugía
Otorrinolaringología
Urología
Ginecología
Otras

¿Qué opinión le merece la cirugía ambulatoria?

Buena	Regular	Mala
-------	---------	------

¿Qué puntuación le daría todo el proceso de cirugía ambulatoria?

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

¿Que aspectos le han gustado y cuales mejoraría?

Sus palabras son de gran importancia para nosotros.  
¡MENCIONARLOS A SU VEZ!

Fig. 1. Cuestionario entregado a pacientes.

ENCUESTA DE VALORACIÓN DE CMA. PERCEPCIÓN DEL TRABAJADOR

Edad:

Tiempo trabajado en Reanimación:

Tiempo trabajado total:

- ¿Qué opinión te merece la cirugía ambulatoria en cada una de las siguientes especialidades?

	BUENA	REGULAR	MALA
TRAUMATOLOGIA			
CIRUGIA			
OTORRINOLARINGOLOGIA			
UROLOGIA			
GINECOLOGIA			

- ¿Qué puntuación le daría a todo el proceso de cirugía ambulatoria?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TRA										
CIR										
ORL										
URO										
GINE										

- ¿Qué aspectos considera que se realizan de forma adecuada y cuáles mejoraría?

Fig. 2. Cuestionario entregado a Enfermería.

**RESULTADOS**

Se revisaron 51 cuestionarios realizados a pacientes intervenidos en el periodo descrito, de los cuales 13 (25.5%) correspondían a la especialidad de CGD. En el personal de Enfermería, se realizaron 25 cuestionarios relacionadas con la opinión que tienen los profesionales (los cuales tienen distintas edades, años trabajados en Reanimación y experiencia profesional) de todas las especialidades de la CMA.

En el parámetro de opinión global, el 98,03% de los pacientes respondió “buena” y el 1,96% “regular”, ningún paciente respondió “mala” acerca del proceso quirúrgico ambulatorio en ninguna especialidad.

El 100% de los pacientes de CGD tuvieron una opinión “buena”, con una puntuación media de 8,85 sobre 10 (**Gráfico 1**). Por parte del personal de Enfermería, la puntuación media de esta misma especialidad fue 6,64 sobre 10 (**Gráfico 2**).

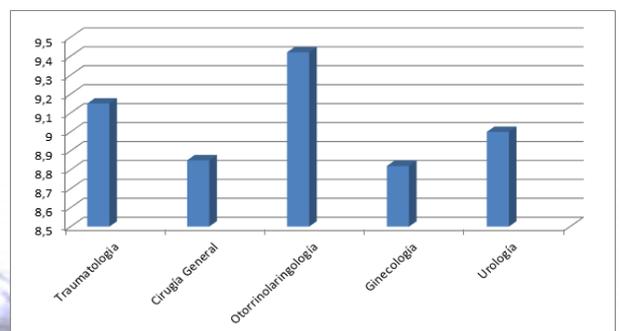


Gráfico 1. Puntuación asignada por los pacientes según especialidad.

La especialidad mejor valorada por los pacientes es Otorrinolaringología y, como se señalaba anteriormente, CGD es la segunda peor.

Los resultados obtenidos de los cuestionarios de Enfermería manifiestan que Traumatología es la mejor especialidad llevada a cabo en régimen quirúrgico ambulatorio, seguido de CGD. La especialidad peor valorada es Urología.

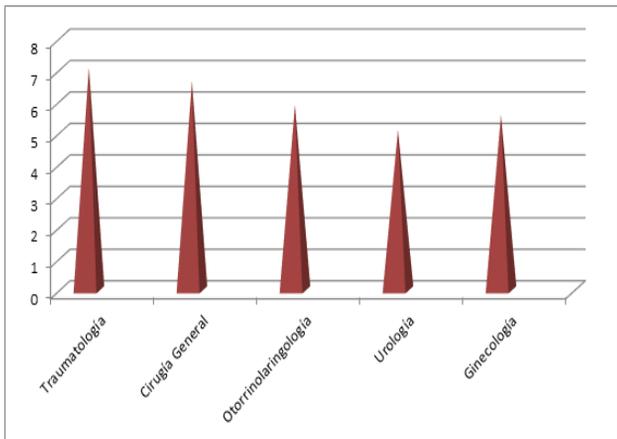


Gráfico 2. Puntuación asignada por Enfermería según especialidad.

Los pacientes reseñan que los cuidados recibidos son el aspecto más positivo. Sin embargo, lo que muchos mejorarían es el tiempo de espera antes de entrar a quirófano ya que lo consideran excesivo. Por otro lado, un número muy elevado de pacientes (29, lo que supone un 58,89%) no tuvieron nada negativo que reseñar en los cuestionarios (Gráfico 3).

En el caso de Enfermería, lo que se percibe es que el aspecto más negativo es la falta de información médica hacia los pacientes y que el aspecto más positivo es el trato recibido, coincidiendo así con lo que piensan los pacientes.

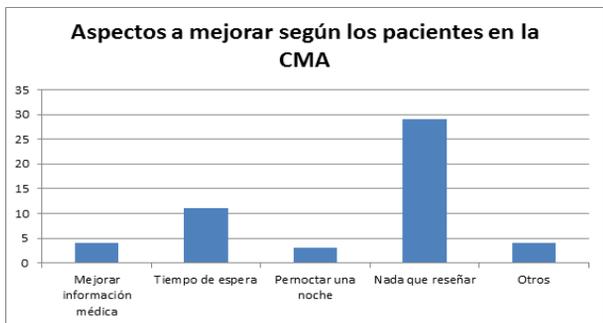


Gráfico 3. Aspectos a mejorar según los pacientes en la CMA.

**CONCLUSIONES:**

CGD es la segunda peor valorada por los pacientes mientras que por el personal es la segunda mejor. Esta circunstancia podría estar relacionada con la necesidad percibida de mejorar la información hacia el paciente.

La visión del paciente acerca del personal de Reanimación es positiva por lo que se deduce una buena calidad asistencial.

La mayoría de los comentarios negativos obtenidos, son sobre aspectos que el personal de Enfermería no puede solucionar dentro de la CMA, como son el tiempo de espera antes de entrar a quirófano o falta de información al paciente por parte del médico de cara al alta.

Dentro de nuestro ámbito enfermero, podríamos mejorar dando una buena información acerca de lo que los pacientes demandan resolviendo sus dudas.

Sería interesante, para futuras investigaciones, aumentar el número de la muestra y comparar la evolución de una misma cirugía en régimen ambulatorio frente al ingreso hospitalario.

**AGRADECIMIENTOS:**

En especial, a todos nuestros compañeros de la unidad de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada y a todos aquellos que trabajan y luchan por la Enfermería y la investigación.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Porrero JL. Cirugía Mayor Ambulatoria: Manual práctico (2ª Ed). Barcelona. Masson: 2002
2. Rodenas, F. Martínez, et al."Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (2010-2012)." Revista de Calidad Asistencial 29.3 (2014): 172-179.
3. García FP et al. Satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria en dos hospitales comarcales. Enfermería clínica. 2002; 12 (5): 201-209
4. Amaya Rodríguez Y, Hernández Torres M, Jardines Ochoa M, INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES. Ingeniería Industrial 2009XXX1-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360433569006>. Fecha de consulta: 5 de mayo de 2016.
5. García A et al. Índices de satisfacción y calidad percibida en una unidad de cirugía mayor ambulatoria de un hospital de tercer nivel. Rev Esp Enferm Dig 2003; 95 (12): 851-856

6. Caldentey M, Mata F, Tomeu TS, Ferretjans MI y Simón J. Encuesta de satisfacción en un hospital de tercer nivel. *Todo Hospital*, 2006 Enero-Febrero.
7. Kobayashi H, Takemura Y, Kanda K. Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25(3): 419-25.
8. Barragán JA, Moreno CM. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enferm. glob*. 2013; 12(1): 217-30.
9. Borré Yeis Miguel, Vega Yolanda. CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Ene 11]; 20(3): 81-94. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So717-95532014000300008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-95532014000300008&lng=es)  
<http://dx.doi.org/10.4067/So717-95532014000300008>
10. Macchi RL. *Introducción a la Estadística en Ciencias de la Salud*. España: Panamericana: 2013.
11. Martín MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; vol. 5 (17): 23-29
12. Fernández, Francisco Pedro García, et al. "Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria". *Enfermería Clínica* 11.4 (2001): 146-154



# 95 años

Marcando  
la Diferencia  
en el Viaje  
de la Vida



Hollister lleva 95 años comprometido con la máxima calidad, en su misión por **ayudar a los profesionales sanitarios a ofrecer mejores productos y servicios y a hacer la vida de nuestros usuarios más digna y gratificante.**

 Hollister

Celebra con nosotros el 95 Aniversario  
contándonos cómo Hollister  
ha **marcado una diferencia en tu vida.**

Puedes enviarlo a: [campus@hollister.com](mailto:campus@hollister.com)

## “UNA CURA UNA EXPERIENCIA”

Martínez Crespo, L.E.; Ruiz Arenas, M.A.; Zarcos Morenos, Y.; López Fuentes, M.L.; García Ramos, A.N. Diplomadas Universitarias en Enfermería, Servicio de Cirugía Digestiva; Hospital 12 de Octubre, Madrid.

[lidia.mtnez@gmail.com](mailto:lidia.mtnez@gmail.com)

### RESUMEN:

Toda herida compleja precisa de unos cuidados basados en nuestra experiencia como profesionales y en la enfermería basada en la evidencia. Pero antes debemos valorar al paciente como ser único, por eso cada cura es una nueva aportación, pone a prueba nuestros conocimientos adquiridos, progresando como profesionales hacia la excelencia.

### PALABRAS CLAVE :

Fascitis Necrotizante, Mupirocina, Gasas De Vaselina, Hidrofibra, Negative Pressure Therapy.

### INTRODUCCIÓN:

La fascitis necrotizante es una infección aguda que afecta progresivamente a la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente a la profunda. Produce necrosis hística y severa toxicidad sistémica. Se presenta con eritema, edema, calor, piel brillante e inflamación, con o sin bullas o ampollas y márgenes mal definidos. La causa, con mayor frecuencia, es por organismos muy virulentos como Streptococos del grupo A, Staphylococcus aureus meticilino resistente adquirido en la comunidad y Clostridium spp. El tratamiento se basa en la actuación quirúrgica inmediata, antibioterapia de amplio espectro y medidas de soporte en la unidad de cuidados críticos.<sup>1,2</sup>

El tratamiento quirúrgico consiste en el desbridamiento que es la eliminación del tejido muerto, dañado o infectado, para mejorar la salubridad del tejido restante. Por lo tanto se produce una herida preparada para iniciar las diversas curas y llegar a su cicatrización.

Para un buen manejo de las heridas se debe tratar las enfermedades subyacentes, controlar el dolor del paciente durante las curas, valorar el estado de la herida regularmente, hacer una buena selección de los apósitos según las pautas nacionales e internacionales, efectuar una buena limpieza de la herida así como la mejor práctica de higiene para evitar las infecciones cruzadas y proteger la piel circundante.

Para conseguir una buena y pronta cicatrización, se debe preparar el lecho de la herida. Falanga describe este proceso con el uso del esquema TIME que consiste en:<sup>3</sup>

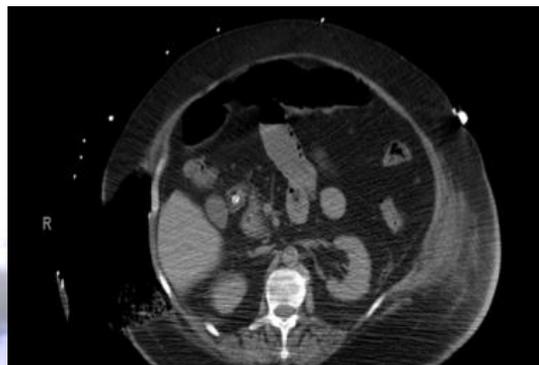
- Control del tejido no viable.
- Control de la inflamación y de la infección.
- Control del exudado.
- Estimulación de los bordes epiteliales.

Dada la complejidad de este tipo de herida y su nivel exudativo, uno de los procedimientos a considerar, es la utilización de la terapia de presión negativa. Consiste en la colocación de un apósito de poliuretano perforado, aplicación de la lámina adhesiva y por último, la colocación del tubo que conecta la herida con el sistema de aspiración del dispositivo, donde se recoge el exudado de la herida. Este sistema ejerce una presión continua o discontinua, según se planifique, para la extracción del exudado y conseguir por tanto un lecho de la herida preparado para su cicatrización, así como la aproximación de bordes. Con este tratamiento se podrá conseguir el cierre primario de la herida.<sup>4</sup>

Se presenta un caso clínico de una mujer de 73 años con antecedentes personales de obesidad, asma moderado, fibrilación auricular, hernia de hiato, artropatía degenerativa y sin alergias medicamentosas conocidas.

Acude al servicio de urgencias por presentar dolor en hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos. No presenta fiebre.

Se realiza una prueba de imagen donde se objetiva un absceso hepático y engrosamiento en sigma no filiado, que podría corresponder con una neoformación.





La paciente padece un deterioro clínico brusco, analítico y hemodinámico que precisa de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, utilización de ventilación mecánica y presentando en las pocas horas de ingreso, región de celulitis y flictena en hipocondrio derecho de aumento progresivo. Se realiza un cultivo del absceso hepático, donde se aísla *Clostridium Septicum*.

Se decide aislamiento de contacto por *Serratia* y *Carbapenemasa* tras exudado inguinal.

Dado el deterioro del estado de la paciente, se decide intervención quirúrgica urgente para desbridamiento de piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis y musculatura de hipocondrio derecho flanco derecho, con integridad del peritoneo.

### **OBJETIVO:**

Conseguir tejido de granulación en la herida tras realizar el desbridamiento quirúrgico, eliminación del exudado y de las placas necróticas con la aplicación de diversas técnicas y/o procedimientos de curas, para finalmente proceder a un cierre primario.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Vigilancia de la evolución para eliminar complicaciones, realizando diversos tratamientos, para conseguir el objetivo.

Revisión bibliográfica de la literatura publicada en las bases de datos CUIDEN, Excelencia Clínica, Cochane, Med-Line, Biblioteca Virtual de Salud en España y Bireme. Se utilizan las palabras clave: fascitis necrotizante, mupirocina, gasas de vaselina, hidrofibra, negative pressure therapy.

Tras realizar la valoración de la paciente nos encontramos con los patrones disfuncionales: percepción-manejo de la salud, nutricional-metabó-

lico, eliminación, actividad-ejercicio, cognitivo-perceptivo, autopercepción-autoconcepto.

Dado que este artículo lo que quiere presentar son los problemas de la herida, nos centramos en el patrón 2: nutricional-metabólico, con diagnóstico NANDA (00044) Deterioro de la integridad tisular. Primero preparamos el lecho de la herida, con el NOC (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas, NIC (3664) cuidado de las heridas: ausencia de cicatrización. Tras producirse el cierre de la herida quirúrgica el NOC será el (1102) Curación de la herida: por primera intención, NIC (3440) Cuidados del sitio de incisión.

### **RESULTADOS:**

El tratamiento que se utilizó, para conseguir un cierre primario de la herida, fue el siguiente: Se valora herida de 18 cm x 8cm de profundidad. Se iniciaron las curas, tras el desbridamiento quirúrgico, con irrigación de solución salina, con posterior colocación de compresas impregnadas con Mupirocina (Bactroban), estas a su vez se cubren con gasas de vaselina (Tulgrasum), para conseguir un ambiente libre de exudado e iniciar tratamiento antibiótico tópico. Se repite esta cura cada 3 días.<sup>5,6,7</sup>



A los 15 días tras el desbridamiento, se observan pequeñas placas necróticas y la piel de alrededor, con flictenas, por lo que se inicia tratamiento con Colagenasa (Irujol), para un desbridamiento enzimático.

Transcurridos 20 días postquirúrgicos, se observa inicio de granulación con esfacelos blandos, se decide iniciar tratamiento con apósitos de hidrofibra (Aquacel Plata), se mantiene este tratamiento durante 7 días.<sup>8</sup>



Posteriormente se decide inicio de terapia de presión negativa, ya que la herida continua siendo exudativa. Se mantiene este tratamiento durante un mes, realizando curas los lunes y los viernes con cambio de esponja y válvula.

Transcurridos en total dos meses desde el desbridamiento, se observa tejido de granulación y reducción del tamaño, por lo que se decide realizar la intervención para el cierre primario de la herida. Se resuelve el indicador (110117) tejido cicatricial con un 5 (ninguno), (110123) necrosis con un 5 (ninguno).



La evolución de la herida es la correcta y se decide el alta de la paciente tras retirada de puntos, con los indicadores: (110201) aproximación cutánea: 5 (extenso), (110203) secreción serosa de la herida: 5 (ninguno), (110210) aumento de la temperatura cutánea: 5 (ninguno), (110213) aproximación de los bordes de la herida: 5 (extenso), (110214) formación de cicatriz : 4 (sustancial).



**CONCLUSIÓN:**

La cura de la herida es un método de tratamiento basado en la aplicación de materiales y sustancias en la misma, para conseguir, con la mayor eficiencia, la cicatrización. Para llegar a este objetivo, el personal de enfermería, debe valorar el estado del paciente en su conjunto con un seguimiento estricto. La técnica y el procedimiento utilizado debe ser en función de su evolución, por ello consideramos imprescindible

la unificación de criterios por parte del personal de enfermería utilizando la observación y la experiencia demostrada. Cada cura es única en su conjunto, por lo que no se puede diversificar este tipo de cuidados.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Alonso M, Buil G, Fuenmayor z A, González Fernández B, Laguna Rodríguez E, Sandino Martín E. Análisis descriptivos de tratamientos tópicos en gangrena de Fournier. *Enfuro* 2011; 120: 18-22.
2. Alsaif MA, Robinson JL. Escherichia coli necrotizing fasciitis Hirschsprung's Disease. *J Ped Surg Case Reports* 2015.
3. López Espinosa, J. A. (2004). Esquema factográfico de primicias médicas cubanas. *Acimed*, 12(5), 1-1.
4. Caro A, Olona C, Jimenez A, Vadillo J, Feliu F, Vicente. Treatment of the open abdomen with topical negative pressure therapy. A retrospective study of 46 cases. *Int Wound J*. 2011 Jun; 8(3):274-9.
5. Chin-Ho Wong, Andrew K, Agnes B, Colin Song. Approach to debridement in necrotizing fasciitis. *Am J Surg* 2008; 196: 19-24.
6. Herrera-Arana V, González-Mendoza J, Iglesias-Quilca D. Actualización en el manejo de antibióticos en las infecciones superficiales de piel y partes blandas. *Acta Med Per* 2003; 23(1): 32-4.
7. Moulin F, Quinet B, Raymond J, Guillet Y, Cohen R. Propositions therapeutiques pour le traitement des infections cutanées bactériennes. *Archives de Pédiatrie* 2008; 15: 562-7.
8. Blome-Eberwein S, Johnson RM, Miller SF, Caruso DM, Jordan MH, Milner S et al. Hydrofiber dressing with silver for the management of split-thickness donor site: a randomized evaluation of two protocols of care. *Burns* 2010; 36: 665-672.



## RESUMEN II JORNADA NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA: HORIZONTES EN CUIDADOS

El pasado viernes 03 de Junio de 2016, la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía (SEECir) celebró en el Salón de Actos Ernest Lluch del Instituto de Salud Carlos III la II Jornada Nacional de Enfermería en Cirugía: Horizontes en Cuidados, con una asistencia de más de 115 inscritos y la presencia de ponentes de gran nivel.

Con el Lema “Horizontes en Cuidados”, contó con un programa destinado a ampliar los horizontes de la práctica enfermera habitual, mostrar los avances basados en la evidencia científica y continuar promoviendo el desarrollo de las competencias de la Enfermería en Cirugía.

La mesa Inaugural se compuso por Fernando Núñez (presidente del comité organizador), Teresa Moreno (Directora de Unidad de Investigación en Cuidados de Salud Investén-isciii), Carmen Gloria Nogueiras (Presidenta de SEECir), Frida Hernández (Presidenta del comité científico).

La Jornada se organizó sobre la estructura de dos mesas de ponencias de distintos ámbitos, una tertulia con expertos y tres mesas de comunicaciones libres.

- La primera mesa “Grandes Documentos Basados en Evidencias” contó con la participación de Carlos Martín Trapero (Hospital Clínico San Carlos, Madrid), quien nos ilustró sobre el papel jugado por la enfermería en el desarrollo de la guía de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA), en la cual ha participado SEECir. Encarna Olavarria Bevide (Hospital Sierrallana, Cantabria) nos narró su experiencia de implantación de Guías de Buenas Prácticas en su centro y Belén Suarez Mier (Hospital Universitario Central de Asturias) nos expuso desde una perspectiva de coordinación nacional el proyecto multicéntrico de Flebitis Zero.
- En la segunda mesa “Perspectiva en Experiencia Investigadora” participaron Beatriz Rodríguez Martín (Universidad de Castilla la Mancha) quien nos mostró como conseguir un proyecto europeo financiado y multicéntrico de envejecimiento activo basado en el Empoderamiento. Ana García Pozo (Presidenta de la Asociación Madrileña de Investigación en Enfermería, ASOMIEN), nos ilustró sobre las dificultades y posibilidades de la investigación para una enfermera asistencial. José Luis Gómez Urquiza (Universidad de Granada) nos guió en el camino que se recorre desde el Investigador Novel hasta la Realización de Estudios con Impacto, apoyándose en su experiencia investigadora.

La tertulia con expertos pretendió crear un debate entre los tertulianos y los asistentes. Miriam del Barrio Linares (Universidad de Navarra) defendió las diferencias y Similitudes entre las Competencias de una Supervisora y las de una Enfermera de Práctica Avanzada, y Ana María Giménez Maroto (Universidad Europea) comparó la Relación entre la Enfermera Especialista del Sistema Nacional de la Salud y la Enfermera de Práctica Avanzada presente en otros países. Terminando el debate con la pregunta: ¿Cuánto puede suponer de ahorro para el sistema nacional de salud una Enfermera de Práctica Avanzada?

La participación de los asistentes durante las mesas de ponencias y comunicaciones libres fue intensa despertando gran interés entre los oyentes, lo que favoreció un espacio de intercambio de conocimiento activo y dinámico.

Los premios otorgados por el comité científico fueron para la comunicación oral “La información puntual nos mejora. Programa de vigilancia al alta CMA”, de la Unidad de Cirugía sin Ingreso de Hospital de Torreveja, y el póster “Test de Disfagia en pacientes con accidente cerebro vascular agudo” del Hospital Universitari Sagrat Cor. El Póster premiado por votación de los asistentes fue “Catéter Central de inserción periférica (PICC): Sustituto de catéter venoso Central Hickman infectado” realizado por enfermeras de la unidad de Hospitalización del H. G.U. Gregorio Marañón.

También contamos con el punto de vista de Familiares y pacientes a través de la presentación del Libro “En el amor y en el Cáncer. El libro de las parejas de los pacientes” que fue presentado por la fundación Más que ideas.

Sin duda, todas las aportaciones enriquecieron la profesión y fomentaron el soporte adecuado a la calidad del ejercicio profesional. Contribuyendo al reto de tener una “Gran vía” de conocimiento.



## “ACTUALIZACIÓN DE CRITERIOS DE ALTA FAST-TRACK EN CIRUGÍA AMBULATORIA”

De la Cruz Martín, Emilio\*; Campo Cecilia, Elena\*; Burguez Bargados, Izaskun\*; Morilla Cofrade, Nieves\*\*; Santos Díaz, Rosa\*; García Granell, Carmen\*; García Hoyos, Concepción\*\*. \*Enfermera Reanimación Hospital Universitario de Fuenlabrada. \*\*Enfermera Hospital de Día Hospital Universitario de Fuenlabrada.

[e-delacruzmartin@hotmail.com](mailto:e-delacruzmartin@hotmail.com)

### RESUMEN:

La Cirugía Ambulatoria es un modelo de asistencia sanitaria caracterizado por el tratamiento quirúrgico multidisciplinario, realizado bajo cualquier tipo de anestesia y que permite al paciente ser dado de alta en el mismo día de la cirugía. El avance en los campos de la cirugía y de la anestesiología con el fin de optimizar la recuperación de los pacientes y la disminución de los tiempos de estancia hospitalaria han llevado a implantar protocolos de actuación Fast-Track en el campo de la cirugía ambulatoria, entendiendo por protocolo Fast-Track el conjunto de actuaciones pre y postoperatorias encaminadas a acelerar la recuperación de los pacientes sometidos a cirugía.

### PALABRAS CLAVE:

Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), Protocolo Fast-Track, Escala de Aldrete Modificada, Escala PADSS (Modified postanesthesia discharge scoring system).

### INTRODUCCIÓN:

El proceso de CMA se encuentra certificado en el Hospital Universitario de Fuenlabrada por el sistema integrado de gestión de la Calidad UNE-EN-ISO 9001 desde el año 2007<sup>1</sup>. Durante los años 2013 y 2014 el porcentaje total de actividad quirúrgica ambulatoria fue del 69% frente al 31% de cirugía con hospitalización<sup>2</sup> (**Fig.1**). Los avances tecnológicos en el campo de la cirugía y la anestesiología y la búsqueda de un mayor confort y bienestar para el paciente, han permitido ir modificando la necesidad de hospitalización de determinados procedimientos quirúrgicos.

En los últimos años el empleo de la mascarilla laríngea y de fármacos anestésicos que se eliminan más rápidamente, como la Prilocaina en las anestésias raquídeas, han contribuido en la mejora de los tiempos de estancia en Reanimación, el uso del ecógrafo ha dado lugar a un creciente empleo de bloqueos del plano transverso abdominal (TAP Blocks)<sup>3</sup> que aportan una mayor calidad en el control del dolor minimizando la incidencia de náuseas y vómitos postanestesia (NVPO) y necesidad de sedación; y la modificación de técnicas y protocolos

de algunas intervenciones como el tratamiento quirúrgico de las hemorroides en cirugía mayor ambulatoria que antes implicaban la hospitalización del paciente.

Actividad quirúrgica

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA	2013	2014
Intervenciones quirúrgicas programadas con hospitalización	3.064	3.084
Intervenciones quirúrgicas ambulatorias programadas, realizadas en quirófano	9.759	10.129
Intervenciones quirúrgicas urgentes con hospitalización	1.490	1.502
Intervenciones quirúrgicas urgentes ambulatorias	235	204
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados fuera de quirófano	7.637	6.723
Intervenciones quirúrgicas suspendidas	851	701
Tiempo disponible de quirófano (horas/mes)	1.473	1.473
Tiempo utilizado de quirófano (horas/mes)	1.096	1.095
Rendimiento quirúrgico (% ocupación quirúrgica)	74,41%	74,33%



Servicio Madrileño de Salud  
CONSEJERÍA DE SANIDAD – COMUNIDAD DE MADRID

**Fig.1** Obtenido de: Memoria del Hospital Universitario de Fuenlabrada 2013-2014.

Todo ello deriva en el importante auge de la cirugía ambulatoria y en el progresivo aumento de procedimientos quirúrgicos ambulatorios sin disminuir la seguridad y la calidad de cuidados del paciente<sup>4</sup>.

Otra novedad es la implantación de los protocolos Fast-Track<sup>5</sup>, ello supone que aquellos pacientes que cumplan ciertos criterios puedan pasar directamente del quirófano a los sillones de la sala de adaptación al medio (SAM) sin pasar por Reanimación (**Fig. 3**), con ello se reduce el tiempo de estancia hospitalario al simplificar y personalizar los criterios de alta en función de la persona, el tipo de intervención y el tipo de anestesia empleada. Dichos criterios son valorados por el personal de enfermería, quien firma y ejecuta la prescripción “alta a domicilio cuando cumple criterios”, basándonos en la Escala de Aldrete Modificada<sup>6</sup> (**Fig.4**).

Recientemente la American Society of Anesthesiologist (A.S.A)<sup>7</sup> ha publicado la Guía de actualización de Criterios de cuidados post-anestésicos basada en la evidencia en ella se incluyen cambios en relación a los criterios de alta a Domicilio que aplica enfermería en la valoración del paciente para el alta en cirugía ambulatoria.

Dichos cambios ahondan en la **no necesidad** para el alta de todos los pacientes de tres criterios, que hasta la fecha eran considerados esenciales en todos los casos: *micción obligatoria antes del alta, tolerancia oral de líquidos antes del alta y necesidad de un tiempo de estancia mínimo.*

La modificación de estas medidas en los protocolos existentes en nuestro hospital así como las mejoras introducidas por la implantación de protocolos Fast-Track supone que un 76% de la cirugía ambulante programada y un 13% de la cirugía urgente ambulante puedan beneficiarse de ellas.

**OBJETIVO:**

Describir la implantación del nuevo protocolo de actuación en criterios al alta Fast-Track en cirugía ambulatoria<sup>8</sup> y de las recomendaciones de la Guía de actualización de Criterios de cuidados post-anestésicos de la American Society of Anesthesiologist (A.S.A), en las unidades de recuperación postanestésica del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

**MATERIAL Y METODO:**

**Protocolo de Anestesia para Cirugía Ambulatoria.**

Atendiendo a la continua evolución de la C.M.A. se hace necesario realizar una selección cuidadosa de los pacientes y procedimientos basándose en criterios quirúrgicos, médicos y socio-familiares<sup>9</sup>. Esto implica que estos criterios, sin ser absolutamente estrictos, deben permitir en cualquier caso proporcionar un adecuado nivel de seguridad al paciente.

**1. Criterios quirúrgicos**

- Procesos quirúrgicos que no estén asociados a un excesivo sangrado (mayor de 200 ml), ni precisen una infusión importante de fluidos, que pudieran producir alteraciones hemodinámicas importantes.
- Procesos con dolor postoperatorio previsible de intensidad leve-moderada, controlable con la administración de analgésicos orales por el paciente en su domicilio.

- Cirugía que no implique colocación de drenajes externos, salvo casos puntuales.
- Cirugía en la que no exista riesgo de compromiso postoperatorio de la vía aérea.

**2. Criterios médicos**

- Pacientes con ASA I, II. (Clasificación del estado físico del paciente (American Society of Anesthesiologist)<sup>10</sup> (**Fig.2**))
- Pacientes con ASA III y IV, siempre que esta permanezca estable en el momento de la intervención y no se altere por la intervención propuesta.
- La edad propiamente dicha no es un criterio útil de selección para cirugía ambulatoria. No obstante la CMA no está indicada en los niños menores de 6 meses con antecedentes de prematuridad por el riesgo de muerte súbita y de apnea postanestésica.
- Los pacientes con obesidad mórbida (Índice de masa corporal >30 %), vía aérea difícil previsible, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), adultos con síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), adictos a drogas, con tratamiento anticoagulante, o con otras complicaciones se valorarán de forma individualizada.
- Los niños con SAOS no son susceptibles de CMA.

ASA 1	Normal. Paciente saludable.
ASA 2	Enfermedad sistémica leve. Limitación no funcional.
ASA 3	Enfermedad sistémica severa. Limitación funcional definida.
ASA 4	Enfermedad sistémica severa que amenaza constantemente a la vida
ASA 5	Paciente moribundo con pocas probabilidades de sobrevivir en 24 horas con o sin cirugía.
ASA E	Cualquier paciente que requiere una cirugía de emergencia.

*Fig. 2. Clasificación del estado físico del paciente (American Society of Anesthesiologist).*

**3. Criterios sociofamiliares**

- Aceptación expresa del paciente a la CMA y a su colaboración en el proceso.
- Capacidad para comprender las indicaciones médicas, el procedimiento y otorgar su consentimiento.
- Condiciones higiénico-sanitarias adecuadas en su lugar de residencia, incluyendo una correcta accesibilidad (ascensor) y teléfono de contacto.

- Disponer de un acompañante durante las primeras 24-48 horas del postoperatorio y de medio de transporte para su traslado en caso necesario.
- Residir a menos de 45 minutos del hospital.

**4. Protocolo de actuación en UNIDADES DE RECUPERACION POSTANESTESICA: Unidad de Reanimación postanestésica (URPA) y Hospital de Día Quirúrgico**

- Recepción del paciente proveniente del quirófano por el personal responsable de enfermería. Supone transmisión oral de información quirúrgica y anestésica relevante.



Unidad de Reanimación. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

- Se realiza la monitorización básica del paciente de acuerdo a las órdenes de tratamiento, aquellos pacientes que cumplan el Protocolo Fast-Track de CMA (puntuación mínima de 12 y ninguno de los parametros con valor menor de 1) (Fig.3), podrán pasar directamente de quirófano a la Sala de Adaptación al medio (S.A.M.) si así lo indica su anestesiólogo.
- Se inicia el registro informático de los datos asistenciales del paciente y el cumplimiento de los órdenes medicas postoperatorias y de los protocolos de enfermería.
- Se vigila por parte del personal de enfermería que el proceso de recuperación postanestésica se lleve a cabo de manera adecuada, manteniendo especial interés en el alivio del dolor y de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO)<sup>11</sup> así como en preservar un entorno lo más relajado y tranquilo posible.

Escala de recuperación rápida de White y Song (Fast-Track CMA)	PUNTOS
<b>NIVEL DE CONCIENCIA</b>	
Consciente y orientado	2
Despierta con una estimulación mínima	1
Solo responde a estimulación táctil	0
<b>ACTIVIDAD FISICA</b>	
Capacidad para mover las cuatro extremidades a requerimiento	2
Cierta debilidad en el movimiento de las extremidades	1
Incapacidad para mover voluntariamente las extremidades	0
<b>ESTABILIDAD HEMODINAMICA</b>	
Presión arterial < 15% de la PAM inicial	2
Presión arterial 15-30% de la PAM inicial	1
Presión arterial < 30% de la PAM inicial	0
<b>ESTABILIDAD RESPIRATORIA</b>	
Capacidad para inspirar aire profundamente	2
Taquipnea, con tos adecuada	1
Disnea con tos débil	0
<b>SATURACION OXIGENO</b>	
Mantenimiento saturación de O <sub>2</sub> > 90 % con aire ambiente	2
Necesidad de administrar oxígeno suplementario (cánulas nasales)	1
Saturación de O <sub>2</sub> < 90% con O <sub>2</sub> suplementario	0
<b>EVALUACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO</b>	
Molestias leves o inexistentes	2
Dolor moderado o intenso controlado con analgésicos endovenosos	1
Dolor intenso persistente	0
<b>SINTOMAS EMETICOS EN EL POSTOPERATORIO</b>	
Náuseas leves o inexistentes, sin vómitos activos	2
Vómitos o náuseas transitorios	1
Náuseas y vómitos moderados o intensos, de manera persistente	0

Fig. 3. Obtenido de: White, PF. Criteria for fast-tracking outpatients after ambulatory surgery. J Clin Anesth. 1999; 11: 78-79.

- Se comunica al responsable médico (anestesiólogo) cualquier efecto o consecuencia indeseable del proceso quirúrgico-anestésico.
- El proceso de despertar o recuperación anestésica inmediata culmina cuando se cumplen determinados criterios físico-psíquicos. La escala que empleamos es la **Escala de Aldrete Modificada (Fig.4)** y nos permite valorar el paso del paciente a la S.A.M.



Sala de Adaptación al medio (S.A.M.) Hospital Universitario de Fuenlabrada.

- En la S.A.M se facilita la presencia constante del familiar o acompañante durante todo el proceso de readaptación al medio. En el caso de niños el acompañante podrá estar también en el área de despertar cuando las condiciones clínicas lo permitan.
- Es especialmente recomendable que el proceso de readaptación al medio se lleve a cabo de manera adecuada, preservando un entorno tranquilo y relajado, en la medida de lo posible.

Escala de Aldrete Modificada (1995)	PUNTOS
<b>ACTIVIDAD</b>	
Capacidad para mover las cuatro extremidades voluntariamente o a requerimiento	2
Capacidad para mover las dos extremidades voluntariamente o a requerimiento	1
Incapacidad para mover las extremidades voluntariamente o a requerimiento	0
<b>RESPIRACIÓN</b>	
Capacidad para respirar aire profundamente y para toser libremente	2
Disnea o respiración limitada	1
Apnea	0
<b>CIRCULACIÓN</b>	
Presión arterial $\pm$ 20% del nivel preanestésico	2
Presión arterial: 20-49% del nivel preanestésico	1
Presión arterial: $\leq$ 50% del nivel preanestésico	0
<b>NIVEL DE CONCIENCIA</b>	
Plenamente consciente	2
Despierta a la llamada	1
Sin respuesta	0
<b>SATURACION DE OXIGENO*</b>	
Mantenimiento saturación de $O_2$ $>$ 92% con aire ambiente	2
Necesidad de administrar $O_2$ para mantener la saturación $>$ 90%	1
Saturación de $O_2$ $<$ 90% incluso con $O_2$ suplementario	0
*En la escala original en vez de saturación figuraba coloración piel	

Fig. 4. Obtenido de: Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. J. Clin Anesth 1995; 7:89-91.

- **No es obligatoria la tolerancia oral líquida** como criterio de alta. Es aconsejable en pacientes diabéticos y se puede ofrecer al resto de pacientes.
- **No es obligatoria la micción** antes del alta en todos los pacientes, no obstante se les instruirá para que en el caso de no poder realizarla de forma espontánea en las siguientes 6-8 horas tras el alta acudan al Servicio de Urgencias del Hospital para valorar la necesidad de sondaje evacuador.
- Sólo será obligatoria en aquellos pacientes y procedimientos de riesgo de retención urinaria.
  - Cirugía pélvica (hernia, rectal, urológica)
  - Historia personal o familiar positiva de retención urinaria (p.ej. paciente con afectación de médula espinal)
  - Anestesia espinal con agentes de acción prolongada.
  - Uso de opioides neuroaxiales.
- Se considera que clínicamente el paciente está en condiciones de ser dado de alta a domicilio cuando cumple los criterios de la Escala PADSS (Modified postanesthesia discharge scoring system)<sup>12</sup> con una puntuación mínima de 9 puntos (**Fig.5**), además de cumplir los criterios sociofamiliares. Dichos criterios son valorados por el personal de enfermería, quien firma y ejecuta la prescripción **“alta a domicilio cuando cumple criterios”**.
- El paciente recibe al alta a domicilio con:
  - Informe de alta quirúrgico correspondiente.
  - Instrucciones postoperatorias (tanto orales como escritas).

○ Teléfono de contacto permanente. En las siguientes 24 horas, el personal responsable de cuidados podrá contactar telefónicamente con el paciente para la valoración del postoperatorio y encuesta de satisfacción.

Modified post-anesthesia discharge scoring system (PADSS)	PUNTOS
<b>CONSTANTES VITALES</b>	
Presión arterial y frecuencia del pulso en un 20% del valor preoperatorio	2
Presión arterial y frecuencia del pulso en un 20%-40% del valor preoperatorio	1
Presión arterial y frecuencia del pulso en un $>$ 40% del valor preoperatorio	0
<b>NIVEL DE ACTIVIDAD</b>	
Marcha constante sin mareos, en consonancia con el nivel preoperatorio	2
Requiere ayuda	1
Incapacidad para caminar	0
<b>NAUSEAS Y VOMITOS</b>	
Mínimo: leve, no requiere tratamiento	2
Moderado: tratamiento eficaz	1
Severo: el tratamiento no es efectivo	0
<b>DOLOR</b>	
VAS=0-3: el paciente tiene un mínimo o ningún dolor antes del alta	2
VAS=4-6: el paciente tiene un dolor moderado	1
VAS=7-10: el paciente tiene dolor severo	0
<b>SANGRADO</b>	
Mínimo: no requiere cambio de apósito	2
Moderado: requiere hasta dos cambios de apósito sin sangrar más	1
Severo: requiere tres o más cambios de apósito y continúa sangrando	0

Fig. 5. Obtenido de: Awad IT, Chung F. Factors affecting recovery and discharge following ambulatory Surgery. Can J Anaesth 2006; 53: 858-72

**CONCLUSIONES:**

El fin último de la anestesia y cirugía ambulatoria es realizar un procedimiento quirúrgico con las mismas garantías de calidad y seguridad que en el enfermo hospitalizado buscando proporcionar un alta temprana, segura y confortable con la menor distorsión posible de su vida familiar.

La implantación del protocolo Fast-Track reduce el tiempo de estancia hospitalario al simplificar y personalizar los criterios de alta en función de la persona, el tipo de intervención y el tipo de anestesia empleada. Dichos criterios son valorados por el personal de enfermería, quien firma y ejecuta la prescripción “alta a domicilio cuando cumple criterios”. Si bien el protocolo ha sido implantado recientemente y no tenemos datos cuantitativos del proceso, subjetivamente hemos observado una gran mejoría en los tiempos de estancia de los pacientes en reanimación desde su implantación.

La utilización de escalas de puntuación para el alta combinados con la valoración del paciente y el tipo de anestesia empleada son esenciales para proporcionar un alta temprana, segura y confortable.

**AGRADECIMIENTOS:**

A todo el personal del servicio de Reanimación y del servicio del Hospital de Día quirúrgico del Hospital sin cuyo trabajo diario no habría salido adelante este artículo.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Proceso de Cirugía Ambulatoria del Hospital Universitario de Fuenlabrada, certificado UNE-EN-ISO 9001. Madrid 2007.
2. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Memoria 2014. [citado 25 Abril 2016]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=url\\_data&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Memoria+2014.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalFuenlabrada&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352894331516&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=url_data&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=Memoria+2014.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalFuenlabrada&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352894331516&ssbinary=true)
3. Bermúdez B., E. Bloqueos de la pared abdominal. Rev Chil Anest, 2011; 40: 230-237
4. Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2008. [citado 25 Abril 2016]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/eco2-2\\_doc.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/eco2-2_doc.htm)
5. White, PF. Criteria for fast-tracking outpatients after ambulatory surgery. J Clin Anesth. 1999; 11: 78-79
6. Aldrete JA. The Post-anesthesia recovery score revisited. J Clin Anesth 1995; 7: 89-91
7. Apfelbaum J, Silverstein J, Chung F, Connis R, Fillmore R, Hunt S, et al. Anesthesiology 2013;118:291-307
8. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Protocolo de anestesia para cirugía ambulatoria. ANR-PT-013 V.02. Madrid 2016.
9. Viñoles, J., Argente, P. Criterios de alta en cirugía ambulatoria Discharge criteria in ambulatory surgery. CIR MAY AMB 2013; 18 (3): 125-132
10. Mak PH, Campbell RC, Irwin MG; American Society of Anesthesiologists. The ASA Physical Status Classification: inter-observer consistency. American Society of Anesthesiologists. Anaesth Intensive Care. 2002 Oct; 30(5):633-40.
11. Chung F, Un V, Su J. Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anaesthesia. Can J Anaesth 1996; 43:1121-7
12. Awad IT, Chung F. Factors affecting recovery and discharge following ambulatory Surgery. Can J Anaesth 2006; 53: 858-72.

## NORMAS DE PRESENTACIÓN

Serán publicados en **SEECir DIGITAL** los trabajos presentados a los **Congresos Nacionales de Enfermería en Cirugía** que hayan sido seleccionados por el comité editorial.

Los autores ceden los derechos de publicación a la revista científica de Enfermería **SEECir DIGITAL** desde el momento del envío voluntario de sus trabajos a la revista.

Serán publicados aquellos trabajos enviados directamente a la dirección editorial de la revista [contacto@seecir.es](mailto:contacto@seecir.es), aceptados por el comité editorial.

### Formato envío artículos:

Word, letra Times New Roman tamaño 10, máximo 5 páginas. Se pueden incluir imágenes gráficos y/o tablas ilustrativas. (Referenciar el orden en el texto) Abstenerse de insertar notas a pie de páginas. *Corrección alfabética y de estilo a cargo de los autores.*

### Estructura de presentación Artículo científico:

#### 1. Título y Autor/res

Título completo del trabajo escrito en forma clara y precisa, seguido de la lista de autores con sus nombres y apellidos completos en el orden en que deberán figurar en la publicación. A cada autor se le especificarán sus títulos académicos y el nombre completo del centro de trabajo si desean referenciarlo. E-mail de contacto del autor principal para publicación.

#### 2. Resumen y palabras clave

Se presentará un resumen con un máximo de 150 palabras. El resumen debe incluir el objetivo del trabajo, los materiales y métodos utilizados, los principales hallazgos/resultados y una aproximación a las conclusiones a las que se ha llegado o plantear una discusión.

Es necesario destacar de tres a seis palabras clave que permitan identificar el tema del artículo.

### 3. Metodología:

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

- **Introducción.** Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el Trabajo presentado.
- **Material y métodos.** En esta sección se incluirán los procedimientos de selección de los recursos utilizados (R. Humanos, R. Materiales). Deben describirse los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle. Los fármacos y productos químicos utilizados, deben ser referenciados incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración. Los procedimientos.
- **Resultados.** Los resultados se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto, en el texto sólo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número total de cuadros y figuras no deberá ser mayor al 50 por ciento del número de páginas del texto.
- **Conclusiones.** Qué se obtiene a la vista de los resultados.
- **Discusión.** En esta sección se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del trabajo y se presentan las conclusiones. Los datos ya presentados en la sección de resultados deben comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros trabajos similares. Deben evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas
- **Agradecimientos.** Los agradecimientos sólo deben aplicarse a aquellas personas que hayan hecho contribuciones sustanciales al trabajo presentado.
- **Referencias bibliográficas** Normas Vancouver o APA, indicadas en el texto.

Para los restantes artículos (procedimientos, experiencias, protocolos, opinión o reflexión) la estructura será más flexible

Las fotografías deben ser originales, formato jpg, e irán referenciadas en el texto y con pie de foto en el caso de ser imprescindible para la comprensión del mismo. SEECir declina cualquier responsabilidad de la no veracidad de la fuente bibliográfica expresada por el autor y en el caso de que estén protegidas por derechos de autor.

Los juicios y opiniones vertidas en los artículos serán de los autores, por lo que la Dirección de SEECir DIGITAL, declina cualquier responsabilidad sobre dicho material.



se



seecir

sociedad española  
de enfermería en cirugía

## **HAZTE SOCIO**

**Disfruta de las ventajas que  
te ofrecemos por ser socio  
por menos de 4€ al mes**

Descuentos en Congresos y Actividades SEECir

Posibilidad de Publicar tu artículo en la Revista “SEECir Digital”

Acceso a Artículos Completos en [www.seecir.es](http://www.seecir.es)

Acceso a Videotecas Completas en [www.seecir.es](http://www.seecir.es)

Acceso a Recursos de Salusplay y Becas en Masters

Descuento de un 50% en los Cursos de FORMALVIZ

[www.seecir.es](http://www.seecir.es)

