

Tema 8

ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA
EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA
EXPLORACIÓN: POSICIONES ANATÓMICAS Y
MATERIALES MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE
UTILIZACIÓN MÁS COMÚN. ATENCIÓN
PRE Y POSTOPERATORIA.

Guión-resumen

- 1. Examen o exploración médica del paciente: examen físico**
- 2. Posiciones anatómicas**
 - 2.1. Posición de decúbito supino
 - 2.2. Posición de decúbito lateral izquierdo y derecho
 - 2.3. Posición de decúbito prono o ventral
 - 2.4. Posiciones especiales
- 3. Materiales médico-quirúrgicos de utilización más común**
 - 3.1. El instrumental
 - 3.2. Instrumental y aparatos de uso general
 - 3.3. Material médico para exploraciones
- 4. Atención pre y postoperatoria**
 - 4.1. Clasificación de la cirugía
 - 4.2. Cuidados preoperatorios
 - 4.3. Cuidados postoperatorios
 - 4.4. Cuidados posteriores

1. Examen o exploración médica del paciente: examen físico

En el examen físico del paciente se realiza un estudio minucioso de los distintos aparatos y estructuras del paciente, no solo de forma visual y manual sino además acompañado de diversos instrumentales que ayudan a establecer un diagnóstico.

El objetivo de la exploración es determinar el estado de salud del paciente y orientar al establecimiento de un diagnóstico.

A menudo es necesario completar esta exploración con pruebas analíticas y/o pruebas especiales (radiografías, E.C.G., T.A.C, etc).

El Auxiliar de enfermería colabora con el médico y el Diplomado Universitario de Enfermería en la preparación de esta actividad para que se realice de la forma más eficaz posible, observando y valorando el estado del paciente y detectando las prioridades asistenciales.

Para ello:

- Se comprueba el estado de la sala o lugar donde se realizará la exploración.
- Se valora si la climatización es la adecuada, si funcionan las luces, si es necesario cualquier tipo de luz auxiliar...
- Revisará si están disponibles los instrumentales necesarios, guantes, sábanas de exploración...
- Comentaré con el paciente el procedimiento que se va a realizar. El objetivo es disminuir su ansiedad y conseguir su colaboración.
- Colocará al paciente en la posición adecuada, respetando su intimidad (con el uso de mamparas, sábanas...) y, garantizando su seguridad en la mesa de exploración.
- Finalizada la exploración, se instala al paciente y se recoge el material y se limpia o repone si fuera necesario.

2. Posiciones anatómicas

- Existen tres posiciones básicas. El resto son variaciones de estas tres, que son posiciones puras.
- Tenemos que distinguir entre posiciones para exploración y para intervención.

Las principales posiciones son:

2.1. Posición de decúbito supino

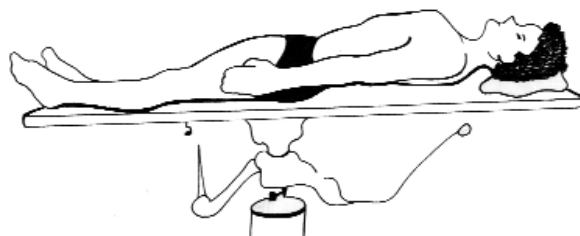
El paciente se apoya sobre su espalda con las piernas juntas y extendidas y los brazos pegados al cuerpo y extendidos. Es la posición más natural del cuerpo en reposo.



Para prevenir úlceras por presión, las rodillas se flexionan ligeramente. Los pies deben permanecer en ángulo recto respecto al cuerpo para evitar la caída del pie o pie equino. Evitar también que los talones apoyen sobre el colchón para evitar ulceraciones. Obtendremos estas medidas con la colocación de almohadas u otros accesorios (botas especiales, rodetes, etc.).

Se emplea en los siguientes casos:

- Es la postura en la que suele permanecer el paciente cuando está en la cama. Dentro de un plan de cambios posturales.
- Exploración de tórax y abdomen.
- En el post-operatorio, sin almohada, ladeando la cabeza, para favorecer la expulsión de secreciones o del vómito y prevenir la broncoaspiración.
- Para el examen de recto, vagina y zona perineal, con las rodillas flexionadas y separadas y los pies apoyados sobre una mesa de exploración con soportes (posición de decúbito supino modificado: Litotomía dorsal).
- En cirugía de cara o/y cuello (posición de decúbito supino modificado: Roser).
- En procedimientos de hombro y anterolaterales.
- Intervenciones de mama, axila, extremidad superior o mano.



POSICIÓN DE DECÚBITO SUPINO

2.2. Posición de decúbito lateral izquierdo y derecho

El paciente descansa sobre un costado, derecho o izquierdo, con la espalda recta alineada con la cabeza y ésta apoyada sobre una almohada. El brazo inferior flexionado con el codo paralelo a la cabeza. El brazo superior flexionado y apoyado sobre el cuerpo, la cama o una almohada para facilitar la expansión torácica y evitar el edema.

La pierna inferior con la rodilla ligeramente flexionada hacia atrás y la pierna superior flexionada a la altura de la cadera y la rodilla.

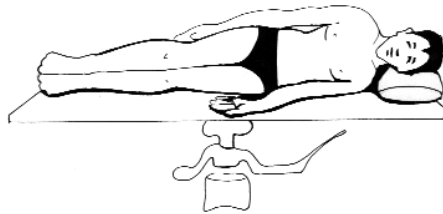
En la posición lateral izquierda, el paciente se encuentra apoyado sobre su costado izquierdo, quedando hacia arriba el lado derecho. En la posición



lateral derecha, el paciente se encuentra sobre el lado derecho con el costado izquierdo hacia arriba.

Se emplea:

- Para alterar las posiciones de la persona encamada (cambios posturales).
- En la higiene y para dar masajes a un paciente encamado.
- En fisioterapia respiratoria.
- Para administrar enemas (decúbito lateral izquierdo).
- En cirugía, para acceder al hemitórax, riñón o zona retroperineal del costado inferior.



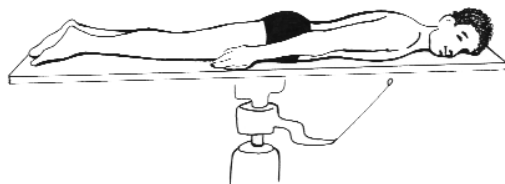
POSICIÓN DE DECÚBITO LATERAL, IZQUIERDO Y DERECHO

2.3. Posición de decúbito prono o ventral

El paciente permanece acostado sobre su abdomen, cabeza ladeada a la izquierda o derecha con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo o flexionados y colocados a ambos lados de la cabeza. Es muy importante proteger las zonas de presión (orejas, cara, tobillos, pies, genitales masculinos y mamas).

Se emplea en:

- Cirugía y paciente post-operados de la zona dorsal.
- Como posición alternativa en cambios posturales. Para masajear y examinar la espalda.



POSICIÓN DE DECÚBITO PRONO O VENTRAL

2.4. Posiciones especiales

Las principales posiciones especiales son:

- Posición de Fowler.
- Posición ginecológica y posición de litotomía dorsal.
- Posición de Sims o semiprona.
- Posición de Trendelenburg.
- Posición de antitrendelenburg, Morestin o Trendelenburg invertida.
- Posición genupectoral.
- Posición de Kraske o Jacknitter.
- Posición de Roser.
- Posición raquídea.

A continuación pasamos a describirlas:

2.4.1. Posición de Fowler

El paciente está semisentado en la cama con la cabecera elevada 45° (ángulo con respecto a los pies). Las rodillas están flexionadas (colocar una almohada o elevar el segmento medio de la cama articulada).

Se emplea:

- Para facilitar las actividades de la vida diaria, tales como comer, leer, etc.
- Cuando el paciente presenta problemas respiratorios o cardíacos, ya que facilita la expansión pulmonar.
- Como cambio postural, exploración de cabeza, ojos, nariz, boca, oídos, cuello y tórax.
- En neurocirugía, donde la cabeza se apoya sobre un soporte. En cirugía de hombro, mama y otorrinolaringología.



POSICIÓN DE FOWLER



2.4.2. Posición ginecológica y posición de litotomía dorsal

La posición ginecológica y la de litotomía dorsal, son variaciones de la posición de decúbito supino.

A) Posición Ginecológica

En la posición ginecológica, el paciente o la paciente permanece en decúbito con las piernas separadas, flexionadas las rodillas y apoyando las plantas de los pies en la cama. Los brazos se sitúan a lo largo del cuerpo.

Se emplea:

- En la cama para el lavado de genitales y para el sondaje vesical de la mujer.
- Para el examen ginecológico en la mujer.

B) Posición de Litotomía Dorsal

En la posición de litotomía dorsal, el paciente o la paciente se sitúa en decúbito supino, con las piernas separadas y flexionadas, las nalgas están a nivel del borde de la camilla ginecológica o mesa quirúrgica (para evitar tensión en los músculos y ligamentos lumbosacros). Los pies se apoyan sobre los estribos o soportes de la mesa ginecológica y los brazos descansan a lo largo del cuerpo.

Se emplea:

- Para el examen ginecológico de la mujer y genito-urinario, en hombres y mujeres.
 - Exámenes vaginales en la mujer.
 - Cistoscopias en hombres y en mujeres.
- En cirugía, para partos, intervenciones ginecológicas, urológicas, rectales, etc.

2.4.3. Posición de Sims o semiprona

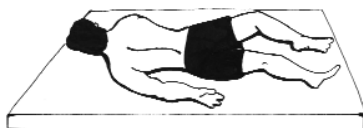
Es intermedia entre las posiciones de decúbito prono y decúbito lateral. El paciente está en decúbito lateral, el brazo inferior extendido por detrás del cuerpo, el brazo superior flexionado por el codo y próximo a la cabeza. La pierna inferior, semiflexionada a nivel de la rodilla y la pierna superior también flexionada pero a la altura de la cadera y rodilla. El cuerpo está ligeramente inclinado hacia adelante.

Se emplea:

- En personas inconscientes, por si se produce el vómito, para evitar así la broncoaspiración (posición lateral de seguridad).
- Como alternativa en un plan de cambios posturales.



- Sims izquierda para el examen endoscópico del conducto anal y rectal, administración de enemas.



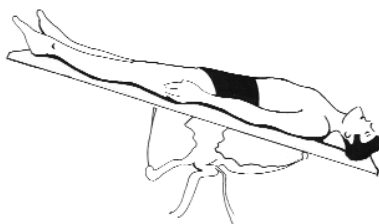
POSICIÓN DE SIMS O SEMIPRONA

2.4.4. Posición de Trendeleburg

El paciente está tumbado en decúbito supino en un plano oblicuo de 45° respecto al suelo. Los pies de la cama están elevados sobre la cabecera, la cabeza y el tronco del paciente están más bajos que sus piernas.

Se emplea:

- En casos de lipotimias, shock hipovolémico, hipotensión arterial severa, en general, en situaciones que requieran asegurar el aporte de sangre al cerebro.
- En cirugía pélvica, ya que esta posición permite una buena exposición del área quirúrgica sin que las vísceras abdominales la tapen.
- Como parte de la fisioterapia respiratoria.



POSICIÓN DE TRENDELEBURG

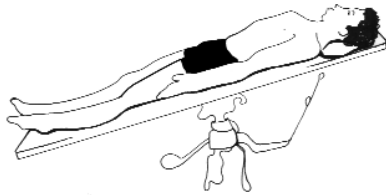
2.4.5. Posición de antitrendeleburg o Morestín o Trendeleburg invertida

El paciente permanece en decúbito supino en un plano inclinado de 45° con respecto al suelo, con la cabeza más elevada que los pies.



Se emplea:

- En pacientes con dificultad respiratoria, problemas de reflujo gastroesofágico, para mejorar el riego a las extremidades inferiores.
- En cirugía de tiroides y otorrinolaringología para disminuir el riego en el área quirúrgica. En operaciones del abdomen superior (vesícula y vías biliares) para que las vísceras no dificulten la exposición del área quirúrgica.



POSICIÓN DE ANTITRENDELEMBURG O MORESTÍN O TRENDELEMBURG INVERTIDA

2.4.6. Posición genupectoral

El paciente está de rodillas, el tronco inclinado hacia delante, el tórax reposa sobre la cama con la cabeza ladeada y apoyada sobre los brazos. Las rodillas se flexionan en ángulo recto. Se emplea en exploraciones rectales.

2.4.7. Posición de Kraske o Jacknrite

El paciente se coloca en decúbito prono con las caderas elevadas con respecto al resto del cuerpo. La cabeza está ladeada y los brazos se colocan sobre soporte con los codos flexionados y las palmas hacia abajo. Se utiliza en cirugía de hemorroides, anal, etc.

2.4.8. Posición de Roser

A) Posición de Roser

El paciente permanece en decúbito con los hombros situados a nivel del borde superior de la cama, dejando colgada la cabeza. Los brazos se extienden a lo largo del cuerpo. Una variante es colocar una almohada bajo los hombros para hiperextender el cuello (Rodillo).

Esta posición está contraindicada en pacientes con lesiones cervicales.

Se emplea:

- En intubación endotraqueal (al alinear la cavidad bucal, laringe y la tráquea), exploraciones faríngeas.



- En el lavado del pelo del paciente encamado.
- Para intervenciones quirúrgicas de ORL, Maxilofacial, Cirugía Plástica y Cirugía general:
 - Realización de traqueotomias.
 - Cirugía nasal, bucal y facial.
 - Cirugía tiroidea...

B) Posición de Proetz

Debemos colocar el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación.

Se emplea para:

- La administración de medicación por fosas nasales.

2.4.9. Posición raquídea

El paciente adulto se coloca en decúbito lateral, situando la espalda alineada al borde de la cama, las rodillas se flexionan y se aproximan al abdomen y el mentón se pega contra el pecho. Se trata así de obtener la máxima separación entre las 3ª, 4ª y 5ª vértebras lumbares.

Es también posición raquídea cuando el paciente se sitúa al borde de la cama e inclina el cuerpo sobre sí mismo, una almohada o una mesilla para obtener la separación intervertebral necesaria.

En los lactantes debemos sujetarlos inmovilizando la cabeza, brazos y piernas del niño sobre su tórax y abdomen de forma que arqueen suficientemente la espalda.

Esta posición se utiliza para punción lumbar a nivel de L3-L4 y de L4-L5.

3. Materiales médico-quirúrgicos de utilización más común

3.1. El instrumental

Se denomina así al material utilizado en las intervenciones quirúrgicas y en las curas.

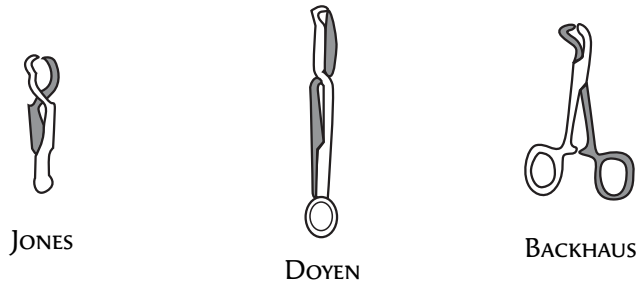
La variedad del instrumental quirúrgico es muy amplia y algunas piezas son comunes a muchas operaciones.

En este apartado mencionaremos los materiales básicos y de uso más frecuente:

- a) **De campo o talla:** están destinados a sujetar los paños de campo quirúrgico. Los más empleados son:

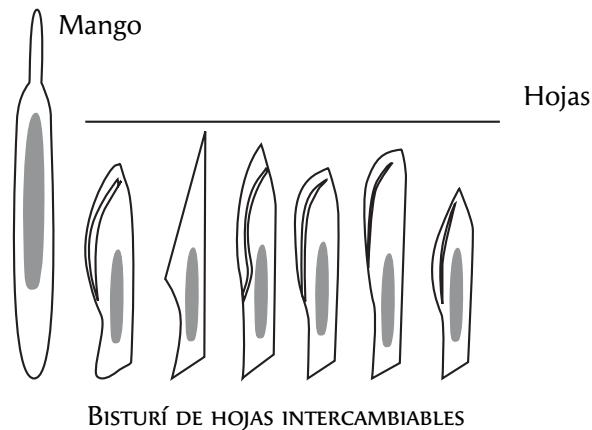


- Pinzas de Jones o cangrejos.
- Pinzas de Doyen.
- Pinzas de Backhaus.

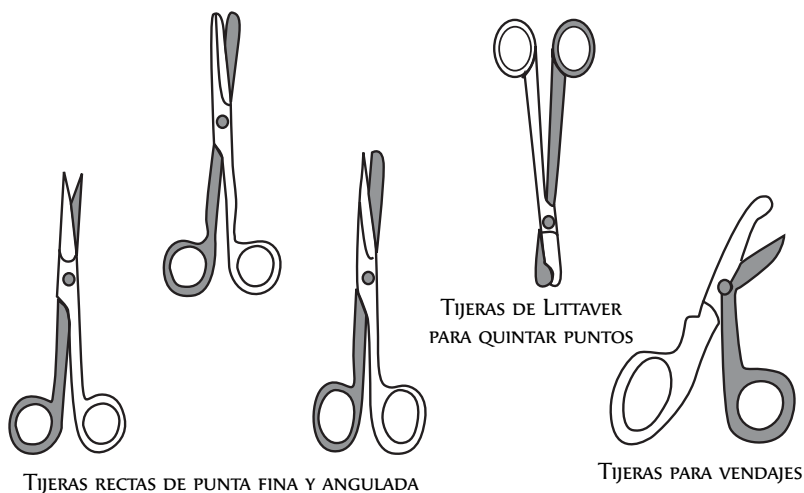


b) **De corte o diéresis:** sirven para dividir o separar tejidos. Entre ellos se encuentran:

- Bisturí: los hay de una sola pieza o de hojas intercambiables con distintas formas y tamaños.
- Bisturí eléctrico: es un aparato que se utiliza en el quirófano y que puede cortar y realizar hemostasia por electrocoagulación.
- Bisturí frío: son los desechables.

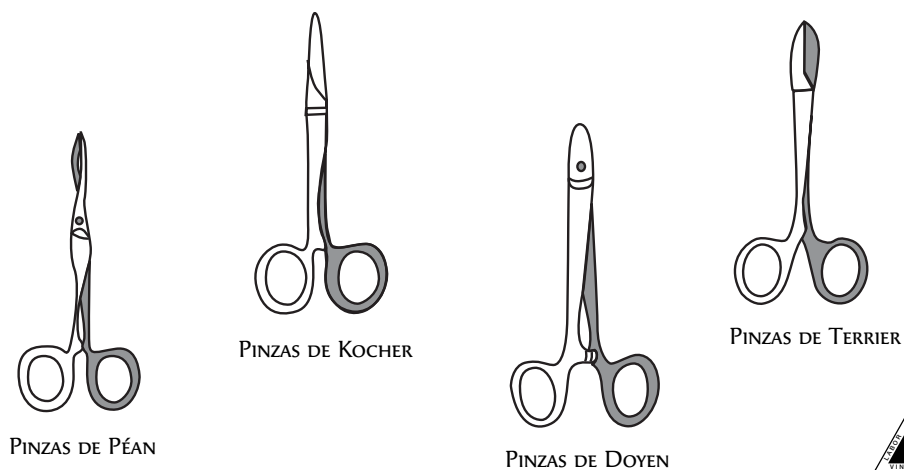


- Tijeras: con punta fina, roma y mixta.
- Tijeras de Littaver: para retirar puntos.



c) **Hemostasia:** se utiliza para detener la hemorragia de forma provisional.

- Pinzas de péan.
- Pinzas de Kocher: rectas, curvas, con dientes o sin ellos.
- Mosquitos: rectos, curvos, con dientes y sin ellos.
- Otras: Collin, Doyen, Crile, etc.



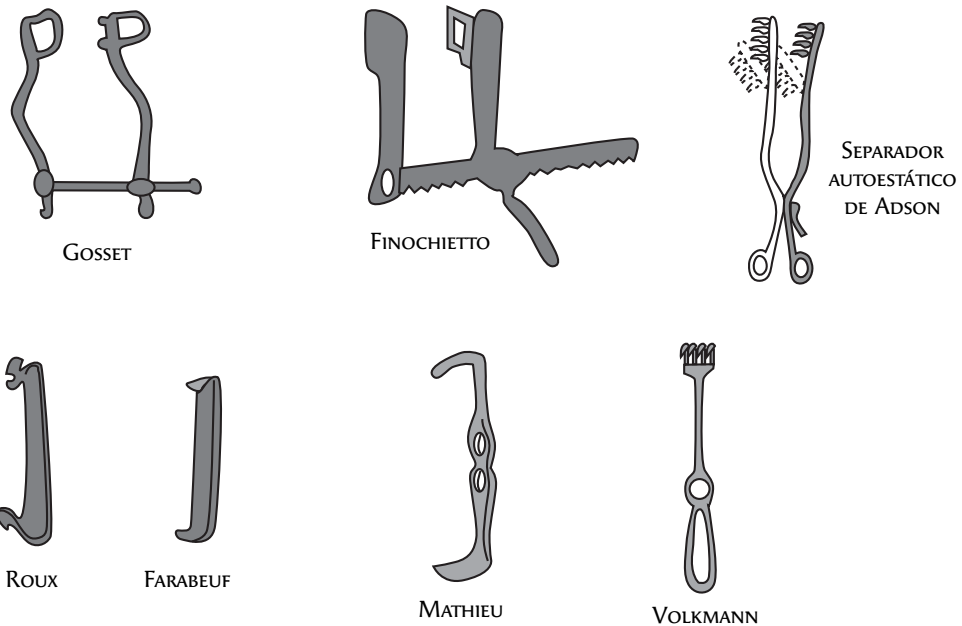
d) **Exposición o separadores:** se utilizan para hacer visibles los planos profundos del campo operativo. Son muy diversos en tamaño y forma y se dividen en manuales (manejados por el cirujano) y fijos o estáticos.

— **Manuales:**

- Separadores de Farabeuf.
- Separadores de Roux.
- Separadores de Wolkmann o grafios.
- Separadores de Mathieu.
- Valva abdominal de Doyen.

— **Estáticos:**

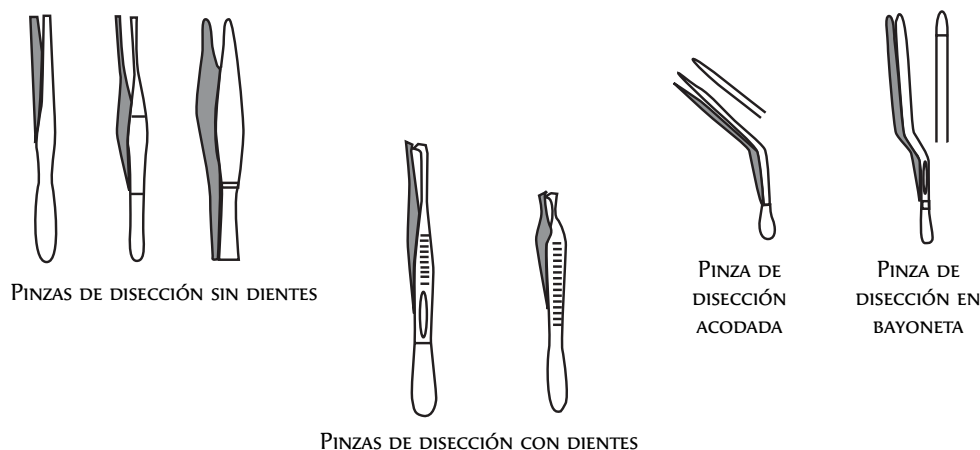
- Separador de Gosset o autoestático abdominal.
- Separador autoestático de Adson.
- Separador de Finochietto.



e) **Dissección:** tiene como finalidad hacer presa en los tejidos para facilitar la disección y el análisis de las estructuras anatómicas.



- Pinzas de disección: con dientes y sin dientes, rectas y curvas.
- Sonda acanalada.
- Sonda abotonada o estilete.



- f) **Aprehensión:** se utilizan para tomar o apresar.
- Pinzas de Allis.
 - Pinzas de Forester o porta-algodones.
 - Pinzas de Duval-Collin.
- g) **Síntesis o sutura:** su finalidad es juntar los bordes o extremos de una herida o incisión con el objetivo de mantenerlos unidos.

Las suturas se clasifican en manuales y mecánicas:

— **Manuales:**

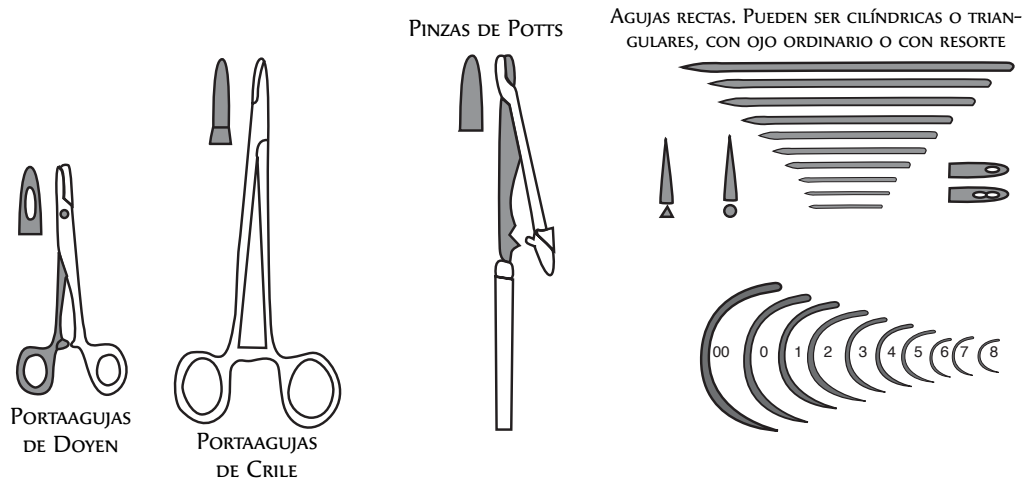
- **Hilos:** pueden ser naturales (catgut, lino, seda...), sintéticos (terylene, nylon, daxon...) y metálicos (acero...).
- **Agujas:** se clasifican en:
 - Por su forma: curvas y rectas.
 - Por su cuerpo: redondas, cilíndricas, planas y triangulares.
 - Por la forma de la punta: cilíndricas, triangulares y romas.
- **Portas:** son necesarios para manejar las agujas, entre ellos citaremos:
 - Porta agujas de Doyen.



Porta agujas de Mathiew.

Porta agujas de Crile, etc.

- **Suturas mecánicas:** son instrumentos de grapado quirúrgicos y se usan en cavidades internas (abdomen y tórax) como para piel.



3.2. Instrumental y aparatos de uso general

- **Ambú o resucitador manual:** es un balón autoinflable que permite la ventilación manual.
- **Ventilador de presión y de volumen:** es un aparato para el mantenimiento de la función respiratoria, mediante ventilación mecánica o asistida.
- **Monitor:** permite medir la frecuencia cardíaca, respiratoria y la presión arterial.
- **Bomba de perfusión:** se utiliza para la administración por vía enteral e intravenosa de soluciones.
- **Aspirador:** es un aparato que, conectado a una toma de vacío, permite recoger secreciones y aire del interior del organismo.
- **Electrocardiografo:** aparato que registra la actividad cardíaca.
- **Desfibrilador:** instrumento usado para combatir la fibrilación por medio de la aplicación de estímulos eléctricos en el corazón.

3.3. Material médico para exploraciones

- **Endoscopio:** aparato para la exploración de cavidades internas (estómago, intestino, etc.).



- **Martillo de reflejos:** se utiliza para la exploración de los reflejos en general.
- **Oftalmoscopio:** se utiliza para explorar el interior del ojo.
- **Otoscopio:** se utiliza para la exploración del oído.
- **Rinoscopio:** se utiliza para la exploración de las fosas nasales.
- **Laringoscopio:** se utiliza para la visualización de la laringe y su posterior intubación.
- **Estetoscopio:** aparato que se utiliza para la auscultación de los latidos cardiacos y de los ruidos respiratorios.
- **Estetoscopio obstétrico o de Pinard:** se utiliza para la auscultación de los latidos fetales.
- **Depresor de lengua:** se utiliza para la visualización y exploración de la cavidad bucal.

4. Atención pre y postoperatoria

Los procedimientos quirúrgicos son realizados en la mayoría de los casos en un quirófano pero independientemente de la cirugía que se vaya a realizar ésta requiere una serie de cuidados anteriores a la operación y posteriores a ella.

En todo proceso quirúrgico se distinguen, así, tres etapas:

- **Fase preoperatoria:** comienza con la decisión de realizar la operación y termina con la llegada del paciente a quirófano.
- **Fase operatoria:** comprende el tiempo desde que llega el paciente a quirófano hasta que termina la intervención quirúrgica.
- **Fase postoperatoria:**
 - Inmediata: desde el quirófano a la reanimación o unidad asistencial.
 - Tardía: hasta el alta hospitalaria.

4.1. Clasificación de la cirugía

4.1.1. Según el tiempo

a) Programada:

- Opcional o electiva: no es imprescindible para la vida o la conservación de la salud pero la solicita el paciente para mejorar su bienestar y autoestima. Se incluyen la cirugía dermatología y la plástica.



- Requerida o necesaria: es la aconsejada por el médico y necesaria para el paciente pero se puede demorar (por ejemplo, cataratas).
- b) **Urgente:** es la necesaria en un período corto de tiempo (ejemplo: hemorragia interna, extirpación de una mama en un tumor maligno).

4.1.2. Según la finalidad general o el objetivo

1. **Cirugía diagnóstica:** cuando se interviene para establecer un diagnóstico médico (ejemplo: biopsia).
2. **Cirugía exploratoria:** sirve para determinar la extensión de un proceso patológico (ejemplo: laparotomía exploratoria).
3. **Cirugía curativa:** extirpar masa tumoral u órgano enfermo (ejemplo: apendicectomía).
4. **Cirugía reparadora:** restaura funciones o aspecto de un órgano (ejemplo: eliminación de una cicatriz, prótesis de cadera...).
5. **Cirugía paliativa:** es la que pretende corregir algún problema concreto en un proceso patológico (ejemplo: gastrotomía para compensar la incapacidad de ingerir alimentos).
6. **Cirugía constructiva:** es la que repara malformaciones congénitas (ejemplo: labio leporino...).
7. **Cirugía de trasplante:** sustituye un órgano deteriorado por otro (ejemplo: trasplante hepático...).

4.2. Cuidados preoperatorios

En este apartado se incluyen todos los cuidados que se le realizan al paciente antes de la intervención. El objetivo es conseguir que el paciente se encuentre en las mejores condiciones físicas y psíquicas para contribuir al éxito de la cirugía y su temprana recuperación.

Si no se trata de cirugía de urgencia se realizará un plan de cuidados de enfermería.

4.2.1. Preparación preoperatoria

Destaca la preparación psicológica, que también incluye a los familiares, ya que ellos van a colaborar con el personal de enfermería para conseguir entre todos disminuir el estado de ansiedad que con toda seguridad siente el enfermo.

Determinados aspectos contribuyen a disminuir la ansiedad entre ellos y como uno de los más importantes se encuentra la información.



El cirujano es el encargado de informar al paciente y a sus familiares del acto quirúrgico, de sus posibles complicaciones y de los resultados que se espera obtener.

El anestésista valorará con el paciente las distintas técnicas de anestesia y la conveniencia de una u otra para su situación, aunque en todo caso la decisión final la tomará él.

El paciente una vez informado por parte del cirujano y del anestésista del tratamiento y de sus posibles riesgos firmará el **consentimiento informado** (uno de la cirugía y otro de la anestesia).

El equipo de enfermería debe valorar la comprensión de dichas informaciones y le animará a que le hable de sus dudas y posibles temores.

También le facilitará actividades de distracción como pueden ser la lectura, la televisión... y le informará de técnicas de relajación útiles para el control de la ansiedad.

4.2.2. Preparación física

Abarca diversos aspectos:

- a) Educación sanitaria del paciente: tiene como finalidad educar al paciente para el postoperatorio y se basa en el aprendizaje de posiciones y movimientos corporales activos y de técnicas de respiración y expectoración para mejorar la ventilación y el posterior drenaje de secreciones.
- b) Cuidados de enfermería:
 - Preparación de la piel: se aconseja desde unos días antes ducharse con un jabón germicida para reducir el riesgo de infección.
 - Si fuera necesario se procedería al rasurado de la zona.

A) Técnica del rasurado

Cuando el paciente va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico es necesario en muchos casos proceder a rasurar una determinada zona para evitar el riesgo de una infección en la herida quirúrgica.

Se rasura un área corporal amplia alrededor del punto en el que se va a realizar la incisión, en general hablaremos de rasurar por encima y por debajo de las articulaciones próximas a la herida quirúrgica.

La técnica la realiza la enfermera o auxiliar de enfermería y en hombres el barbero.

- a) Material:
 - Guantes desechables.
 - Batea desechable.
 - Esponja o gasas con jabón.



- Maquinilla de un solo uso o crema depilatoria.
 - Palangana con agua templada.
 - Empapador o protector para la cama.
 - Tijeras.
- b) Procedimiento:
- Comentar al paciente lo que se le va a hacer.
 - Lavado de manos y guantes.
 - Respetar la intimidad del paciente.
 - El paciente estará aseado previamente.
 - Proteger la cama del paciente.
 - Si fuera necesario los pelos largos se cortarán previamente con tijeras.
 - Se enjabonará la maquinilla de afeitar.
 - Se procederá al rasurado en dirección al crecimiento del vello, con especial precaución para no lesionar la piel.
 - Se seca bien la zona.
 - Se recoge el material.
 - Se pone al paciente en una posición cómoda.
 - Se comunica a la enfermera cualquier incidencia.

Una vez rasurada la piel se puede realizar una limpieza quirúrgica de la zona y protegerla con un paño estéril.

B) Nutrición e hidratación

El equipo de enfermería deberá controlar que el paciente recibe los líquidos adecuados para su hidratación.

Al menos 8 horas antes de la intervención el paciente no fumará ni tomará ningún líquido (incluso agua); esto se hace para prevenir la aspiración si se produjera un vómito como complicación de la anestesia.

El enfermo deberá permanecer en ayunas de 8 horas para líquidos y 12 horas para alimentos sólidos, antes de ser intervenido. En la cirugía urgente, los tiempos se acortarán lo necesario, valorando en todo momento el riesgo-beneficio de la cirugía.



C) Preparación intestinal

A veces es preciso la aplicación de un enema de limpieza.

D) Preparación el día de la intervención

- Se comprueba el ayuno: 8 horas para líquidos y 12 horas para alimentos sólidos.
- Se identifica al paciente y se recogen y registran sus signos vitales.
- Se le animará a evacuar vejiga e intestino (Cirugía Digestiva).
- Si el paciente puede, se duchará con un jabón germicida, si no se lo realizaremos.
- Se retira las prótesis que tenga (lentillas, dentadura, gafas, audífonos...).
- Es conveniente retirar maquillaje y laca de uñas.
- Si fuera preciso se le pesará.
- El enfermo debe llegar a quirófano con sábanas y bata limpia y el pelo recogido.
- Se informa al diplomado en enfermería de las posibles incidencias.
- Además se comprobará que va completa la historia clínica y, si se utilizan pegatinas, de que hay en número suficiente.

El traslado a quirófano se hace generalmente en cama junto con su historia clínica.

4.3. Cuidados postoperatorios

Son los cuidados que se realizan después de la intervención y los objetivos de estos cuidados son que el paciente no presente problemas por causa de la intervención quirúrgica y favorecer su recuperación atendiendo a su seguridad, comodidad, ciclos de descanso-sueño y aprendizaje sobre autocuidados.

Terminada la intervención el paciente sale de quirófano y es trasladado a la sala de reanimación o despertar, allí permanecerá unas horas (dependiendo del tipo de anestesia y de la cirugía).

De esta sala se traslada al servicio de hospitalización que le corresponda o si fuera necesario a la unidad de cuidados intensivos. En algunos hospitales, si el paciente lo precisa, se le traslada desde el quirófano a la unidad de cuidados intensivos que le corresponda.

• Valoración postoperatoria

En la sala de reanimación los cuidados de enfermería van a seguir un protocolo que abarca las siguientes áreas:



- a) Función respiratoria: se vigila la permeabilidad de la vía respiratoria y el ritmo respiratorio.

Como medidas preventivas se siguen unas pautas de actuación:

- No se coloca almohada hasta que el paciente esté consciente.
 - Si no existe contraindicación, se pone al paciente en posición lateral de seguridad.
 - Si tuviera secreciones se aspiran.
 - Se tiene preparado un ventilador y una fuente de oxígeno.
- b) Función cardiovascular: se vigila y valora la tensión arterial, la frecuencia y ritmo cardíaco, la coloración de la piel, y la temperatura. Los signos vitales se medirán tantas veces como sea necesario hasta su estabilización.
- c) Estado neurológico: se valora nivel de consciencia, orientación en el espacio y en el tiempo.
- d) Equilibrio hidroeléctrico: se registran las entradas y salidas con especial atención a la diuresis, drenajes y flúidos.
- e) Aparato digestivo: se presta especial atención a la posibilidad de que vomite.
- f) Con relación a los apósitos se observará si presentan un sangrado excesivo o supuración.

Cuando el enfermo es dado de alta en la reanimación, se le traslada a la sala de hospitalización; a su llegada se comprobará que viene la historia clínica completa. Previamente se habrán preparado en su habitación todos los aparatos que pudiera necesitar.

No es conveniente que se quede solo, sobre todo si está algo adormecido; pero tampoco es conveniente que haya un número elevado de familiares.

El personal de enfermería, de manera protocolaria, hace una valoración inicial que incluye:

- Signos vitales.
- Nivel de consciencia y orientación.
- Aspecto de la piel.
- Presencia de dolor.
- Nauseas y vómitos.
- Revisión de apósitos, drenajes, tubos y perfusiones.
- Posición del paciente.



4.4. Cuidados posteriores

El período de convalecencia será más largo cuanto más traumática sea la intervención, sobre todo si está afectado algún órgano o función vital.

En este período el objetivo general va a ser el de conseguir un restablecimiento precoz y sin complicaciones. Para ello las actuaciones se basarán en:

- Evaluación y control de la función respiratoria. Se adiestrará al paciente en las técnicas de respiración y eliminación de secreciones.
- Ambulación precoz.
- Estimulación de la circulación con movilizaciones activas y cambios posturales.
- Valoración y registro de los signos vitales.
- Control de ingesta y eliminación de líquidos.
- Facilitar la micción para intentar evitar el sondaje.
- Si el paciente puede comer se le introduce la dieta de manera sistemática y se intenta en lo posible que se adapte a sus gustos personales.
- Con relación a la eliminación de heces, se estimulará la movilización y la ambulación para la restauración del ritmo intestinal; si fuera necesario, se utilizan laxantes o enemas.
- Protección de la piel y de la herida quirúrgica: con estos cuidados se previene la aparición de infecciones nosocomiales y de úlceras de presión; para ello se siguen una serie de normas:
 - a) Lavado de manos.
 - b) Higiene completa del paciente.
 - c) Cambio regular de la ropa de cama y aseo.
 - d) Cuidado riguroso de la asepsia en los procedimientos que lo requieran.
 - e) Valoración de la herida quirúrgica y cambios de apósito cuando se precise.
- Tratamiento del dolor:
 - a) Administración de analgésicos.
 - b) Cuidados de enfermería que faciliten su ausencia o disminución: posición cómoda, ambiente relajado, escucha activa, masajes, técnicas de distracción, etc.

