

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Ana ALBIZU TELLERIA (1)

Felicia MUÑOZ CASADO (1)

Federico DE LARA PASQUIN (2)

(1) Enfermera de quirófano. Hospital Ernest Iluch Martín. Sector de Salud de Calatayud. Servicio Aragonés de Salud

(2) Enfermero de dermatología. Hospital Ernest Iluch Martín. Sector de Salud de Calatayud. Servicio Aragonés de Salud

INTRODUCCION

La enfermería, como profesión sanitaria, ha ido evolucionando para poder ofrecer unos cuidados de calidad, de acuerdo con las demandas de la sociedad actual, teniendo en cuenta su ámbito de responsabilidad. Entre las aportaciones que la enfermería esta realizando, tiene especial importancia la creación de un método de trabajo propio, conocido como proceso de atención de enfermería (PAE) , el desarrollo específico del campo de los cuidados y finalmente, el tener su propio campo de investigación.

El proceso de atención de enfermería desarrolla una doctrina asistencial basada en la aplicación de cuidados eficaces y eficientes, basados en un método científico orientado al logro de objetivos. Este método engloba cinco fases interrelacionadas y secuenciales: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Además, incorpora la dimensión de la calidad a dicho proceso de atención al utilizar la satisfacción de los usuarios como uno de los puntales de su aplicación.

Existen múltiples escuelas que han desarrollado las teorías de enfermería desde perspectivas distintas: Dorotea E. Orem (teoría del

déficit de autocuidado), Callista Roy (modelo de adaptación), Virginia Henderson (necesidades básicas de los pacientes), Margory Gordon (patrones funcionales de salud), Florencia Nightingale fue la primera en sistematizar el trabajo de enfermería y sus funciones en la sociedad.

Las escuelas de enfermería españolas han incorporado el proceso de atención de enfermería a su enseñanza curricular desde hace algo más de una década; esto ha posibilitado que las nuevas generaciones de profesionales lo hayan integrado y divulgado en su entorno, incorporándolo a su trabajo cotidiano.

El proceso de enfermería ha pasado por distintos momentos de desarrollo, hasta concebirse tal y como se conoce en la actualidad, como un método sistemático, flexible y dinámico. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación: comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad:

- Identificando las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Estableciendo planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

- Actuando para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

FUNCIONES DE ENFERMERIA

ENFERMERA CIRCULANTE

- Poner la placa del bisturí eléctrico (si se precisa) asegurando su correcta colocación en zonas limpias, sin vello, sin prominencias óseas y no más cerca de 25 cm. del lugar de incisión.
- Preparar la mesa auxiliar (mesa de mayo). Suministrar a la EI el material necesario para el comienzo de la intervención:
 - Sabana de 100x 150 para cobertura mesa de mayo.
 - Pack de instrumental (ya descrito anteriormente).
 - Gasas, compresas, batas, guantes.
 - Jeringa de 10 cc , aguja IV ,SC ,lidocaina 2%
 - Hoja de bisturí del nº 15.
 - Suturas: polipropileno 3/0 , safil (ácido poliglicolico) y/o vicryl (poliglactina 910) de 3/0.
 - Apósito.
- Anudar batas del equipo quirúrgico
- Recibir las muestras de los estudios anatomopatológicos.
- Con la colaboración de la EI, colocar apósito.

ENFERMERA INSTRUMENTISTA

- Realizar el lavado quirúrgico de manos según técnica y protocolo (clorhexidina).
- Colocar el instrumental en la mesa y mantener el orden.
- Colaborar con el cirujano en la colocación del campo quirúrgico.
- Mantener la asepsia quirúrgica limpiando el instrumental de sangre u otros residuos y rechazar todo aquel que no cumpla las condiciones idóneas de limpieza y esterilidad.
- Anticiparse a las necesidades del campo quirúrgico, colaborando de esta forma en el acortamiento de los tiempos quirúrgicos.
- Ayudar cuando lo sea requerido como ayudante de campo.
- Manejo del instrumental :
 - Conocer el nombre y uso de cada instrumento.

- Entregar los instrumentos de forma segura y con un golpe firme sobre la palma del cirujano y en la posición en que se van a usar.
- Retirar del campo estéril todos los instrumentos que el cirujano va depositando al ir usándolos con el fin de tenerlos siempre identificados y poder volver a usarlos con rapidez, impidiendo que se caigan al suelo y evitando que el peso de los instrumentos pueda dañar al paciente.
- Mantener limpia la punta del B.E.
- Retirar todas las compresas, gasas sucias y reemplazarlas por otras limpias.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Es la responsable de prestar al paciente y a su familia cuidados básicos, directos e integrales que requieren conocimientos y destrezas generales menos complejos que los de la enfermera, pero que exigen competencia técnica como aptitudes en materia de relaciones humanas.

- Colabora con la enfermera en la preparación del quirófano y reúne el material necesario para la intervención.
- Colabora en la recepción del paciente, informando la manera adecuada de entrar a quirófano (retirar joyas, ropa personal....) y proporcionándole la indumentaria necesaria (bata, calzas, gorro).
- Proporciona a la enfermera circulante a través de la ventanilla de la zona limpia el material necesario.
- Finalizada la intervención realiza limpieza y asepsia del quirófano: aparatos, mobiliario, según protocolo, dejándolo en perfectas condiciones para la siguiente intervención.
- Una vez recogido se avisara a la limpiadora.
- Recoge y limpia el instrumental utilizado durante la intervención.
- Ayuda a la enfermera en la preparación de material para enviar posteriormente al servicio de esterilización.
- Recibe y distribuye el material de esterilización.

CELADOR

Su misión es la de introducir y colocar al paciente en la mesa de operaciones con la ayuda del personal auxiliar, finalizada la intervención, sacara al paciente de quirófano. Finalizada la jornada quirúrgica bajara al servicio de anatomia patológica las muestras recogidas durante las intervenciones.

LIMPIADORA

El personal de limpieza una vez terminada la intervención y habiendo salido el paciente de quirófano procede a la recogida de basura de las cubetas, limpieza y desinfección de suelos.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Los temores que suelen asociarse a la cirugía y a la anestesia son:

- Temor a lo desconocido: que puede estar relacionado con la incertidumbre ante el resultado quirúrgico.
- Ansiedad por la anestesia.
- Miedo al dolor: por una analgesia inadecuada.
- Perdida de intimidad.
- Temor a la pérdida de una parte del cuerpo: la cirugía altera la integridad física y amenaza la imagen corporal.
- Miedo al procedimiento inminente y al pronóstico que se produzca.

La comunicación es la base en la continuidad en la atención del paciente y del trabajo en equipo del personal. Dicha comunicación solo es efectiva cuando el paciente, el medico y la enfermera se entienden entre si. La comunicación permite establecer las relaciones interpersonales, hacer claras las acciones y ayudar a los pacientes a adaptarse a los problemas relacionados con la salud y el ambiente hospitalario.

La comunicación se facilita al poner en práctica:

- El contacto visual: mirar a los ojos del que habla.
- La atención a quien transmite la información.
- La capacidad receptiva, reconocer que el mensaje que transmite se expresa sin prejuicios.

LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS ANTE LAS EXPECTATIVAS Y TEMORES DEL PACIENTE SON:

- Conocer las expectativas y temores del paciente.
- Reconvertir ideas erróneas.
- Mostrar empatía.
- Informar sobre su situación.
- Tolerar la angustia.
- No actuar precipitadamente.
- Establecer límites.
- Ser asertivo.
- Transmitir responsabilidad.
- Hacerle participe de los cuidados.
- Mantener la confidencialidad y el respeto.

FASES DEL PROCESO QUIRURGICO

- **PREOPERATORIO:** comienza cuando se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica. Durante esta fase, la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente, así como los problemas potenciales. A continuación, el profesional de enfermería lleva a cabo las acciones encaminadas a resolver cada uno de los problemas que se hayan planteado, ofreciendo así una ayuda individualizada. Esta fase termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica.
- **INTRAOPERATORIA:** empieza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica. Todas las actividades se enfocan con el único fin de cubrir sus necesidades y de procurar su bienestar durante todo el proceso; el paciente reconoce a la enfermera/o que ha realizado la visita preoperatoria y establece con ella una relación paciente- enfermero .En esta fase el enfermero ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia.

En nuestro caso esta etapa finaliza cuando sale el enfermo del quirófano.

- **POSTOPERATORIO:** los indicadores del buen resultado del proceso perioperatorio han sido satisfactorias de todas las necesidades del paciente y logro de los resultados esperados. Finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia.

PREOPERATORIO

PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO

Antes de la llegada del paciente al quirófano para comenzar la intervención quirúrgica, la enfermera circulante (EC) y la enfermera instrumentista (EI)

Deben realizar una serie de preparativos encaminados a asegurar el correcto desarrollo de la actividad quirúrgica. Estos preparativos varían según el tipo de cirugía, por lo que en nuestro caso en el servicio de dermatología debemos de conocer con antemano las operaciones que vamos a llevar a cabo (listas... ya vienen confeccionadas desde la consulta externa de dicha especialidad: nombre, nº de historia, patología, intervención quirúrgica...). El día anterior nos suben las historias, comprobando que coincidan con los listados.

- Comprobación del aparataje: bisturí eléctrico, lamparas.
- Disposición de mesas y material accesorio:
 - ✓ Reloj de pared : comprobar la hora y su correcto funcionamiento
 - ✓ Mesa de mayo: la usamos como mesa de instrumental donde se deposita en un pack, en el cual se encuentra todo el instrumental necesario. Se cubrirá antes de la cirugía y se situará directamente sobre el paciente pero no en contacto con él.
 - ✓ Carro auxiliar con el material fungible: suturas, batas, hojas de bisturí, guantes, gasas, compresas, etc...
 - ✓ Cubetas: se usan como cubo de basura. Están cubiertas con una bolsa de plástico y suelen tener base con ruedas.
- Una vez que se ha comprobado la disposición de los materiales del quirófano es la adecuada y se ha confirmado su perfecto funcionamiento, la EI y EC comienzan la reposición de los medicamentos necesarios para la practica de la anestesia local, utilizando :
 - Lidocaína 2%
 - Jeringa de 10 cc
 - Aguja IV

➤ Aguja EV o IM según planos.

• Preparación del instrumental : Pack derma (Fig.1):

- 1 Portaagujas de 15 cm
 - 1 Tijera de hilos de 15 cm
 - 1 Tijera de Metzembaun de 12 cm
 - 1 Mosquito recto s/d de 12 cm
 - 1 Mosquito curvo s/d de 12 cm
 - 3 Mosquitos curvos s/d de 10 cm
 - 1 Pinza de anillos de 18 cm
 - 1 Pinza de adson s/d de 12 cm
 - 1 Pinza de adson c/d de 12 cm
 - 1 Mango de bisturí del nº 3
 - Palillos
- Colorantes o azul de metileno: antes del procedimiento, el cirujano marca la piel con colorantes, indicando líneas de incisión o puntos de referencia. Existen para eso marcadores estériles indelebles. Si la sala de operaciones no posee tales elementos (como es nuestro caso) la instrumentadora puede improvisar "lapicero" con palillos. El cirujano entonces puede mojar el extremo de un palillo con un poco de azul de metileno y utilizarlo para realizar las marcas correspondientes sobre la piel.



Figura 1. Instrumental (Pack) Dermatología

RECEPCIÓN DEL PACIENTE

Ante cualquier procedimiento quirúrgico, los pacientes deben ser preparados de forma adecuada para minimizar el impacto y los riesgos potenciales de la intervención quirúrgica. Esto incluye la preparación tanto física como emocional. Para ello contamos con la herramienta de la consulta.

El paciente traerá a quirófano 2 hojas:

- Una copia del registro de demanda quirúrgica, la cual especifica la intervención (se la quedará el paciente).
- Consentimiento informado firmado que se guardará en la historia.

Comprobación de datos:

La EC es la encargada de verificar la identidad del paciente, así como su historia clínica y de comprobar que la preparación preoperatoria es la adecuada.

- Exámenes de laboratorio: P31 - Hepatología, Bioquímica Básica, Coagulación.
- Comprobar que trae el consentimiento informado firmado.
- Revisar si toma Sintron (anticoagulación).

Revisión del paciente:

- Al ser anestesia local no necesita venir en ayunas
- Paciente: verificar que no trae consigo ningún objeto metálico ni prótesis dental móvil y se le colocará un camisón retirando previamente la ropa.
- Alergias: es necesario informarse si tiene alguna alergia, si la tuviera se comunicara a todo el equipo quirúrgico para evitar errores en la administración de medicamentos y técnicas intraoperatorias.
- Mantener libre de esmalte de uñas si procede.

Una vez que el quirófano está preparado, la historia clínica comprobada y el paciente debidamente identificado y revisado, éste puede ser trasladado a su interior.

REGISTRO INTRAOPERATORIO DE ENFERMERIA

Es un documento en el que se recoge por parte del personal de enfermería una serie de procedimientos realizados durante el proceso quirúrgico, los cuales afectan o pueden afectar a los cuidados posteriores del paciente.

Con dicho documento se registran, aparte de una serie de datos administrativos necesarios para el correcto funcionamiento de la unidad, los cuidados y acciones a los que se ha sometido al paciente.

Los objetivos de este documento son:

- Ofrecer una relación escrita de los cuidados de enfermería aplicados al paciente durante el procedimiento quirúrgico.
- Favorecer la continuidad de los cuidados de enfermería
- Proporcionar una base legal y administrativa del trabajo realizado.
- Servir de instrumento escrito para la evaluación e investigación de los cuidados de enfermería.

El registro intraoperatorio consta de distintos apartados:

- Datos administrativos: nombre, nº de historia, fecha de intervención, nº de quirófano, departamento.....
- Alergias (nunca debe quedar en blanco).
- Diagnostico preoperatorio.
- Personal: nombre del cirujano, EC, EI, auxiliar.
- Tipo de anestesia (local.....).
- Posición del paciente.
- Horas (0-24 h.) : - Llegada a quirófano
 - comienzo y fin de anestesia
 - comienzo y fin de cirugía
 - salida de quirófano
- Preparacion de la piel : - rasurar si es necesario la zona quirúrgica .
 - registrar la situación de la placa de bisturí.
 - anotar con que preparado se realiza desinfección de la piel (povidona yodada)

- Pruebas diagnosticas: se apuntaran las pruebas realizadas y enviadas desde quirófano (anatomía patológica -anotar nº de muestras y el nombre de la pieza remitida).
- Tipo de intervención.
- Aposito: habrá que apuntar el tipo y localización del apósito con el que el paciente sale de quirófano.
- Destino del paciente (domiciliario).
- Firma: legible de la enfermera circulante.

FASE INTRAOPERATORIA

TRANSFERENCIA A MESA QUIRÚRGICA:

- Acompañar al paciente hasta la mesa de operaciones. Debe proporcionarle una asistencia adecuada para transferir seguridad.
- Evitar la exposición innecesaria del paciente, preservando cuidadosamente su intimidad.
- Asegurar la comodidad.
- Colocación de gafas nasales en caso necesario (disminuye la sensación de falta de aire cuando es tapada la cara por el campo quirúrgico).
- Monitorización

TIPO DE ANESTESIA:

Local:

Consiste en la infiltración de un anestésico (Lidocaína 2%) en los tejidos para lograr la interrupción de las sensaciones a nivel de las terminaciones nerviosas en las proximidades de la zona a intervenir.

POSICIÓN QUIRÚRGICA:

La colocación del paciente en la posición quirúrgica más adecuada debe reunir los siguientes requisitos:

- Ser segura y cómoda para el paciente y los profesionales.
- No comprimir paquetes vasculares o nerviosos.
- Proporcionar un campo quirúrgico y anestésico accesible.
- Propiciar la ventilación y la circulación.

- Las posiciones quirúrgicas utilizadas normalmente son :
 - decúbito supino
 - decúbito prono
 - decúbito lateral.

PREPARACIÓN DE LA PIEL DEL PACIENTE:

La piel donde se va a realizar la incisión y una zona circundante extensa se limpian de forma mecánica con un agente antiséptico (povidona yodada) ,en caso de alergia se usará la clorhexidina acuosa) para obtener un campo estéril alrededor de la zona quirúrgica.

Antes del acto quirúrgico, el lugar de incisión debe ser rasurado si es necesario, ya que el pelo favorece el crecimiento de los microorganismos. Es necesario rasurar en la dirección del crecimiento del vello, traccionando la piel para mantenerla tensa, teniendo especial cuidado en las áreas delicadas y pliegues cutáneos.

Al finalizar, hay que lavar y secar el área rasurada de forma que no quede ningún resto de pelo.

La solución antiséptica se comenzará en la zona de incisión con movimientos circulares cada vez más amplios hacia la periferia. Se desecha la torunda después de llegar a la periferia.

COLOCACIÓN DE LOS CAMPOS QUIRÚRGICOS:

Es un paso muy importante en la preparación del paciente para la intervención quirúrgica. Consiste en cubrir al paciente y las áreas circundantes con una barrera estéril para crear y mantener un adecuado campo aséptico.

El material de recubrimiento del campo quirúrgico que empleamos es un material no textil fungible:

- un campo autoadhesivo fenestrado
- una sabana que se colocará bien en la parte superior o inferior del paciente dependiendo de la zona a intervenir.

SUTURAS

POLIPROPILENO

Este material está compuesto de un polímero de hidrocarburo cristalino isostático y esteroisómero. Es una sutura extraordinariamente inerte, retiene la fuerza de tensión por más de dos años y mantiene la tensión de los nudos mejor que el resto de los monofilamentos sintéticos.

Estas ventajas hacen que sea el material no reabsorbible de elección en dermatología.

ACIDO POLIGLICOLICO (Safil) Y/O POLIGLACTINA910(Vicryl)

Son polimeros de acido glicolico y láctico. Ambos se degradan por hidrólisis química no enzimática; son por tanto, reabsorbibles. El acido poliglicolico tiene mayor resistencia a la tensión en medio ácido que en alcalino, mientras que el poliglactin 910 tiene máxima resistencia en pH fisiológico. La reacción tisular es mínima, con escasas intolerancias. El poliglactin 910 puede presentarse tanto en multifilar como en monofilar. Este tipo de suturas sigue manteniendo la mitad de su resistencia pasados 15 días y su reabsorción es completa entre 90 y 120 días.

APLICACIÓN DE APOSITOS ESTERILES

Casi todas las incisiones de la piel son cubiertas con un apósito estéril con el fin de proporcionar un desarrollo fisiológico óptimo para la cicatrización de la herida.

Todos los apósitos deben ser:

- Lo suficientemente grandes para cubrir y proteger la herida quirúrgica.
- Permeables al gas y al vapor, lo que permite la circulación del aire hacia la piel.
- Seguros, para impedir su desprendimiento.
- Cómodos para el paciente.

La aplicación de apósitos estériles se considera una parte de la intervención:

- Una vez finalizada la intervención, la EI limpia la sangre que pudiera tener la piel que rodea a la incisión con una gasa húmeda H₂O₂.
- Se seca la piel y se aplica antiséptico (povidona yodada) según protocolo del hospital.
- Se deben emplear compresas sin control radiológico ya que en caso necesario podría distorsionar una Rx postoperatoria.
- Los apósitos se colocan sobre la herida quirúrgica y sobre la salida de cualquier drenaje de forma separada.
- Los apósitos se aplican antes de retirar la totalidad de los campos quirúrgicos.
- La EC proporciona los suministros necesarios para la colocación de dichos apósitos, así como de todo el material que se pudiera necesitar, como vendas elásticas.

Una vez terminada la intervención se le acompañara a una sala en la que permanecerá durante un tiempo (de 15 a 30 minutos) pudiendo estar acompañado de su familiar. Tras este tiempo revisaremos apósito para comprobar posible sangrado. Le daremos los cuidados a seguir al alta.

FASE POSTOPERATORIA

La escisión dermatológica se realiza para eliminar o tomar una biopsia de lesiones cutáneas benignas o malignas, con fines curativos o estéticos. Tras la intervención quirúrgica, se consiguen unas cicatrices mínimas si se impide la aparición de infección y se promueve un cierre cutáneo adecuado.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Determinar el tiempo que el medico desea que este aplicado el apósito (generalmente de 24 a 48 horas).
- Informar al paciente cuanto tiempo debe llevar el apósito .Indicar que debe retirarlo si aparece hinchazón importante, eritema, cianosis por encima o por debajo, fiebre, dolor intenso, hemorragia, deberá comunicárselo al medico.
- El paciente, la enfermera o el medico retiraran el apósito en el momento especificado. Lavar suavemente con suero fisiológico utilizando gasas. Aplicar antiséptico dos veces al día manteniendo la herida limpia.

- Dejar la herida abierta, salvo que el paciente desempeñe una actividad durante la cual sea posible que se ensucie la herida.
- Evitar la tensión sobre la zona. Limitar las actividades que puedan ejercer tensión sobre las heridas.
- No se deben aplicar vendajes a presión alrededor de la extremidad ya que puede interferir fácilmente en la circulación e impedir la curación.
- Acudir a su centro de salud para retirar los puntos. Si se han colocado steri -strips , dejarlos hasta que se caigan por si solos .Los puntos dados en la cara suelen quitarse a los 3-5 días y los dados en cualquier otra parte del cuerpo se retiraran a los 7-10 días.

INFORME DE ALTA Y CUIDADOS

- El aposito se levantara a las 24 horas de la intervención.
 - Dejar la herida al aire.
 - Tapar la herida.
 - Realizar cura húmeda con.....
 - Realizar cura seca con.....
 - Reiniciara la pauta de Sintron tras la autorización de su medico de cabecera.
 - Volver a la consulta de dermatología citándose desde su centro de Salud con el impreso que se le ha entregado.
 - No es necesario volver a la consulta de dermatología.
- Ir al Centro de Salud a los.....días para quitar puntos.
 - Si tiene dolor tomar paracetamol (termalgin, febrectal...), nolotil, todo menos aspirina.
 - Evitar tensión sobre la zona y limitar las actividades que puedan ejercer dicha tensión sobre la herida.

BIBLIOGRAFIA

Enfermería de quirófano. Editorial DAE. Pag 75-77.

Instrumentación quirúrgica. Editorial FULLER. Pag 12-13

Enfermería quirúrgica. Planes de Cuidados .Editorial SPRINGER.

Transtornos Cútaneos. Editorial Mosby/ Doyma Libros. Pag 160