

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y
Fisioterapia**



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/13

Trabajo Fin de Grado

**ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL TRABAJO DE
ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO**

- Autora -

M^a Dolores Mellado López

- Tutora:

Antonia Pérez Galdeano

Convocatoria: Junio

ÍNDICE	PÁGINA
RESUMEN.....	2
METODOLOGÍA.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
DESARROLLO.....	6
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22

RESUMEN

Título: Organización y Coordinación del Trabajo de Enfermería de Quirófano.

Objetivos:

1. Diferenciar los miembros que conforman el equipo quirúrgico, su subdivisión a su vez en miembros del equipo estéril y no estéril, así como las funciones que realizan.
2. Conocer cómo se organiza y coordina el trabajo de enfermería de quirófano en todo el periodo perioperatorio.
3. Explorar la importancia de los cuidados humanizados en el contexto quirúrgico.

Metodología: Revisión bibliografía en bases de datos de Ciencias de la Salud (CUIDEN, ELSEVIER, SCIELO, NURE, CINHAL, MEDLINE), en diferentes manuales de enfermería de quirófano, en documentos oficiales del Ministerio de Sanidad y en páginas webs dedicadas al quirófano. Se ha descartado bibliografía superior a seis años, haciendo alguna excepción por falta de información y bibliografía más reciente.

Descriptores utilizados: Enfermería quirófano/ atención de enfermería/ cuidados intraoperatorios/ enfermera instrumentista/ enfermera circulante/enfermera de anestesia/ actividad enfermera/ fase postoperatorio/ cuidado humanizado.

Desarrollo: Se han descrito los apartados de equipo quirúrgico, organización y coordinación del trabajo de enfermería de quirófano y la humanización del cuidado al paciente quirúrgico.

Conclusiones: En el bloque quirúrgico es fundamental el trabajo en equipo. La organización y la coordinación son básicas para la consecución de los objetivos propuestos. Enfermería realiza actividades autónomas y de colaboración, además de poseer elevados conocimientos, actitudes y habilidades para prestar unos cuidados de calidad. Teniendo presente el factor humano y el eje principal de nuestros cuidados, la persona.

INTRODUCCIÓN

Una parte importante de la actividad asistencial está relacionada con la cirugía. La actividad quirúrgica aumenta paulatinamente. En los últimos tiempos este incremento está acompañado de un desarrollo de sistemas de trabajo y técnicas quirúrgicas encaminadas a minimizar los efectos de la cirugía en las personas, ejemplos son el aumento de cirugías en régimen ambulatorio (cirugía menor, cirugía mayor ambulatoria), las técnicas endoscópicas, de cirugía mínimamente invasiva, o aquellas de mayor complejidad como puedan ser las endoprótesis vasculares o la cirugía robótica (1).

El paciente que va a ser sometido a cirugía, llega a un sitio diferente a su medio habitual provocándole ansiedad y angustia. Se encuentra temeroso debido a su situación de enfermedad y también porque en ocasiones no posee la información suficiente. Por tanto, nos encontramos ante un ser vulnerable que precisa que los responsables de su atención estén perfectamente capacitados para asegurarle una cirugía óptima.

El equipo quirúrgico es el responsable de la atención al paciente. El equipo quirúrgico está formado por diferentes profesionales de distintas áreas de conocimiento que trabajan de forma inter y multidisciplinar para conseguir un objetivo común. Tal y como afirmaron Berry y Kohn, “La meta común del equipo quirúrgico es la eficiencia y eficacia en la atención al enfermo individual para aliviar su sufrimiento, restablecer su estructura y funciones corporales y lograr un resultado postoperatorio favorable, contribuyendo a la salud óptima del paciente y su regreso a la sociedad o la muerte con dignidad”. Es decir, proporcionar al enfermo unos cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura (2-3).

La presencia de enfermeras hoy día se considera imprescindible en todo el periodo perioperatorio. Esto contribuye a que el proceso quirúrgico sea para el paciente más confortable y llevadero, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías (1).

La labor fundamental de enfermería será la de cuidar al paciente durante el periodo perioperatorio y no sólo centrarnos en la sala de operaciones en el momento de la intervención quirúrgica ya que empieza antes, en la planta de hospitalización, y termina más allá de aquel, de nuevo dispensando cuidados en la unidad de hospitalización quirúrgica. En cualquier ámbito no debemos olvidarnos que quién entra en una sala de intervenciones no es un caso, no es un proceso, sino una persona, con nombre y derechos, que va a sufrir una experiencia para ella desconocida, fuera de su entorno, a merced de personas extrañas de las que en buena parte depende su vida. Esta nueva realidad puede ser percibida como una amenaza y puede originar en ella un sentimiento de ansiedad debiendo ser atendida con profesionalidad (4).

El rol de enfermería quirúrgica difiere según actúe de instrumentista, circulante o volante y de anestesia, cada una de ellas asume una función principal durante la cirugía. El enfermero/a que se encarga de la preparación y coordinación de todo el acto quirúrgico para que se desarrolle con normalidad se le conoce como enfermero/a circulante. El que realiza la labor de instrumentación y colaboración directa con la cirugía, manteniendo la asepsia y esterilidad de materiales e instrumentos, así como conservando la integridad y seguridad del campo quirúrgico, se denomina instrumentista. Existen otras áreas de actividad, como la relacionada con la anestesia, que dependiendo del número de enfermeros por quirófano, puede estar asumida por el enfermero/a circulante o por un tercero denominado de anestesia (1).

El Quirófano es un medio muy tecnificado. La sociedad e incluso muchos profesionales consideran que la enfermería que trabaja en las áreas quirúrgicas realiza una labor muy técnica en la que hay poco tiempo para prestar cuidados. Se precisan conocimientos, actitudes y habilidades técnicas pero además estar capacitado para desarrollar un juicio crítico y habilidades intelectuales para que la relación enfermera-paciente esté sustentada en el cuidado humano, proporcionando cuidados integrales independientemente de la patología del paciente. Siguiendo a Barnard y Sandelowski, “La enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de la salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medios ambientales tecnológicos.

Es mediadora entre dos fuerzas aparentemente irreconciliables y distintas: la humanidad y la tecnología” (5).

Justificación del tema

Como alumna de 4º Grado de Enfermería, mi objetivo es la adquisición de competencias para poder afrontar mi futuro profesional y llegar a ser una profesional de enfermería competente. Nuestro trabajo como enfermeros podrá ser desarrollado en muchos contextos pudiendo ser el bloque quirúrgico uno de ellos. La adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades sobre enfermería de quirófano es fundamental en el Grado de Enfermería, aunque nuestro aprendizaje no finaliza con el Grado. Tras rotar por quirófano en el Hospital Virgen del Mar durante el Practicum VI, he podido comprobar que éste es totalmente diferente a cualquier otra unidad de cuidados generales o especiales, creando inseguridad y frustración.

Por lo que este Trabajo Fin de Grado pretende aportar información que nos ayude a situarnos dentro del contexto quirúrgico, conocer quiénes son los profesionales que van a atender al paciente y que forman el equipo quirúrgico, el rol de enfermería como parte del mismo y su coordinación con el resto del equipo quirúrgico, así como la importancia del cuidado humano.

DESARROLLO

- **Equipo quirúrgico**

El equipo quirúrgico se subdivide, según las funciones de sus miembros, en:

1. Equipo estéril. Es aquel que tiene acceso al campo estéril. Está formado por diferentes profesionales de distintas áreas, cumpliendo cada uno de ellos unas funciones bien diferenciadas. Todos los miembros que forman el equipo estéril realizan el lavado quirúrgico de manos y antebrazos, se ponen batas y guantes estériles y entran en el campo quirúrgico.

Los miembros que conforman el equipo estéril son los siguientes:

a) Cirujano. Es el responsable del acto quirúrgico. Debe poseer los conocimientos, habilidades y el juicio clínico necesario para desempeñar con éxito la intervención quirúrgica prevista y cualquier desviación necesaria por dificultades imprevistas. Las responsabilidades del cirujano son el diagnóstico y los cuidados preoperatorios, la selección y la realización del procedimiento quirúrgico y el control de los cuidados postoperatorios.

b) Ayudantes del cirujano. Colaboran con el cirujano contribuyendo a mantener la visibilidad de la zona quirúrgica, el control de la hemorragia y la sutura de las heridas.

c) Enfermero/a instrumentista. Mantiene la seguridad, integridad y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico. Los conocimientos y experiencia con las técnicas asépticas y estériles capacitan al enfermero/a instrumentista para manejar los instrumentos y suministros y ayudar al cirujano y sus ayudantes proporcionándoles los instrumentos y suministros requeridos.

2. Equipo no estéril. Es aquel que no tiene acceso al campo estéril. Asume la responsabilidad de mantener una técnica estéril durante la intervención quirúrgica, pero maneja materiales y equipos que no se consideran estériles.

Los miembros que conforman el equipo no estéril son los siguientes:

a) Anestésista. Profesional encargado de inducir la anestesia, mantenerla en los niveles necesarios y tratar las reacciones adversas producidas por ésta durante todo el procedimiento quirúrgico.

b) Enfermero/a Circulante. Controla y coordina todas las actividades dentro del quirófano y vigila los cuidados requeridos por cada paciente. Se asegura de que el equipo estéril dispone de cada uno de los artículos necesarios para desempeñar el procedimiento quirúrgico de una forma eficaz.

c) Enfermero/a de anestesia. Participa en la realización de técnicas de anestesia, cuidados respiratorios y resucitación cardiopulmonar. Dentro del quirófano da apoyo al acto anestésico.

d) Otros. Auxiliar de enfermería, celador, técnicos biomédicos, técnicos de radiología...etc.

Estos profesionales forman el equipo quirúrgico, trabajando de manera inter y multidisciplinaria. Todos ellos son los encargados de la atención del paciente. Cada uno, cumple con una tarea bien definida. Trabajan de forma coordinada ya que luchan por un objetivo común. Centrándonos una vez más en la persona, que es el centro de nuestra atención, proporcionando cuidados de una manera eficiente, oportuna y segura, cumpliéndose así la definición de personal de enfermería de quirófano que según la Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Statement Committee, puede definirse como “Personal que identifica las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas de la persona y pone en práctica un programa individualizado que coordine

los cuidados de enfermería a fin de restablecer o conservar la salud y bienestar del individuo antes, durante y después del acto quirúrgico” (9).

La comunicación y el respeto mutuo son dos herramientas claves en el éxito del trabajo en equipo. La comunicación debe de ser entre los propios profesionales y entre los pacientes, ya que debemos ser conscientes de las necesidades de información de éstos últimos. El respeto mutuo se demuestra mediante la cooperación, coordinación y la información veraz (2, 3, 6, 7, 8, 9).

• ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO

El proceso quirúrgico se desarrolla en tres fases (preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria). En cada una de ellas, los profesionales de enfermería de quirófono realizan actividades diferentes en la atención al paciente quirúrgico.

FASE PREOPERATORIA

La fase preoperatoria comienza cuando el médico toma la decisión de realizar la intervención quirúrgica y finaliza cuando el paciente entra en el área de quirófanos.

El acto quirúrgico genera en el paciente y familiares gran ansiedad y temor. Esto supone en mayor o menor medida una alteración bio-psico-social de la persona. Este estado de ansiedad está generado por una situación de estrés, desconocimiento del proceso y del ambiente hospitalario, o de amenaza en el cambio de rol o estado de salud, repercutiendo negativamente en el postoperatorio ya que la recuperación del paciente depende del estado de su organismo antes de la intervención, de la complejidad de la misma y del estado psicológico del paciente con el que se enfrenta a la intervención quirúrgica.

La visita preoperatoria es realizada en esta fase por el enfermero/a de quirófano, generalmente, el día anterior aunque en algunos hospitales se realiza “in situ”, cuando el paciente llega al área de quirófanos y como ejemplos beneficiosos de ésta se encuentran la disminución de la ansiedad y una mayor satisfacción del paciente (10,11).

VISITA PREOPERATORIA

Esta actividad la realiza el enfermero/a circulante en la planta de cirugía. Entendemos por visita preoperatoria el proceso de personalización de cuidados entre la enfermería de quirófano y el paciente, previo a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada, con los objetivos de proporcionar información, conocimientos en autocuidados, asesoramiento y disminuir la ansiedad y el temor.

Constituye un instrumento al servicio de los profesionales de enfermería implicados en el proceso, con especial énfasis en la colaboración entre los enfermeros/as de la Unidad de hospitalización y los del Bloque Quirúrgico (9).

Es una visita terapéutica, en la que hay que crear un clima de confianza que permita al paciente expresar sus sentimientos, dificultades y miedos procurando normalizar la situación para minimizar las emociones negativas, incluyendo así mismo información sobre el proceso.

Esta intervención enfermera no sólo nos permite dar una información personalizada y adecuada al paciente quirúrgico además de mejorar la satisfacción de éstos (10,11).

FASE INTRAOPERATORIA

La fase intraoperatoria comienza cuando el paciente es recibido en el área de quirófanos y finaliza cuando es trasladado y admitido en la Unidad de Recuperación Postanestésica. En esta fase, el profesional enfermero ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia. Desglosamos

las intervenciones en tres tiempos: antes, durante y después de la intervención e identificamos el profesional de enfermería que las realiza (circulante, instrumentista y/o de anestesia) (9).

ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- *PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO: ENFERMEROS/AS CIRCULANTE, INSTRUMENTISTA Y DE ANESTESIA*

Los enfermeros/as circulante, instrumentista y de anestesia deben realizar una serie de preparativos encaminados a asegurar el correcto desarrollo de la actividad quirúrgica, es decir, deben encargarse de la preparación del quirófano. Estos preparativos consisten en la comprobación del aparataje y del equipo accesorio, disposición de mesas, reposición de medicamentos y material fungible y no fungible, y por último, la preparación específica para la intervención con las cajas de instrumental adecuadas, equipo textil etc. (9).

- *ADMISIÓN Y RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN EL ÁREA DE QUIRÓFANOS. COMPROBACIÓN DE DATOS: ENFERMERO/A CIRCULANTE.*

La recepción del paciente a su llegada al área quirúrgica es una actuación de enfermería básica si se quieren prestar unos cuidados de calidad. En este momento es importante que el enfermero/a circulante haya hecho la visita preoperatoria, ya que el paciente agradecerá el ver una cara familiar (9).

Se seguirá un protocolo de recepción del paciente en el área quirúrgica. El objetivo de este protocolo es potenciar la seguridad del paciente y su confianza en el equipo quirúrgico. Respecto a la primera, las actividades enfermeras corresponden a la primera fase del checklist (lista de verificación quirúrgica). Este proyecto fue lanzado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007 con el objetivo de establecer unas

normas para la seguridad del paciente ya que “las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas” (12).

Entre las actividades a realizar en la recepción del paciente se encuentran:

- Identificarse ante el paciente como el enfermero/a que le realizó la visita preoperatoria.
- Comprobar la coincidencia del diagnóstico y procedimiento propuesto, incluyendo lateralidad, mediante preguntas al paciente e identificación de pulsera.
- Revisar la documentación clínica y la preparación preoperatoria, que deberán ajustarse a la intervención. Se continuará el registro de estos datos en la hoja de ruta quirúrgica (13).

- *TRANSFERENCIA DEL PACIENTE A LA MESA DE OPERACIONES: ENFERMERO/A CIRCULANTE.*

Esta intervención la realiza el celador con la ayuda y supervisión del enfermero/a circulante, llevándose a cabo de forma adecuada para transferir con seguridad al paciente, procurando que esté cómodo y seguro y evitando lesiones tanto para él como para el personal sanitario implicado (11).

- *MONITORIZACIÓN Y ANESTESIA: ENFERMERO/A DE ANESTESIA.*

Una vez que ya se ha realizado la transferencia del paciente a la mesa de operaciones, se procederá a la monitorización de éste, previo a la administración de los fármacos anestésicos. Mediante la monitorización se pueden observar de manera continua muchos aspectos de las funciones respiratoria, cardiovascular y del sistema nervioso.

La monitorización incluye la medición y valoración de los siguientes parámetros: tensión arterial, electrocardiografía y oximetría (9).

El anestesiista será el encargado de la inducción, mantenimiento y despertar de la anestesia. El enfermero/a de anestesia se encargará de la revisión de la cumplimentación de la hoja de preanestesia, preparación del paciente, equipamiento y medicación y dará ayuda experta en situaciones de riesgo que podrán aparecer durante la intervención (14).

- *ACOMPañAMIENTO Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA INTERVENCIÓN EN LA MESA DE OPERACIONES. ENFERMERO/A CIRCULANTE.*

Al acompañar al paciente debemos de procurar que nuestro contacto sea cálido. Para ello será importante el contacto visual y el tacto.

Con una mirada se puede transmitir serenidad, ternura, comprensión y ésta debe de ser percibida por el paciente, al igual que con el tacto podremos comunicar calma, ternura y afecto (15).

El enfermero/a circulante se encargará de la posición adecuada del paciente según la intervención quirúrgica, proporcionando siempre seguridad y comodidad. Cuando haya que mover al paciente anestesiado se seguirán unas pautas básicas.

Se preparará la piel. En ocasiones, es necesario rasurar la zona de la intervención quirúrgica. La recomendación es que no se haga nunca en el quirófano, como mucho en el antequirófano. Dicha preparación incluirá lavado y antisepsia con productos de amplio espectro microbiano (povidona yodada, clorhexidina), evitando en su aplicación el exceso de líquido y realizando los movimientos circulares desde el centro hacia la periferia. Se colocará la placa de bisturí eléctrico y se realizará el sondaje vesical, si procede.

Todos los cuidados de enfermería serán registrados en la historia del paciente o en la hoja de ruta quirúrgica (9).

DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

- *INSTRUMENTACIÓN: ENFERMERO/A INSTRUMENTISTA.*

El enfermero/a instrumentista es un miembro de personal de enfermería del equipo estéril. Por lo tanto realizará el lavado quirúrgico de manos y antebrazos y se colocará la bata y los guantes estériles. Es el responsable de mantener la integridad, seguridad, y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico. Ayudará al cirujano a lo largo de la operación quirúrgica proporcionándole los instrumentos y suministros estériles.

Normas de instrumentación:

- Hay que pasar los instrumentos con decisión y dejarlos firmemente en la palma de la mano del cirujano.
- Los bisturíes se entregan con el filo hacia abajo y la punta hacia la instrumentista.
- Las ligaduras para rodear estructuras se darán mojadas, al igual que las gasas o compresas que se coloquen sobre cualquier estructura (para evitar pérdida de calor). Igualmente se mantendrá húmedo cualquier tejido que vaya a estar expuesto al ambiente.
- Las agujas se montarán por su tercio distal en el portaagujas, más hacia el borde cuanto más finas. El portaagujas se entregarán de forma que el hilo de sutura quede separado del mismo y que el cirujano no lo coja con la mano. Cuando la sutura es continua, el extremo distal del hilo se entrega al ayudante para que no quede fuera del campo operatorio. Nunca deben sobrepasar, los extremos de los

hilos, el plano superior de la mesa de instrumental, ni colgar por los lados del paciente, ni rozar la bata estéril.

- Cuando se ha utilizado instrumental y material de sutura en cavidades internas sépticas (intestino...), se utilizará un nuevo material de sutura para cerrar la herida, y se desecharán los instrumentos y hojas de bisturí utilizados en dichas estructuras. Se cambiarán también los guantes quirúrgicos.
- Es importante comprobar que todas las piezas que tienen varios componentes están completas.
- No son adecuados los tiempos largos de espera, desde la preparación de la mesa.
- Una vez terminada la intervención, se retirarán batas y guantes, antes de salir del quirófano. Nadie debe salir con la bata y guantes usados, fuera del quirófano. Todo el personal volverá a lavarse antes de iniciar la siguiente intervención (2,16).

- *CIRCULACIÓN: ENFERMERO/A CIRCULANTE.*

El enfermero/a circulante coordina y controla todas las actividades del quirófano y vigila los cuidados requeridos por cada paciente. Se asegurará de que el equipo estéril disponga de cada uno de los artículos necesarios para desempeñar la intervención quirúrgica. Es el nexo entre el equipo estéril y el resto del equipo y de otros servicios.

Sus actividades serán valorar, planificar, implementar y evaluar el plan de cuidados; crear un ambiente seguro guardando los principios de asepsia y técnica estéril; asegurar la provisión de materiales al equipo estéril para que pueda realizar eficazmente el procedimiento quirúrgico; mantener la comunicación con otros profesionales y servir de enlace entre el equipo estéril y el que se encuentra fuera del quirófano y que está implicado en el resultado de la intervención quirúrgica; es en definitiva el enfermero/a que ha de estar disponible en todo momento para responder a las necesidades, requerimientos o emergencias que puedan producirse (17).

- *ASISTENCIA AL PACIENTE ANESTESIADO Y CUIDADOS DE COLABORACIÓN: ENFERMERO/A DE ANESTESIA*

Para mantener un buen nivel de anestesia quirúrgica, anestesista y enfermero/a de anestesia se coordinarán. Durante el mantenimiento de la anestesia el enfermero/a anestesista será el encargado de controlar las constantes del paciente, protegerle del riesgo de hipotermia, controlar y administrar sueroterapia y hemoderivados, administrar medicación según prescripción y registrar en la hoja de anestesia (medicación, dosis empleada, control respiratorio, vascular e hídrico) (18).

DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Una vez realizada la intervención, es el momento de la recuperación de las funciones vitales. En este periodo, el anestesista puede precisar la ayuda del enfermero/a de anestesia para colaborar en la ventilación manual, mantener la permeabilidad de la vía aérea, etc.

Cuando el paciente haya despertado será el anestesista quién indique el momento de pasarlo a la camilla. La transferencia debe de realizarse de forma segura y cómoda, controlando en todo momento la vía aérea, la sueroterapia, las sondas, los drenajes, etc.

Realizado todo lo anterior, el celador junto con la enfermera circulante o de anestesia acompañará al paciente desde quirófano a la unidad de reanimación. El enfermero/a de quirófano entregará la historia del paciente e informará al enfermero/a de reanimación del tipo de intervención y del estado del paciente (9).

POSTOPERATORIO INMEDIATO

En este período se llevará a cabo la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía. Tiene lugar en la Unidad de Recuperación Postanestésica.

PREOPERATORIO TARDÍO

Fase de resolución y curación. Tiene lugar en la unidad de hospitalización o en la de cuidados especiales. En esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía, la anestesia y la curación (19).

VISITA POSTOPERATORIA

Se llevará a cabo en la Unidad de Recuperación Postanestésica o en la planta de hospitalización. Deberá de ser realizada por el enfermero/a que realizó la entrevista preoperatoria e implementó el plan de cuidados intraoperatorio para evaluar los resultados de los cuidados administrados.

Concluimos con la importancia de esta organización y coordinación del trabajo de enfermería de quirófano expuesta en el trabajo ya que con ella conseguimos:

- Una atención individualizada.
- Que el paciente se sienta cuidado por el personal de enfermería de quirófano durante toda su experiencia quirúrgica.
- Corregir errores.
- Mejorar la atención al paciente (8).

• LA HUMANIZACIÓN EN EL CUIDADO AL PACIENTE QUIRÚRGICO

El quirófano es un medio altamente tecnificado. Es a menudo un medio frío, aséptico y muy deshumanizado. Hoy en día, existe un notable desarrollo en las técnicas quirúrgicas con el fin de disminuir los efectos negativos de la cirugía. Este hecho lleva consigo que enfermería también desarrolle habilidades cada vez más técnicas y cuente con profesionales altamente competentes que realizan acciones anteriormente solo realizadas por médicos. Es evidente que la sociedad demanda tecnología y desarrollos cada vez más avanzados; y que los sistemas sanitarios demandan una atención cada vez más efectiva y eficiente (5, 15).

Pero enfermería no consiste sólo en realizar actividades con una gran peripecia técnica. Si fuera así, existirían profesionales de elevado saber científico pero incapaces de reconocer a la persona enferma en sí misma, pudiendo ser las prácticas de salud reduccionistas. No debemos olvidar que el centro de nuestra atención es la persona y que no podemos dejarle de lado en la toma de decisiones, respetando su esencia e individualidad (20).

Humanización y tecnificación, son compatibles y ambas son importantes, como dice también Hernández-Yáñez (2010), la enfermería ha sido percibida tradicionalmente como “humanidad sin ciencia”. Las enfermeras deben aprovechar el conocimiento humanista para aplicarlo a su práctica. La vieja relación enfermera basada en la vocación, la caridad y otros valores altruistas debe dejar paso a una relación terapéutica basada en el conocimiento científico, es decir, la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano establecen una asistencia de calidad (5).

El área quirúrgica funciona y se coordina de la misma manera. Debido a esta rutina de trabajo los profesionales tienden a la automatización de los cuidados y no a la individualización, sin centrarse en las características del paciente. Si enfermería no se

orienta a reconocer en cada persona su componente biológico, cultural, social y espiritual y no dirige el cuidado a sus dimensiones física, social y mental, no se establecerá la relación enfermero/a-paciente ni se prestarán los cuidados necesarios para el paciente (21).

La clave para la relación enfermero/a-paciente es la comunicación. Una comunicación verbal efectiva donde existe la escucha activa, utilizando todos los sentidos, no escuchando únicamente con el oído, sino también con la mirada receptiva, con el contacto corporal acogedor, mostrando interés pero no curiosidad, sin interrupciones y atendiendo al lenguaje no verbal del paciente, porque el hecho de sentirse escuchado le estimula para continuar comunicándose. Pero no solo el lenguaje verbal transmite un mensaje, también lo hace el lenguaje no verbal fijándonos en sus expresiones faciales de miedo, tristeza, unos puños cerrados, unas manos temblorosas, etc. (15).

Si bien es cierto, que cada vez más enfermería realiza actividades que requieren un conocimiento científico y que antes no las realizaban por no poseerlo y esto en un gran avance para nuestra profesión, no debemos de retroceder en el tiempo sólo realizando habilidades técnicas, volveríamos a la conciencia de “más que enfermera y menos que medico”, un ATS, un ayudante, sin plena autonomía, un técnico, cuyo ejercicio está orientado a la vertiente técnico asistencial (22).

DISCUSIÓN

En primer lugar, cabe destacar que actualmente de todas las especialidades de enfermería, la de Cuidados Médico-Quirúrgicos, es la única que aún no se ha aprobado su programa formativo ya que está siendo elaborado por la Comisión Nacional correspondiente, existiendo la especialidad de Médico-Quirúrgica en países como Portugal, Suecia y Finlandia, y la especialidad de Quirófano en Alemania, Francia Luxemburgo, Holanda y Gran Bretaña.

Excepto en España, Croacia y Grecia, en los demás países de la Unión Europea existe dentro de enfermería, la especialidad de anestesia, englobando a nivel clínico funciones como la preanestesia, los cuidados postoperatorios, el control del dolor agudo postoperatorio o el apoyo al dolor crónico (24).

Los encargados de la atención del paciente son los miembros que forman el equipo quirúrgico. Éstos trabajan de manera inter y multidisciplinar para conseguir una meta común que es una cirugía óptima y una prestación de cuidados de manera eficiente, oportuna y eficaz y enfermería es uno de sus miembros. El trabajo de enfermería de quirófano comienza en el período previo a la intervención, el preoperatorio, y continúa con el posterior, el postoperatorio. Si no tenemos claro esto, estaremos descuidando otras facetas inherentes al rol enfermero en su actividad autónoma.

Los cuidados comienzan con la visita preoperatoria. Los estudios realizados coinciden con la idea sobre la visita preoperatoria plasmada en este trabajo. Se trata de una personalización de cuidados en la que se pretende dar información adecuada, al mismo tiempo que el paciente pretende resolver dudas, además de conseguir una disminución del temor y la ansiedad y una mayor satisfacción y bienestar del paciente (10).

Aun así, ciertos estudios difieren de la efectividad de la visita preoperatoria. Es conveniente la realización de más ensayos aleatorios para poder afirmar la utilidad de ésta (23).

Se comparte la idea de que si la visita preoperatoria se realiza en el preoperatorio inmediato no habrá una diferencia significativa en la disminución de la ansiedad tal y como demuestra un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego, realizado en dos hospitales comarcales, comparando la alternativa de utilizar una intervención informativa estructurada con la de no realizar ninguna intervención. Los resultados obtenidos es que no existían diferencias significativas en la disminución de la ansiedad (11).

Otro aspecto a destacar es que la figura del enfermero/a de anestesia sigue siendo una gran desconocida. No siempre existe esta figura en el quirófano, siendo asumida por la circulante, aumentando la carga de trabajo de ésta. La anestesia es un campo complejo que requiere preparación por lo que sería importante que esta figura fuera incluida dentro del equipo quirúrgico, colaborando en las diferentes técnicas anestésicas, y realizando un conjunto de cuidados encaminados a prestar apoyo al paciente y de colaboración con él, al equipo de anestesia, prestando una mejor atención al paciente (14, 24).

Tras la realización de las actividades correspondientes al preoperatorio e intraoperatorio, llega la fase postoperatoria. Sería ideal que el enfermero/a que valoró al paciente en el preoperatorio sea el que realice la visita postoperatoria al paciente para valorar también los cuidados administrados en el área de quirófanos. La visita postoperatoria por regla general no se lleva a cabo. Si la entrevista postoperatoria no se realiza, no se proporcionará la información necesaria al paciente ni se le resolverán las dudas que a éste le pudieran surgir apartándonos una vez más de la labor autónoma de enfermería lo que conllevará la inexistencia de la personalización de los cuidados.

Para ser buenos profesionales debemos de centrarnos en la persona y no sólo mostrar importancia al hecho de realizar una actividad. Toda la bibliografía referente a los cuidados de enfermería en quirófano coincide en la importancia de humanizar el cuidado. El centro de nuestra atención será la persona, y nuestro contacto será cercano, comprendiendo sus emociones, sentimientos, escuchando, empatizando, etc. (15,20, 21)

CONCLUSIONES

Mediante este Trabajo Fin de Grado hemos pretendido dar a conocer cómo es la labor de los profesionales de enfermería en el contexto quirúrgico, a veces desconocida tanto para alumnos de Grado de Enfermería como para profesionales del mismo medio y para los pacientes que van a someterse a algún tipo de intervención.

Enfermería forma parte del equipo quirúrgico, tanto estéril si cumple con la función de enfermera instrumentista, como no estéril si cumple la función de circulante o de anestesia, aunque actualmente, la figura del enfermero/a de anestesia no existe en todos los quirófanos siendo asumida por la circulante. A su vez, trabaja coordinadamente con el resto del equipo de salud que atiende al paciente en su experiencia quirúrgica para la consecución de una cirugía óptima.

Enfermería, dentro del equipo quirúrgico realiza tareas bien definidas, detecta las necesidades alteradas del paciente, diseña un plan de cuidados personalizado y finalmente comprueba si los objetivos propuestos se alcanzaron. Todo ello realizado siempre desde la humanización del cuidado. Interaccionando conocimientos, habilidades técnicas y los valores del ser humano, ya que el centro de nuestra actuación es la persona.

En el preoperatorio, una intervención específica de enfermería es la de la visita preoperatoria. Se ha demostrado que dicha visita posee efectos beneficiosos como son la reducción de la ansiedad y el temor siempre que se realice correctamente. Debe ser personalizada, en la cual se proporcionará información y se aplicará un plan de cuidados a la misma vez que se resolverán dudas, el paciente, expresará sentimientos etc. Siempre con un contacto cálido y acogedor.

En el postoperatorio, hoy en día, generalmente, la visita postoperatoria no se lleva a cabo, por lo que entendemos que se desatiende la atención al paciente, no hay continuidad en el cuidado y no se podrán corregir errores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellido JC, Coll E, Quero JC, Calero M J, Gálvez V, Gutiérrez MM et al. Actividad e intervención enfermera en el período intraoperatorio. Biblioteca Lascasas 2009 [acceso 16/03/2013] 5(2). Disponible en:

<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0411.php>

2. Basozabal B, Durán MA. Hospital de Galdakao. Servicio Vasco de Salud. Manual de enfermería quirúrgica. Noviembre 2003 [acceso 13/05/2013]. Disponible en:

http://www.osakidetza.euskadi.net/r85gkhgal04/es/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/manual_de_enfermeria_quirurgica.pdf

3. Equipo Vértice. Cuidados enfermeros en quirófano.1º ed. Málaga: Vértice; 2010 [acceso 20/03/2013] Disponible en:

http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=e2jqLEpXIDAC&oi=fnd&pg=PP2&dq=enfermeria+en+quirofano+organizacion&ots=HsccIzFs2g&sig=T_2kocPppaZj2Rm16UHQmL8PCZM#v=onepage&q=enfermeria%20en%20quirofano%20organizacion&f=false

4. Martín MC, Caravantes MI, García JM, Gómez B. Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente quirúrgico en el hospital comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares (Ciudad Real). Nure investigation 2007 [acceso 27/04/2013] Disponible en:

http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/pdf_proyecto_30_ansiedad1172007113628.pdf

5. Rich Ruiz, M. Humanidad y ciencia en la práctica enfermera. Mirando al futuro sin olvidar al pasado. En: 9º Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica. Córdoba: Asociación Española de Enfermería Quirúrgica; 2013.

6. Amado Z. Atención de enfermería en los centros quirúrgicos. 2010 [acceso 16/03/2013] Disponible en:
http://www.fm.unt.edu.ar/carreras/webenfermeria/documentos/Enfermeria_Quirurgica_Modulo_04.pdf
7. Manual de acogida y funcionamiento del servicio de quirófano para profesionales de nueva incorporación. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor. Área de salud VIII Mar Menor. 1º Ed. Febrero 2013 [acceso 5/5/2013]. Disponible en:
http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/260549-manual_quirofano1.pdf
8. Phillips N. Técnicas de quirófano. Berry & Kohn. 10º ed. Madrid: Elsevier; 2004
9. García MA, Hernández V, Montero R, Ranz R. Enfermería de quirófano. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: DAE; 2007.
10. Orihuela I, Pérez JA, Aranda T, Zafra J, Jiménez RM, Martínez A. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. Enfer. Clin. 2010; 20(6):349–354.
11. Diez E, Arrospide A, Mar J, Álvarez U, Belaustegi A, Lizaur B et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Enferm. Clin. 2012; 22(1):18-26.
12. Organización Mundial de la Salud. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Manual de aplicación. 1º ed. Ginebra: 2008.
13. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso de soporte bloque quirúrgico. Sevilla; 2004.
14. Manasach I, de la Fuente M, Valiente M. ¿Por qué una enfermera de anestesia? Hospital Universitari Sant Joan De Reus. Tarragona [acceso 2/05/2103] Disponible en:
<http://www.menycep.com/congresos/XXIEnfermeria/poster/quevedo2/39.pdf>

15. Valera MD, Sanjurjo ML, Blanco F. El lenguaje de los cuidados. Asociación Española de Enfermería en Urología. 2009 (3): 8-10.

16. Bellido JC, Fernández S, Coll E, Guerra RM. Construcción de un registro de la actividad de la enfermera instrumentista. Inquietudes 2009 [acceso 27/04/2013] 41: 21-34. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1342077307.pdf>

17. Bellido JC, Fernández S, Estepa MJ, García M. Identificación y estandarización de la actividad de la enfermera circulante. Evidentia. 2010 oct-dic [acceso 27/04/2013] 7(32). Disponible en:

<http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/evidentia/n32/ev7368.php>

18. Peix MT, Castro A. Competencias y funciones de la enfermería de anestesia reanimación y terapia del dolor (EARTD). Asociación Española de Enfermería de Anestesia- Reanimación y Terapia del dolor.

19. Del Amo F, García J, Giménez D, Giménez MA, Giner E, Gómez M. Proceso quirúrgico: postoperatorio. 2009-2010 [acceso 18/05/2013] Disponible en:

http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POWER_POSTOPERATORIO.pdf

20. Peres E, de Almeida I, Paes MJ. Humanized care: the act with respect to design improving student nursing. Acta paul. Enferm. 2011 [acceso 20/05/2013] 24(3). Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002011000300005&script=sci_arttext&tn_g=en

21. Arredondo C, Siles J. Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. Index. Enferm. 2009 [acceso 20/05/2013] 18(1). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_arttext

22. Sellán MC. La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española Contemporánea. 2º ed. Madrid: FUDEN; 2010.

23. Toledano R. Valoración de la visita prequirúrgica y su relación con la seguridad del paciente. Rev. Paraninfo Digital 2011 [acceso 17/03/2013] 12. Disponible en:

<http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/para/n11-12/pdf/177d.pdf>

24. Canet J, Monedero P. Enfermería de anestesia en España: ¿Una verdad incómoda o la caja de los truenos? Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2007. 54(5): 265-267.