

## CAPÍTULO 8. PREPARACIÓN QUIRÚRGICA.

1.- Cirugía: concepto y clasificación.

2.- El proceso quirúrgico.

2.1.- Concepto y etapas del proceso quirúrgico.

2.2.- Atención preoperatoria al paciente quirúrgico.

2.2.1.- Acomodación del paciente quirúrgico.

2.2.2.- Anamnesis - exploración del paciente quirúrgico.

2.2.3.- Pruebas complementarias al paciente quirúrgico.

2.2.4.- El estudio preanestésico al paciente quirúrgico.

2.2.5.- La anestesia del paciente quirúrgico.

2.2.6.- El consentimiento informado.

2.3.- Atención al paciente en el día de la intervención.

2.3.1.- Preparación del campo quirúrgico: técnica de rasurado.

2.4.- Atención postoperatoria al paciente quirúrgico.

2.4.1.- Etapa de postoperatorio inmediato.

2.4.2.- Etapa de postoperatorio mediato.

2.4.3.- Complicaciones postoperatorias.

2.5.- Valoración psicológica del enfermo quirúrgico.

## 1.- Cirugía: concepto y clasificación.

La **cirugía** es la rama de la Medicina que se dedica a curar mediante la realización de incisiones en el organismo.

La **clasificación de la cirugía** puede hacerse atendiendo a varios criterios: objetivo, necesidad, modalidad y características del tejido a intervenir.

En función del objetivo.

- **Cirugía diagnóstica**: ayuda a llegar al diagnóstico.
- **Cirugía curativa**: con ella curamos la enfermedad. Ej. extirpación del apéndice.
- **Cirugía reparadora**: restaura la función o aspecto de un tejido.
- **Cirugía paliativa**: no es curativa, sirve para paliar los síntomas producidos por la enfermedad.

En función de la necesidad.

- **Cirugía opcional**: no es esencial para la vida. Ej. cirugía estética.
- **Cirugía programada**: es necesaria para el paciente pero puede demorarse en el tiempo. Ej. cataratas.
- **Cirugía urgente**: debe hacerse con rapidez por ser necesaria para salvar la vida. Ej. hemorragia interna, perforación de víscera hueca,...

En función de la modalidad.

- **Cirugía menor:** intervenciones en las que no se abre ninguna cavidad interna, se realiza con anestesia local y, habitualmente, no requiere sala de reanimación.
- **Cirugía mayor:** intervenciones en las que sí se abre cavidad y requieren de anestesia general y sala de reanimación postquirúrgica.
- **Cirugía de alta precoz:** en ella el paciente no permanece ingresado más de tres días tras la intervención.
- **Cirugía mayor ambulatoria:** el paciente marcha a casa en el mismo día de la intervención.

En función de las características del tejido a intervenir.

- **Cirugía limpia:** los tejidos no están inflamados, no ha habido trauma previo ni intervención anterior sobre la zona. No se penetra en tracto respiratorio, digestivo, genitourinario o cavidad orofaríngea. Si es necesario colocar un drenaje, éste deberá ser cerrado.
- **Cirugía limpia-contaminada:** se penetra en tracto respiratorio, digestivo o genitourinario bajo condiciones controladas y no existe contaminación añadida.

- **Cirugía contaminada:** los tejidos están inflamados pero no hay pus. Puede existir vertido de líquidos orgánicos. Ej. salida importante de contenido gastrointestinal.
- **Cirugía sucia:** existe pus, perforación de víscera o herida abierta con más de 4 horas sin tratamiento específico.

## 2.- El proceso quirúrgico.

### 2.1.- Concepto y etapas del proceso quirúrgico.

El **proceso quirúrgico** es el conjunto de actos médicos y cuidados de enfermería realizados a un paciente que va a ser intervenido por presentar una patología cuya solución es quirúrgica.

Consta de **tres etapas** claramente diferenciadas:

- **Etapla preoperatoria:** es la etapa del proceso quirúrgico comprendida desde que se decide la intervención hasta que el paciente entra en quirófano.
- **Etapla intraoperatoria:** es la intervención quirúrgica propiamente dicha.
- **Etapla postoperatoria:** comienza cuando el paciente sale de quirófano y termina en el momento de su alta hospitalaria.

Por otra parte, entendemos por **asistencia perioperatoria** al conjunto de cuidados que recibe el paciente antes, durante y tras la intervención quirúrgica.

La situación del paciente es distinta en cada una de estas etapas, requiriendo de una atención específica por parte del personal sanitario que ha de ofrecer en cada uno de estos momentos una asistencia de calidad.

## 2.2.- Atención preoperatoria al paciente quirúrgico.

Se denomina **atención preoperatoria** o **asistencia preoperatoria** a los cuidados prestados al paciente por el personal sanitario desde que se decide su intervención quirúrgica o ingresa para ser intervenido hasta el momento de su traslado a quirófano.

Estos cuidados van encaminados a preparar tanto física como mentalmente al paciente para disminuir el riesgo de la intervención y facilitar una recuperación favorable.

### 2.2.1.- Acomodación del paciente quirúrgico.

El paciente puede ingresar en el hospital para ser intervenido por varias vías:

- A través del servicio de urgencias para intervenciones con carácter urgente.
- Mediante cita previa para intervenciones programadas.

En los casos de intervención programada, se le asigna al paciente una fecha concreta para que ingrese, que generalmente es uno o dos días antes de la intervención.

El enfermo es acompañado por un celador hasta la habitación asignada y éste último es, además, el que porta la historia clínica del paciente.

El personal de enfermería será el encargado de la acogida del paciente y explicará al mismo la localización y funcionamiento de los distintos dispositivos (timbres de llamada, iluminación, localización del aseo,...) A continuación, el DUE debe realizar la entrevista o anamnesis y una completa exploración física.

### 2.2.2.- Anamnesis - exploración del paciente quirúrgico.

En una unidad anterior se vio de forma detallada el contenido de la anamnesis y la exploración física, que son, como dijimos, los pasos iniciales para la elaboración del plan de cuidados de enfermería. Comprende tanto un examen general como uno más detallado por órganos y sistemas y un interrogatorio al paciente sobre antecedentes personales, familiares y alergias a fármacos.

No debemos olvidar la valoración de algunos patrones:

- **Patrón nutricional:** se valorará su patrón nutricional y problemas relacionados. No se debe olvidar que una buena nutrición es el principio de una buena recuperación.
- **Patrón de eliminación:** los pacientes con tendencia al estreñimiento suelen ver agravado este problema durante su ingreso hospitalario y periodo de convalecencia por el inmovilismo impuesto en el postoperatorio. Debemos vigilar

estrechamente tanto la diuresis como el balance hídrico y comunicar cualquier desequilibrio detectado.

- **Patrón actividad - ejercicio:** el paciente puede manifestar miedo a perder su independencia tras la intervención. Le escucharemos e intentaremos tranquilizarle. Si existen ejercicios específicos para su recuperación postoperatoria, una vez vuelva a la planta le instruiremos en ello.
- **Patrón sueño - descanso:** es muy habitual que el paciente se encuentre ansioso y asustado ante la proximidad de la intervención y que su descanso no sea reparador.
- **Patrón sensorial:** si el paciente es portador de cualquier tipo de prótesis (auditiva, visual, dental,...) la mantendremos hasta el momento de ir a quirófano y la colocaremos de nuevo una vez regrese de la sala de despertar.
- **Patrón rol - relaciones:** es importante valorar la actitud del paciente y familiares, manifestaciones de cariño, apoyo...
- **Patrón de creencias:** se valorarán las creencias religiosas del paciente si así él desea manifestarlas.

Con la obtención de datos a partir de la anamnesis, exploración y patrones se comienza a elaborar un plan de cuidados que tiende a satisfacer las necesidades del paciente en su globalidad, atendiendo a la aparición de problemas o complicaciones y poniendo en marcha actitudes de intervención específicas.

### 2.2.3.- Pruebas complementarias al paciente quirúrgico.

En las intervenciones programadas, las pruebas complementarias ya están hechas en el momento del ingreso y se encuentran archivadas dentro de la historia clínica. En los casos de cirugía urgente estas pruebas preoperatorias se hacen sobre la marcha.

Hay estudios complementarios comunes a todos los tipos de intervención. Otros varían en función del tipo de cirugía. Las pruebas habituales y comunes son:

- Bioquímica en sangre.
- Hemograma y estudio de coagulación.
- Bioquímica de orina.
- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax.
- Estudio preanestésico.

### 2.2.4.- El estudio preanestésico al paciente quirúrgico.

El estudio preanestésico es una valoración que se hace del paciente previa a su intervención. La realiza el médico anestesista y consiste en una clasificación del paciente según el riesgo quirúrgico. Utiliza un sistema llamado ASA, que es el empleado por la Asociación Americana de Anestesia.



## El riesgo quirúrgico.

Cualquier patología del paciente que altere los efectos del agente anestésico elevará los riesgos. Para asignar un riesgo, el anestesista tiene en cuenta varios factores: edad, patologías concomitantes, tipo de cirugía (grado de destrucción de tejidos, hemorragia, vía de abordaje, técnica empleada...), entre otros.

Así obtenemos los siguientes niveles de riesgo:

- Clase I: paciente sano sometido a cirugía electiva.
- Clase II: paciente con enfermedad leve.
- Clase III: paciente con enfermedad grave que limita su actividad pero no es invalidante.
- Clase IV: paciente con enfermedad incapacitante que supone un riesgo vital constante.
- Clase V: paciente moribundo con expectativa vital menor a las 24 horas, con o sin operación.

Factores que influyen en la determinación del riesgo quirúrgico.

- **Edad:** la mortalidad operatoria es más alta en edades extremas. En el anciano, el riesgo se relaciona con los cambios degenerativos producidos en cada sistema por el envejecimiento.
- **Obesidad:** incrementa el riesgo anestésico y la incidencia de complicaciones. La obesidad en sí misma dificulta la técnica

quirúrgica. Por otro lado, los obesos son personas que con mucha frecuencia sufren, además, enfermedades asociadas del tipo cardiovascular, respiratorio, trombótico...

- **Desnutrición:** eleva el riesgo y dificulta la pronta recuperación del paciente. La hipoproteinemia se asocia a complicaciones infecciosas, retardo en la cicatrización y a menudo coexiste con déficits inmunológicos.
- **Situación inmune:** existen más complicaciones infecciosas en aquellos pacientes que presenten un déficit inmunológico.
- **Presencia de patología cardiovascular:** eleva el riesgo quirúrgico, ya que la anestesia deprime el funcionamiento cardíaco y nervioso. La presencia de infarto en los seis meses previos a la intervención, hipertensión descontrolada, arritmias o insuficiencia cardíaca agrava los riesgos.
- **Patología hepática:** se asocia a desnutrición, problemas de coagulación y mayor riesgo de hemorragia operatoria. La posibilidad de que estos pacientes presenten en el postoperatorio alteraciones de conducta es también muy elevada.
- **Alteraciones en la función renal:** pueden agravarse durante y tras la cirugía elevando la tasa de complicaciones.
- **Otros:** tabaco, diabetes, alcoholismo, consumo de drogas, etc. aumentan también el riesgo quirúrgico.

### 2.2.5.- La anestesia del paciente quirúrgico.

Se entiende por **anestesia** la administración de fármacos para disminuir de forma parcial o total la sensibilidad con el fin de controlar el dolor durante la cirugía.

Dependiendo del territorio en el que se administre distinguimos:

- **Local**: administración directa del anestésico en los tejidos para crear una pequeña zona con ausencia de sensibilidad. Se utiliza en intervenciones pequeñas. El anestésico se puede aplicar de forma tópica sobre la piel o de forma subcutánea.

Tiene la ventaja de su bajo coste, fácil administración y permite al paciente colaborar en todo momento.

- **Regional**: anestesia de una zona del cuerpo más amplia que la anterior mediante la inyección de un anestésico que bloquea un grupo de fibras nerviosas. Ej. Anestesia epidural.
- **General**: con el agente anestésico se consigue la ausencia de sensación y de consciencia. Se administra de forma inhalatoria o intravenosa.

### 2.2.6.- El consentimiento informado.

El **consentimiento** es un permiso obtenido del paciente para la realización de una determinada prueba o técnica; en este caso, para una intervención quirúrgica.

Antes de firmarlo, el paciente debe estar bien informado del tratamiento que va a recibir y de los riesgos que supone para él la intervención. Al firmarlo indica que la elección ha sido voluntaria y protege al profesional sanitario de cualquier reclamación legal.

Si el paciente es menor de edad o no está en plenas facultades para hacerlo, lo firmará el familiar más cercano o, en su defecto, el tutor legal.

El consentimiento informado firmado por el paciente se archivará en su historia clínica con el resto de pruebas e informes.

### 2.3.- Atención al paciente en el día de la intervención.

- ✚ El paciente debe encontrarse en ayunas desde, al menos, diez horas antes de la intervención. Para ello, se colgará la noche antes de forma visible un letrero sobre su cama en el que se lea "ayunas".
- ✚ Rasurado de la zona si procede.
- ✚ Aseo e higiene bucal.
- ✚ Evacuación del intestino y vejiga. Administración de enema de limpieza si está indicado.
- ✚ Retirada de prótesis y efectos personales que se le entregarán a la familia.
- ✚ Eliminación de restos de maquillaje y laca de uñas que impedirían ver cambios en la coloración de la piel y mucosas.

- ✚ Administración de algún fármaco de forma preoperatoria si está indicado en su tratamiento.
- ✚ Comprobación de que su expediente está completo y ha firmado el consentimiento informado.
- ✚ Traslado a quirófano en su cama o camilla con la historia clínica, pijama limpio y pelo recogido.
- ✚ Preparación de su cama y de su habitación para recibirle cuando regrese.

### 2.3.1.- Preparación del campo quirúrgico: técnica de rasurado.

Antes de ir a quirófano es necesario preparar la zona quirúrgica sobre la que se va a practicar la incisión para evitar el riesgo de una infección sobre la herida que podría convertirse en una complicación grave.

Para esta preparación, se rasura una zona de piel amplia alrededor del punto teórico donde se va a practicar la incisión o corte quirúrgico. Esta zona suele estar determinada previamente y protocolizada, pero puede variar mínimamente dependiendo de las preferencias del cirujano.

El rasurado puede hacerse con maquinilla de afeitar o con crema depilatoria.

### Material necesario.

- Maquinilla de afeitarse desechable o crema depilatoria.

- Solución jabonosa.

- Gasas o esponja.

- Batea con agua caliente.

- Tijeras.

- Guantes.

- Empapador para la cama.

- Toalla.

- Antiséptico, paño de campo estéril y esparadrapo si el cirujano lo ha indicado.

### Procedimiento.

- Comprobar la identidad del paciente y el tipo de intervención para determinar el área a rasurar.

- Preparar los materiales y lavarnos las manos.

- Explicar al paciente el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.

- Colocar debajo de la zona a rasurar el empapador para no mojar la sábana.

- Ponernos los guantes y mojar la piel con el agua jabonosa con ayuda de gasas o esponja.

- Estirar la piel con una mano y con la otra rasurar con la maquinilla procurando no realizar ningún corte.

- Limpiar periódicamente la maquinilla sumergiéndola en una cubeta con agua e introduciéndola luego en la otra cubeta con agua limpia antes de volver a rasurar.

- Secar con una toalla.

- Si el cirujano lo ha indicado, aplicar un antiséptico con ayuda de unas gasas y, una vez seco, cubrir la zona con un paño estéril que se fijará con esparadrapo.

- Anotar en la hoja de enfermería el procedimiento realizado y cualquier anomalía observada.

- Si se elige la crema depilatoria, primero habrá que comprobar que el paciente no presenta ningún tipo de alergia. Para ello, con ayuda de un depresor, aplicar una pequeña cantidad de la misma en la cara interna del brazo y esperar unos 20 minutos. Si el paciente refiere sensación de picor o la zona se enrojece rápidamente, retirar la crema y optar por el rasurado

con maquinilla. Si, por el contrario, presenta buena tolerancia, aplicar una capa espesa en la zona a preparar y dejarla actuar durante unos 15 minutos; luego, retirarla en dirección contraria al crecimiento del vello, limpiar el resto de crema y secar la zona.

#### 2.4.- Atención postoperatoria al paciente quirúrgico.

El **periodo postoperatorio** comienza en el momento en que el paciente sale de quirófano. En él se distinguen dos etapas: el postoperatorio inmediato y el mediato.

Los objetivos de la atención de enfermería en el período postoperatorio son:

- Informar a los familiares de cómo ha transcurrido el acto quirúrgico.
- Cubrir las necesidades del enfermo desde que sale de quirófano hasta que marcha a su domicilio.
- Devolver al paciente la máxima funcionalidad posible.

Una vez finalizada la operación, el personal auxiliar suele acompañar al paciente a la sala de reanimación, recoge el material y limpia el instrumental quirúrgico.



### 2.4.1.- Etapa de postoperatorio inmediato.

Transcurre en la sala de despertar, a la que el paciente es trasladado tras la intervención.

El enfermo permanece allí desde que sale de quirófano hasta que cesan los efectos de los fármacos anestésicos y se encuentra en situación estable.

Esta sala está situada cerca de quirófano y de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Su tamaño varía en función del número de quirófanos del hospital y de las intervenciones practicadas a diario.

#### Intervenciones de enfermería en la etapa de postoperatorio inmediato.

Al llegar a la sala de despertar, el enfermo es recibido por el médico anestesista, el DUE y el auxiliar. Una vez estudiada la información sobre el tipo de intervención y fármacos empleados en la sedación, el DUE comenzará su valoración que, generalmente, está protocolizada. En todo caso, se centrará en:

- **Situación cardiovascular:** toma de constantes vitales, valorar coloración de la piel, abrigar al paciente si presenta escalofríos...
- **Función respiratoria:** evaluar la vía aérea, vigilar la frecuencia respiratoria y las características de la misma, administrar oxigenoterapia mediante mascarilla facial,...

- **Estado neurológico:** comprobar el nivel de conciencia, la movilidad espontánea, la orientación...
- **Aparato digestivo:** vigilar la aparición de náuseas o vómitos y colocar al paciente en posición lateral de seguridad para disminuir el riesgo de aspiración del vómito.
- **Controlar el dolor:** mediante la administración de analgésicos prescritos.
- Observar y controlar los distintos **apósitos, catéteres** y **sistemas de drenaje**.

EJEMPLO DE PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA			
	PUNTUACIÓN		
	2	1	0
ACTIVIDAD	Mueve los miembros espontáneamente o a demanda.	Mueve dos miembros espontáneamente o a demanda.	No mueve ningún miembro.
RESPIRACIÓN	Profunda y tose.	Disnea.	No respira solo.

CIRCULACIÓN	Tensión arterial +/- 20% a la preanestésica.	Tensión arterial +/-25% a la preanestésica.	Tensión arterial +/- 50% a la preanestésica.
CONCIENCIA	Despertar completo.	Responde a la llamada.	Ninguna respuesta.
COLORACIÓN	Rosa.	Pálida-amarillenta.	Cianótica.

Nota: Cuando el paciente tiene 7 ó más puntos en esta escala, se considera que puede ser trasladado a la sala de hospitalización.

El anestesiólogo examinará al paciente antes de darle el alta a planta y anotará en la gráfica su estado en ese momento. Pasará a la sala de hospitalización una vez que cumpla las siguientes condiciones:

- ▶ Despierto con capacidad normal de respuesta.
- ▶ Hemodinámicamente estable; es decir, con buena tensión arterial y frecuencia de pulso.
- ▶ Ventilación espontánea adecuada.
- ▶ Dolor controlado con analgesia pautada.

El DUE de la sala de despertar informará detalladamente de la evolución del paciente al personal de enfermería de planta y cumplimentará

debidamente la gráfica con registro de constantes y balance hídrico, así como medicación administrada y pautada.

El personal auxiliar debe conocer las características del enfermo que ingresa en la sala de despertar y sus posibles complicaciones. Asistirá en todas las tareas al DUE y acompañará al enfermo en su proceso de recuperación de la anestesia orientándolo y tranquilizándolo cuando vaya recobrando la conciencia.

#### 2.4.2.- Etapa de postoperatorio mediato.

Este período comienza cuando el paciente, una vez que ha desaparecido el efecto anestésico y su situación es estable, sube a la planta de hospitalización. Esto no implica que no puedan aparecer complicaciones a partir de este momento, por lo que debemos seguir estrechamente al enfermo para detectar de forma precoz cualquier anomalía.

La etapa de postoperatorio termina cuando es dado de alta a domicilio.

#### Intervenciones de enfermería en la etapa de postoperatorio mediato.

Una vez en la planta, se hará una nueva valoración por parte del DUE anotando:

- constantes vitales;
- nivel de conciencia;
- patrón respiratorio;

- coloración de piel y mucosas;
- sensación de escalofríos;
- presencia de náuseas o vómitos;
- existencia de dolor;
- revisión de drenajes: volumen, características del líquido;
- revisión de catéteres o vías venosas;
- revisión de sonda urinaria;
- revisión de herida y apósito...

Tras esta valoración inicial, se elaborará un plan de cuidados integral que garantice, durante la hospitalización y hasta el momento del alta a domicilio, la satisfacción de necesidades fundamentales y ofrezca unos cuidados de calidad.

Se insistirá especialmente en:

- **Función respiratoria:** aspirar secreciones cada vez que sea necesario, ya que su cúmulo puede favorecer una infección respiratoria; animar al paciente a que tosa y haga respiraciones profundas.
- **Función cardiovascular:** toma de tensión arterial y pulso (este control se realizará por turnos de trabajo del personal; es decir, mañana, tarde y noche, aunque si es preciso se realizarán con mayor frecuencia); vigilar drenajes por si existe pérdida excesiva de sangre; disminuir el riesgo de aparición de alteraciones circulatorias, como es la formación de trombos

que pueden ocluir un vaso sanguíneo (enfermedad tromboembólica).

- **Ansiedad y dolor:** administrar analgésicos y valorar resultados; dispersar los miedos y temores; escuchar activamente y dar seguridad en los momentos de desánimo; ofrecer ayuda psicológica especializada en los casos en que sea necesario.
- **Estado nutritivo:** cuidados de la sonda nasogástrica si la tiene; ofrecer la dieta en pequeñas cantidades hasta ver tolerancia; añadir a la dieta suplementos si están indicados; instruir al paciente y familiares de la importancia de una correcta alimentación para una recuperación favorable.
- **Eliminación:** cuidados de la sonda urinaria si la tiene; vigilar la diuresis y controlar el balance hídrico; administrar enemas o laxantes para prevenir el estreñimiento agravado por la inmovilización.
- **Movilidad:** promover la movilización precoz y progresiva según lo indicado por su médico responsable.
- **Sueño-vigilia:** proporcionar un ambiente tranquilo que propicie el descanso nocturno; administrar medicación hipnótica si está prescrita.
- **Cuidados de la herida quirúrgica:** procurar que el paciente comprenda el procedimiento de curas y precauciones con la

herida e instruir a los familiares en las medidas de cuidado y signos de alarma.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ETAPA POSTOPERATORIA		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ETAPA POSTOPERATORIA INTERVENCIONES	
	POSTOPERATORIO INMEDIATO	POSTOPERATORIO MEDIATO
SITUACIÓN CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Toma de constantes vitales.</li> <li>● Valorar coloración de la piel.</li> <li>● Abrigar al paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Toma de tensión arterial y pulso.</li> <li>● Vigilar drenajes.</li> <li>● Disminuir el riesgo de alteraciones circulatorias.</li> </ul>
FUNCIÓN RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluar vía aérea.</li> <li>● Vigilar frecuencia respiratoria y sus características.</li> <li>● Administrar oxigenoterapia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aspirar secreciones.</li> <li>● Animar a toser y a hacer respiraciones profundas.</li> </ul>

<p>ESTADO NEUROLÓGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar el nivel de conciencia.</li> <li>• Comprobar el nivel de movilidad espontánea.</li> <li>• Comprobar orientación.</li> </ul>	
<p>APARATO DIGESTIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar aparición de náuseas o vómitos.</li> <li>• Disminuir riesgo de aspiración del vómito.</li> </ul>	
<p>SISTEMAS DE DRENAJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación.</li> <li>• Control.</li> </ul>	
<p>SUEÑO- VIGILIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar ambiente tranquilo.</li> <li>• Administrar la medicación hipnótica.</li> </ul>	
<p>ANSIEDAD Y DOLOR</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar analgésicos y valorar resultados.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dispersar miedos y temores.</li> <li>● Escucha activa.</li> <li>● Animar y dar seguridad.</li> <li>● Ofrecer ayuda psicológica.</li> </ul>
ESTADO NUTRITIVO		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidados de la sonda nasogástrica.</li> <li>● Ofrecer la dieta en pequeñas dosis y ver tolerancia.</li> <li>● Añadir a la dieta suplementos indicados.</li> <li>● Instruir al paciente y familiares.</li> </ul>

ELIMINACIÓN		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuidar la sonda urinaria.</li> <li>● Vigilar diuresis y balance hídrico.</li> <li>● Administrar enemas o laxantes.</li> </ul>
MOVILIDAD		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Promover la movilización precoz y progresiva.</li> </ul>
CUIDAR LA HERIDA QUIRÚRGICA		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar al paciente el procedimiento.</li> <li>● Instruir a familiares.</li> </ul>

### 2.4.3.- Complicaciones postoperatorias.

Podemos encontrarnos muchas y variadas complicaciones postoperatorias. En general, éstas guardan relación lineal con el estado de salud del paciente y la complejidad de la intervención quirúrgica. A más patología del enfermo, cirugía más agresiva y más carácter de urgencia, mayor riesgo de complicación.

Una atención postoperatoria satisfactoria en los pacientes quirúrgicos tiene como objetivo disminuir la incidencia de complicaciones tras la intervención.

Algunas de las **complicaciones más frecuentes** son:

- **Fiebre.** Es un síntoma frecuente en el postoperatorio. Su presencia no siempre indica infección pero obliga a una exploración minuciosa.

Por regla general, la fiebre precoz en las primeras 48 horas tras la intervención es una respuesta biológica del organismo a la agresión quirúrgica. Después del tercer día, las causas más frecuentes de la fiebre son la existencia de infección urinaria o respiratoria. Cuando se debe a infección de la herida quirúrgica, la fiebre suele manifestarse a partir del quinto-sexto día del postoperatorio, junto a signos locales inflamatorios en la herida.

- **Complicaciones de la herida.**
  - **Hematoma:** cuanto mayor haya sido la destrucción tisular durante la intervención, mayor riesgo existe de acumulación de sangre en planos profundos, de hemorragia interna y de repercusiones en el estado general del paciente (hipotensión, taquicardia, anemia...) El hematoma puede abombar la herida quirúrgica y dificultar el proceso normal de cicatrización. Otras

veces lo que encontramos es hemorragia a través de la herida, generalmente sin repercusión y de fácil control.

- **Dehiscencia:** es la separación o rotura del cierre de una herida. Es muy característico que cuando hay una dehiscencia a nivel de pared abdominal se produce una salida de las asas intestinales. Se manifiesta entre el 5º y 7º día.

- **Infección:** suele aparecer entre el 5º-6º día tras la intervención. Los gérmenes pueden provenir del propio paciente, del ambiente o del instrumental quirúrgico; la zona se enrojece, presenta un aumento de temperatura local y puede drenar material purulento. Si hay colección purulenta, hay que drenarla, tomar muestra para cultivo microbiológico y comenzar tratamiento antibiótico.

- **Complicaciones respiratorias.** Las infecciones respiratorias son la principal causa de muerte postoperatoria. Las manifestaciones clínicas suelen ser fiebre, disnea y, a veces, dolor pleurítico. Si se acompaña de insuficiente oxigenación, aparecerá cianosis, taquipnea y disminución del nivel de conciencia. El empleo de anestésicos, la intubación orotraqueal o la aspiración de contenido gástrico son factores favorecedores de infección respiratoria postoperatoria.

- **Complicaciones cardíacas.** No es raro encontrar cifras de tensión arterial elevadas en el postoperatorio de un paciente que no era hipertenso, ya que ésta es una de las reacciones del organismo al dolor. Por este mismo mecanismo, pueden aparecer cierto tipo de arritmias cardíacas. Ante la presencia de algún tipo de arritmia no conocida en el paciente se debe hacer su estudio mediante electrocardiograma e instaurar tratamiento específico si procede.

Una de las complicaciones más temidas es el infarto de miocardio postoperatorio, entidad con gran mortalidad, que suele manifestarse a los 3-4 días de la intervención.

- **Complicaciones renales.** Los anestésicos de acción prolongada y una hipertrofia prostática en el varón son favorecedores de retención urinaria aguda que obliga a sondaje urinario evacuatorio. Los portadores de sonda urinaria de forma prolongada en el postoperatorio se asocian a mayor aparición de infecciones urinarias que los no portadores. No es raro encontrar un detrimento de la función renal durante el postoperatorio: la hipotensión mantenida, deshidratación, pérdida de líquido intraoperatorio y escasa reposición de los mismos pueden precipitar esta complicación que se manifestará inicialmente por oliguria.

Algunas de las complicaciones postquirúrgicas simplemente alargarán el periodo postoperatorio; otras, originarán un resultado no satisfactorio de la cirugía; pero hay un porcentaje de ellas que pueden poner en peligro la vida del paciente.

El paciente quirúrgico anciano es frágil. A su situación y comorbilidad previa se le añade la agresión quirúrgica y el estrés de la hospitalización; por eso, con estos pacientes se habrán de extremar los cuidados y vigilancia para detectar y yugular de forma precoz cualquier tipo de complicación.

## 2.5.- Valoración psicológica del enfermo quirúrgico.

Un pilar fundamental a la hora de afrontar el estrés de la cirugía es la situación psicológica del paciente.

En el paciente quirúrgico, son varias las causas de miedo y ansiedad:

- **Miedo a la anestesia:** teme no volver a despertar tras ella, a perder el control de sí mismo durante sedación, etc.
- **Miedo a la propia enfermedad que motiva la intervención:** miedo a que, a pesar de la operación, su patología no se cure.
- **Miedo al dolor y complicaciones postoperatorias:** hemorragias, infecciones,...
- **Miedo a morir:** tanto por su enfermedad como por el acto quirúrgico o sus complicaciones.

- **Miedo al cambio brusco:** sobre todo en pacientes que se someten a intervenciones agresivas como amputaciones de miembros, resecciones amplias en zonas visibles,...
- **Miedo a la nueva situación social:** mayor dependencia de los demás, baja laboral,...

El personal de enfermería intentará distintas estrategias para ayudar al paciente a controlar estos miedos:

- Detenerse a escuchar al paciente, facilitándole que transmita sus miedos y angustias.
- Ofrecer información completa y veraz tanto a él como a su familia.
- Reafirmar la confianza del enfermo en sí mismo.
- Identificar los seres queridos que le benefician con su compañía y ayudan a su relajación.
- Averiguar cuáles son sus expectativas ante la cirugía, corrigiendo aquéllas que sean irreales.
- Explicar los procedimientos que se le van a realizar de forma comprensible y detallar los pasos de la rutina perioperatoria.
- Instruirle sobre técnicas de relajación: respiración lenta y profunda, reducción de estímulos sensoriales, duchas calientes, técnicas de distracción como leer o escuchar la radio,.... Si es

preciso, se consultará con su médico la posibilidad de administrar medicamentos ansiolíticos.

Las intervenciones del personal de enfermería irán encaminadas a detectar problemas de tipo psicológico del enfermo quirúrgico e intentar que su estado emocional sea el más propicio antes de la cirugía.