

La enfermera en el área quirúrgica

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES E IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES

ANNA FALCÓ-PEGUEROLES: Profesora, Coordinadora Enfermería Clínica I Grado Enfermería.
 CATALINA RODRÍGUEZ-GARCÍA: Enfermera Área quirúrgica. Hospital Universitario Bellvitge. Profesora asociada.
 JOAN MARIA ESTRADA-MASLLORENS: Profesor, Director Máster de Enfermería Quirúrgica de la UB.
 Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica. Escuela de Enfermería y Podología.
 Campus Ciencias de la Salud de Bellvitge. Universidad de Barcelona.
 Dirección: Escuela de Enfermería y Podología. Edificio Pabellón de Gobierno. Campus Ciencias de la Salud de Bellvitge. Universidad de Barcelona. Feixa Llarga s/n. L'Hospitalet de Llobregat 08907 (Barcelona).
 Despacho 331. Teléfono: 93 402 42 28. Dirección de contacto: annafalco@ub.edu

Resumen

La aportación de la enfermera quirúrgica es fundamental para garantizar la seguridad de la persona que se somete a una intervención; además de acompañarla, este profesional especializado trabaja para garantizar que la persona se encuentre en las mejores condiciones físicas y psíquicas para afrontar un procedimiento de estas características. Frecuentemente, el cuidado enfermero en el bloque quirúrgico se halla descrito desde el enfoque biomédico puesto que se centra en el tipo de cirugía o en la técnica quirúrgica, perspectiva que puede ser insuficiente y obsoleta a la hora de identificar las áreas de intervención profesional y de clarificar los objetivos del equipo enfermero en el área quirúrgica. Se describen en este trabajo las intervenciones enfermeras, como el apoyo emocional, la potenciación de la seguridad y la prevención de la infección; y se identifican también las complicaciones potenciales más prevalentes en las diferentes etapas del proceso quirúrgico, como la hemorragia, la hipoxia o la hipotermia, entre otras, desarrollado todo ello a partir de la estructura de razonamiento enfermero y poniendo énfasis, desde una visión humanizadora de los cuidados, en la persona.

La especificidad del área quirúrgica demanda a un profesional enfermero preparado y competente en el acompañamiento y el apoyo emocional de la persona y su familia, que demuestre conocimientos y habilidades en el manejo técnico e instrumental asociado a cada tipo de cirugía; y, también, competente en el diagnóstico de las complicaciones potenciales y en el desarrollo de actividades dirigidas a su prevención, detección precoz y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERA QUIRÚRGICA, COMPLICACIONES POTENCIALES, INTERVENCIONES ENFERMERAS, CUIDADOS QUIRÚRGICOS.

THE NURSE IN THE SURGICAL AREA: PREVENTION OF COMPLICATIONS AND IMPLEMENTATION OF INTERVENTION IN PATIENT CARE

Summary

The contribution made by the surgical nurse is essential to ensure the security of the patient who is subjected to surgery, as well as accompany this specialized professional work to ensure that the patient is in the best physical and mental condition to deal with procedures of these characteristics. Nurse care in the surgical area is frequently described from a biomedical approach as it focuses on the type of surgery or the surgical technique, a perspective that might be inadequate and obsolete in identifying the areas of professional intervention and in clarifying the objectives of the nursing staff in the surgical area. In this paper, nursing interventions such as emotional support, enhanced security and the prevention of infection are described as well as the identification of potential complications more prevalent in the different stages of surgical procedure, such as bleeding, hypoxia or hypothermia, among others, all these different points are developed from a rationalistic nursing approach with emphasis on a humanistic vision of patient care.

The specificity of the surgical area demands a prepared and competent professional nurse in the emotional support of the patient and his or her family, as well as the demonstration of knowledge and skills in technical management and instruments associated with each type of surgery. It also requires competence in the diagnosis of potential complications and the development of activities designed to the prevention, early detection and treatment of potential health problems.

KEY WORDS: SURGICAL NURSE, POTENTIAL COMPLICATIONS, NURSING INTERVENTIONS, SURGICAL CARE.



IMAGENES FACILITADAS POR COVIDIEN SPAIN, S.L.

Las respuestas deben ser claras, concretas y realistas

Introducción a la enfermería quirúrgica

El área o bloque quirúrgico constituye una unidad de máxima asepsia que agrupa los quirófanos, las instalaciones y el equipamiento necesario para realizar procedimientos quirúrgicos en un hospital. Esta área específica está dotada de tecnología y profesionales especializados que permite compatibilizar la seguridad, la mejor eficacia quirúrgica y el menor grado invasivo en las técnicas y procedimientos operatorios. El equipo enfermero, formado por las enfermeras circulante o coordinadora, instrumentista y de anestesia, es parte integrante de un equipo multidisciplinar de profesionales compuesto también por los cirujanos y el anestesista. La aportación de la enfermera quirúrgica es fundamental para garantizar la seguridad de la persona que se somete a una intervención; además de acompañarla en todo momento, trabaja para garantizar que esté en las mejores condiciones físicas y psíquicas para afrontar un procedimiento de estas características.

Si bien la aportación profesional enfermera es indudablemente un factor relevante, en la literatura, el cuidado enfermero realizado durante el proceso quirúrgico parte, frecuentemente, de un enfoque biomédico al describir las actividades enfermeras relacionándolas con una técnica o intervención quirúrgica. Aunque este enfoque podía ser correcto en algunos contextos muy específicos, puede estar hoy obsoleto y ser insuficiente a la hora de identificar las áreas de intervención profesional y de clarificar los objetivos del equipo enfermero como tal en el área quirúrgica.

Partiendo de la necesidad de explicitar estos cuidados, se describen a continuación las intervenciones enfermeras que se realizan durante todo el proceso quirúrgico dando respuesta a las necesidades de la persona sometida a una operación. El objetivo es doble: por una parte, poner énfasis en la persona, esto es considerar sus conocimientos, expectativas e inquietudes en relación al proceso quirúrgico y no en la intervención quirúrgica o los aspectos técnicos de la misma [1], aspecto fundamental si se parte de una visión humanizadora de los cuidados; por otra, visualizar la aportación del profesional enfermero en un área tan compleja y específica como la quirúrgica de un centro hospitalario. Además se amplía en este artículo la perspectiva aportada por otros autores sobre la especificidad de las intervenciones enfermeras y las complicaciones potenciales durante el perioperatorio [2], el intraoperatorio [3-5] o el postoperatorio [6-7].

La enfermera quirúrgica realiza fundamentalmente actividades que forman parte del rol profesional de colaboración interdisciplinar, potenciando las habilidades en la formulación diagnóstica de los problemas asociados a la intervención quirúrgica u otros tratamientos o bien los asociados a la enfermedad. Como afirman los expertos [8-10], en el rol de colaboración el campo de actividad enfermera se centra en la prevención y detección precoz de las complicaciones potenciales así como en la administración de los tratamientos prescritos.

El proceso quirúrgico se sucede a través de tres etapas: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.



IMAGEN FACILITADA POR COVIDIEN SPAIN, S.L.



IMAGEN FACILITADA POR COVIDIEN SPAIN, S.L.

La enfermera gestiona las emociones de la persona y de sus familiares, escuchando y apoyando

Periodo preoperatorio

Se inicia al tomar la decisión de practicar la intervención quirúrgica y finaliza cuando la persona llega al quirófano. Durante este periodo la enfermera la prepara para el proceso quirúrgico. En esta línea, interviene en la ejecución de diversas actividades normalmente protocolizadas como la comprobación de si consta correctamente cumplimentado el Documento de Consentimiento Informado, documento médico-legal que demuestra que el individuo ha pasado previamente por un proceso de información sobre la intervención quirúrgica y sus riesgos [11]. También es necesaria su preparación para el acceso al campo quirúrgico y de la piel para la incisión, para disminuir el riesgo de infección. Debe asegurarse del cumplimiento del periodo de ayuno, normalmente de entre 8 a 12 horas previas a la cirugía, con el objetivo de reducir la complicación potencial de broncoaspiración por reflujo. También en la línea de la prevención, la enfermera debe aconsejar a la persona continente miccionar antes de entrar a quirófano, con el objetivo de evitar fugas durante la intervención; también comprobar que se han retirado las joyas, el reloj y las prótesis dentales para evitar el riesgo de quemaduras por el bisturí eléctrico, y el de broncoaspiración; y comprobar la ausencia de maquillaje y esmalte de uñas, para disminuir el riesgo de infección, además de facilitar el control de la oxigenación y circulación distales.

Además de estas medidas generales, cada cirugía requiere unos cuidados específicos en la fase prequirúrgica. Por citar algunos ejemplos, en cirugía oftálmica se procede a la administración de colirios para la dilatación pupilar. En neurocirugía, se realiza el lavado terapéutico del cuero cabelludo en la cirugía craneal con el fin de reducir el riesgo de infección, minimizar la angustia prequirúrgica y mejorar la adaptación a los cambios corporales por la cirugía [12]. Por último, en la cirugía abdominal y pélvica debe administrarse un enema de limpieza para disminuir la complicación de infección o peritonitis.

En otra línea, la enfermera quirúrgica realiza durante este periodo acciones que están relacionadas con las complicaciones potenciales que aparecerán en el intraoperatorio. Algunas de estas complicaciones, que están detalladas más adelante en este artículo, conjuntamente con otras, son las de hipoxia/hipercapnia, trombosis e infección. Estas complicaciones intraoperatorias explican la adopción en el preoperatorio de medidas dirigidas a enseñar técnicas básicas de fisioterapia respiratoria para mejorar la función ventilatoria y disminuir el riesgo de atelectasia postoperatoria [13] y ejercicios para mejorar el retorno venoso y la circulación periférica.

Además de estas actividades normalmente establecidas en los protocolos de los centros, la enfermera quirúrgica inicia aquí intervenciones que proseguirán,



IMAGEN FACILITADA POR BI MÉDICA.

algunas de ellas, durante todo el proceso. Estas áreas de intervención enfermera son: dar apoyo emocional a la persona y la familia, preservar y potenciar la seguridad del paciente y prevenir la infección nosocomial. Se describen a continuación cada una de estas intervenciones profesionales concretando sus objetivos y metodología de implementación.

Dar apoyo emocional a la persona y la familia

Todo proceso quirúrgico provoca en la persona que se somete a una intervención una serie de respuestas psicósomáticas naturales frente a un acto clínico frecuentemente desconocido. Enfrentarse a una intervención quirúrgica, dentro del marco de una alteración de la salud que la justifica, genera en el individuo miedo a lo desconocido y a un entorno técnico altamente especializado. También es frecuente la percepción de la posibilidad de una muerte próxima, de no despertar, un sentimiento asociado, en gran medida, a los riesgos que implica la cirugía y la anestesia. La enfermera circulante, profesional de referencia para la persona durante todo el proceso quirúrgico, realiza la entrevista preoperatoria con el objetivo de recabar datos para ser incluidos en la historia clínica, dando relevancia a aquellos que están directamente relacionados con la intervención. También esta primera toma de contacto entre la persona y la enfermera quirúrgica va dirigida a valorar las circunstancias que envuelven al paciente en relación al proceso quirúrgico y a iniciar ya las medidas encaminadas a reducir la ansiedad, lo que comporta efectos muy beneficiosos [1, 14, 15] a corto y largo plazo. La enfermera quirúrgica gestiona emociones de la persona pero también de su familia, aplicando técnicas de escucha activa y de apoyo emocional [2,15]. Si bien es de vital importancia valorar y documentar los miedos, el

persona un fármaco ansiolítico según protocolo con el fin de reducir la respuesta neurovegetativa simpática normalmente desencadenada por una situación de estrés corporal; además de controlar su efectividad terapéutica.

Preservar y potenciar la seguridad del paciente

Garantizar la seguridad durante todo el proceso quirúrgico de las personas intervenidas es una de las prioridades que persigue el equipo del área quirúrgica y, de forma particular, la enfermera quirúrgica. La alteración del estado de conciencia por la sedación o la anestesia o bien la complejidad técnica de una intervención quirúrgica hace especialmente vulnerable a la persona, hecho que justifica extremar las medidas de seguridad y control para disminuir riesgos o fallos. De hecho, se consideran fuentes potenciales de error, la localización del área quirúrgica, la tipología del procedimiento o la identificación del paciente [16]. Con el objetivo de prevenir el error, los equipos disponen de protocolos específicos y de sistemas de evaluación continua para garantizar la seguridad desde el ingreso hasta el traslado a los servicios de intensivos, a planta de hospitalización o al domicilio.

A nivel global, la actividad quirúrgica representa una tasa del 40% de los efectos adversos del total de los informados en los centros hospitalarios [17]. En esta línea, en el XVII Foro Internacional de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se constató que un 25% de las hospitalizaciones presentaba complicaciones [17]. A partir de esta constatación, la misma OMS elaboró un plan estratégico para la implantación del Listado de Comprobación de la Seguridad en Cirugía, Surgical Safety Checklist, que ha sido adoptado por la Asociación Española de Cirujanos [18] y que se

desconocimiento o bien las dudas expresadas, también lo es dar respuestas claras, concretas y realistas que satisfagan estas demandas. Particularmente, la enfermera proporciona un entorno favorable a la expresión de sentimientos y a la explicación de las fases del proceso quirúrgico. La tensión en la espera experimentada por la familia durante el intraoperatorio, explica la adopción de medidas dirigidas al sosiego y a transmitir confianza en el equipo.

Por último, la enfermera quirúrgica administra a la



IMAGEN FACILITADA POR CAREFUSION IBERIA.

está implantando actualmente en muchos hospitales, conjuntamente con otras recomendaciones internacionales [19] dirigidas a reducir el riesgo de error. Este sistema es un protocolo que concreta las medidas y acciones que deben comprobarse antes, durante y al finalizar la intervención quirúrgica, incluyendo actividades como: identificación del paciente, comprobación de antecedentes alérgicos conocidos o de la zona quirúrgica. Estas comprobaciones las realizan todos los miembros integrantes del equipo quirúrgico, como el cirujano, el anestesista y la enfermera quirúrgica.

También, en la línea de potenciar la seguridad de la persona intervenida por parte del equipo quirúrgico, las últimas recomendaciones van dirigidas, en primer lugar, a fortalecer la comunicación eficaz en el quirófano; extremar las medidas de seguridad antiincendio; disponer de protocolos para la prevención de la trombosis venosa y para el manejo perioperatorio de los fármacos anticoagulantes y antiagregantes; extremar las precauciones para evitar los errores de medicación; adoptar medidas concretas para la administración de hemoderivados en el área quirúrgica; prevenir la permanencia de cuerpos extraños, como las gasas o el

instrumental, dentro de la herida quirúrgica posteriormente a la sutura; y, por último, extremar las medidas de prevención de la infección nosocomial [16].

Por todo ello, la intervención en la preservación y potenciación de la seguridad del paciente en el bloque quirúrgico es una prioridad también para el equipo enfermero que se concreta en: la ejecución de medidas de revisión, control y verificación en relación a la fármaco y hemo terapias, el instrumental y material quirúrgico, los dispositivos y el soporte tecnológico y, por supuesto, la identificación de la persona.

Prevención de la infección nosocomial

Aunque el área quirúrgica está diseñada física y organizativamente para prevenir la transmisión de microorganismos, las infecciones nosocomiales asociadas al proceso quirúrgico representan un 14% de todas ellas [20, 21].

La intervención quirúrgica es necesariamente un proceso invasivo en el que se destruye la primera línea de defensa corporal al realizar la incisión. A este riesgo de infección debe añadirse el asociado a otras técnicas invasivas que acompañan la cirugía, como la implantación de catéteres venosos, vesical, intubación orotraqueal o drenajes, entre otros, que aumentan considerablemente este riesgo. En esta línea, la enfermera quirúrgica, igual que el resto del equipo, extrema las medidas de asepsia procurando la seguridad y la protección de la persona, medidas que se concretan, también, en que el personal respete los circuitos de paso, la utilización de la indumentaria adecuada y la correcta preparación de la zona de incisión [22].

Periodo intraoperatorio

Se inicia cuando el paciente llega físicamente al quirófano donde es recibido por la enfermera circulante y termina cuando es conducido a la sala de reanimación. Durante este periodo, la enfermera instrumentista realiza diversas funciones esenciales dirigidas a la supervisión del material, del instrumental y de la tecnología, la preparación y el soporte para la vestimenta estéril del resto del equipo que participará en la intervención quirúrgica. También la enfermera de anestesia realiza una labor de supervisión y comprobación del material, los fármacos y los aparatos de soporte ventilatorio y hemodinámico.

Conjuntamente con la enfermera circulante, el resto del equipo de enfermería quirúrgica realiza actividades enfocadas a la prevención, la detección precoz y el tratamiento de las complicaciones potenciales asociadas a la alteración de la conciencia, a los procedimientos invasivos y quirúrgicos, a la inmovilización y a las condiciones térmicas del quirófano.

Las complicaciones potenciales más prevalentes que se presentan en esta fase son:

- Broncoaspiración secundaria a (S/A) pérdida de

conciencia por la inducción anestésica. La regurgitación de contenido gástrico puede provocar su acceso hacia el espacio traqueobronquial, comportando problemas respiratorios como la obstrucción de la vía aérea y la infección respiratoria.

- Shock anafiláctico S/A la administración de fármacos intraoperatorios. La infusión endovenosa de determinados fármacos, como los relajantes musculares, antibióticos o sedantes, representa un riesgo de reacción alérgica aguda para la persona intervenida, manifestándose con vasodilatación, hipotensión y constricción bronquial, riesgos que pueden conducir a la muerte.

- Hipoxia S/A obstrucción de la vía aérea, broncoespasmo, depresión respiratoria. La alteración de los gases sanguíneos y el consecuente déficit de oxigenación de los tejidos representan también un riesgo importante durante el intraoperatorio.

- Hipotermia S/A temperaturas bajas del quirófano, exposición de vísceras al exterior y sueroterapia fría. La disminución del crecimiento de los agentes infecciosos en ambientes fríos justifica las características ambientales del quirófano. También, la exposición del interior del cuerpo al exterior y la administración de sueroterapia fría con el objetivo de disminuir el metabolismo basal, provocan hipotermia en la persona. Esta disminución de la temperatura por debajo de los límites considerados terapéuticos está especialmente indicada en determinadas cirugías que requieren una disminución del metabolismo basal y unos parámetros hemodinámicos muy específicos, como en el caso de la cirugía cardíaca con extracorpórea o neurocirugía. Sin embargo, la hipotermia conlleva problemas en el resto de intervenciones que puede complicar o retrasar la recuperación posquirúrgica de la persona, como el aumento del riesgo de infección, acidosis metabólica, hiperglucemia o alteración de los mecanismos de defensa y de los parámetros respiratorios [23]. Estos problemas derivados explican la aplicación por parte del equipo enfermero quirúrgico de medidas preventivas, de control y de corrección.

- Infección S/A procedimientos invasivos y disminución de la producción de anticuerpos.

Se halla asociada a los diferentes procedimientos invasivos derivados de la técnica quirúrgica y los relacionados, como los cateterismos. También la hipotermia supone un factor de riesgo que predispone a la infección puesto que provoca una disminución de los anticuerpos [23].

- Hipertermia maligna S/A fármacos anestésicos. Se trata de un síndrome maligno hereditario de la musculatura estriada que se desencadena por la terapia anestésica inducida por fármacos volátiles y la succinilcolina [24] que tienen un alto índice de mortalidad anestésica en personas jóvenes y aparentemente sanas [25].

- Trombosis S/A sobreactivación de la hemostasia y el procedimiento quirúrgico. La formación de coágulos



IMAGEN FACILITADA POR PALEX MÉDICAL, S.A.

puede provocar la afectación de la micro y la macrocirculación, dificultando la oxigenación y el retorno venoso. Factores asociados a la cirugía como el estasis venoso por inmovilidad prolongada, posiciones operatorias que no favorecen el retorno venoso, la lesión de la pared vascular que inicia un proceso de coagulación [26] o la reacción a determinados fármacos anestésicos, pueden desencadenar la trombosis, complicación con un índice de mortalidad alto.

- Úlceras por presión y quemaduras S/A inmovilización y bisturí eléctrico. La inmovilidad en el quirófano constituye un factor que aumenta el riesgo de ulceración, agravado por la terapia anestésica y el tipo de cirugía realizado. En la línea de las complicaciones potenciales relativas a las lesiones cutáneas, el bisturí eléctrico dispone de una placa de dispersión de corriente o neutra que debe estar correctamente colocada para evitar quemaduras. Esta medida, junto con el control del adecuado funcionamiento de todo el utillaje eléctrico, disminuye el riesgo de quemaduras en el paciente.

Periodo postoperatorio

El postoperatorio es la tercera y última fase del proceso quirúrgico. Comienza cuando, una vez finalizada la intervención quirúrgica, la persona operada es trasladada, acompañada de la enfermera circulante y del médico, a la unidad de despertar o reanimación, servicio especializado de medicina intensiva anexo al área quirúrgica que dispone de tecnología y de profesionales especializados.

La enfermera quirúrgica desarrolla aquí actividades dirigidas a la consecución de los objetivos siguientes: controlar que el paciente recupere el estado de conciencia; favorecer un parámetro respiratorio y cardiovascular óptimo; facilitar la recuperación de la temperatura



Debe evitarse el olvido de cuerpos extraños, como las gasas o el instrumental, dentro de la herida quirúrgica

corporal; y que se encuentre en una situación de confort con el dolor bajo control. Estos objetivos justifican que la enfermera realice un control exhaustivo de los signos y estado hemodinámico puesto que el postoperatorio inmediato supone un periodo considerado de alto riesgo [17].

La enfermera de la unidad de reanimación recibe de la enfermera quirúrgica la información concreta (tipo de intervención y anestesia, estado del paciente, drenajes, medicación, etc.) sobre todo el proceso para poder continuar con los cuidados. Además, dispone de los datos de la entrevista preoperatoria y de los procedimientos realizados antes de la intervención.

Durante el periodo postoperatorio, la enfermera continúa la tarea de prevención y control de algunas de las complicaciones potenciales detectadas ya en el intraoperatorio. Pueden aparecer, sin embargo, otras nuevas que requieren seguir bajo supervisión y a las que se deberá dar respuesta. Las más prevalentes en este periodo son:

- Hemorragia/shock hemorrágico S/A incisión quirúrgica, pérdidas hemáticas durante la intervención.
- Sobrecarga circulatoria S/A sueroterapia e hipofunción renal.
- Shock anafiláctico S/A administración de fármacos.
- Infección S/A herida quirúrgica, drenajes, catéteres.

Por ello, las actividades enfermeras dirigidas a la prevención y la detección precoz de las complicaciones potenciales pueden concretarse en: control del estado de conciencia y prevención del riesgo de caídas o lesiones;

control de la función respiratoria y mantenimiento de la vía aérea permeable; control de la función cardiovascular; control del dolor postoperatorio; fomento del bienestar físico y tratamiento de las molestias orofaríngeas y digestivas relacionadas a la intubación, la anestesia y otra medicación; por último, control de la temperatura corporal. En la misma línea, la enfermera valora otros riesgos asociados a la acción farmacológica anestésica, como la retención urinaria y, en el postoperatorio tardío, el riesgo de oclusión intestinal por un íleo parálítico.

Una vez el paciente esté despierto y tiene estabilizadas las funciones vitales, el quipo médico valorará su traslado a la unidad de hospitalización.

Conclusiones

Aunque el acto quirúrgico constituye un procedimiento frecuente y cotidiano en el ámbito hospitalario, someterse a una intervención quirúrgica en el marco del tratamiento de una enfermedad, es un hecho destacable que forma parte de un proceso de recuperación de la salud. La enfermera quirúrgica parte de esta situación especial experimentada por la persona y la prepara para que alcance las mejores condiciones físicas y psíquicas para afrontar el proceso quirúrgico. La aportación del equipo enfermero es fundamental, igual que la del resto del equipo quirúrgico, para afrontar el proceso con las máximas garantías. Por ello, es importante visualizar

también esta aportación más allá de la tipología de la técnica o procedimiento, puesto que el objetivo de intervención enfermera se dirige a la persona. Concretamente, los objetivos enfermeros en el área quirúrgica van encaminados a proporcionar apoyo emocional al paciente y la familia, potenciar su seguridad y prevenir la infección y las demás complicaciones potenciales que se deriven de la intervención quirúrgica.

Si bien se constata la importancia de concretar estos objetivos y detallar las actividades enfermeras en el área quirúrgica, también lo es hacerlo utilizando lenguaje enfermero. Esto representa una actualización en la forma de expresar los cuidados y ayuda a detallar cuál es la aportación del equipo enfermero quirúrgico, imprescindible e insustituible, siendo una base para desarrollar protocolos y trabajos de investigación que ayuden a validar las intervenciones enfermeras y cada una de las actividades realizadas en el cuidado de la persona que se somete a una intervención.

La especificidad del área quirúrgica demanda un profesional enfermero preparado y competente en el acompañamiento de la persona y su familia, que demuestre

conocimientos y habilidades en el manejo técnico e instrumental asociado a cada tipo de cirugía y, también, competente en el diagnóstico de las complicaciones potenciales y en el desarrollo de actividades dirigidas a su prevención, detección precoz y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Fuentes L, Pineda A, García I, Jiménez I, Cabeza de la Vaca MJ, Motero JJ. Circuito Quirúrgico Informatizado. Una herramienta para la mejora de la atención al paciente quirúrgico. *Index Enferm* 2007; 16(58): 14-18.
- [2] Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- [3] Pérez S, Pajares MJ. Posiciones quirúrgicas: cuidados de enfermería y prevención de complicaciones. *Nure Investigación* 2004 [consultado el 29-11-10]; 5. Disponible en: http://www.fuden.es/proyectos_detalle.cfm?id_INV_NURE=55&id_INV_NURE_ini=1
- [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 Investigación* 2007 [consultado el 29-11-10]; 30(7). Disponible en: http://www.fuden.es/proyectos_detalle.cfm?id_INV_NURE=55&id_INV_NURE_ini=1
- [5] Bellido JC, Coll del Rey E, Quero JC, Calero MJ. Actividad e intervención enfermera en el periodo intraoperatorio. *Biblioteca Las Casa-Fundación Index* 2009 [consultado el 10-12-10]; 5(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentacion/Ic0411.php>.
- [6] Espeloshn MD, Odériz MA. Paciente intervenido de Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA). *Rev ROL de Enf* 2006; 29(6):411-414.
- [7] Merino A, Herranz A. Dispositivos de drenaje pleural permanente tras cirugía torácica. *Rev ROL Enf* 2009; 32(5):341-344.
- [8] Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica, 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008:34-35.
- [9] Wilkinson J, Ahern N. Manual de diagnósticos de enfermería. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008: 12.
- [10] Carpenito-Moyet L. *Nursing Care Plans and Documentation: Nursing Diagnosis and Collaborative Problems*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
- [11] Asociación Española de Cirujanos. La relación médico-paciente en cirugía general. Documento de consentimiento informado. Madrid: Editores Médico Edimsa; 2006.
- [12] Blanco C, Masó M. Procedimiento de cuidados en cirugía craneal sin rasurado. *Rev ROL Enf* 2007; 30(11):751-754.
- [13] Pruitt B. Ayude a su paciente a prevenir las atelectasias en el postoperatorio. *Nursing* 2007; 25(7):35-37.
- [14] Chirveches E, Arnau A, Soley M, Rosell F, Clotet G, Roura P et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enferm Clin* 2006; 16(1):3-10.
- [15] Orihuela I, Pérez JA, Aranda T, Zafra J, Jiménez RM, Martínez A et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enferm Clin* 2010; 20(6):349-354.
- [16] Ministerio de Sanidad y Política Social. Bloque Quirúrgico. Estándares y recomendaciones. [base de datos en línea]; Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [consultado el 29-11-10]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf> Consultado el 10-12-10).
- [17] OMS. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía salva vidas. Suiza: OMS; 2008.
- [18] Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistema Nacional de Salud. Resumen Ejecutivo. [base de datos en línea]; Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [consultado el 29-11-10]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/resumen_ejecutivo.htm.
- [19] Safety in the Operating Room. [base de datos en línea]; Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. 2006. [consultado el 30-9-10]. Disponible en: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.
- [20] Surgical Site Infection. Prevention and treatment of surgical site infection. Clinical Guideline 74. [base de datos en línea] NICE National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008. [actualizado el 9-12-10; consultado el 10-12-10]. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG74>.
- [21] Smyth ET, McIlvenny G, Enstone JE, Emmerson AM, Humphreys H, Fitzpatrick F, et al. Four Country Healthcare Associated Infection Prevalence Survey 2006: Overview of the results. *J Hosp Infect* 2008; 69:230-48.
- [22] Bosch S, Jimeno N. Paciente intervenido quirúrgicamente. *Rev ROL Enf* 2010; 33(11):764-768.
- [23] García A, Sáenz R, Marín B. La hipotermia. *Rev ROL Enf* 2010;33(1):55-62.
- [24] Dixon B, O'Donnell J. ¿Su paciente es susceptible a la hipertermia maligna? *Nursing* 2008; 26(5):42-3.
- [25] Irigoyen MI, Marín B. Fiebre e Hipertermia. *Rev ROL Enf* 2010; 33(9):566-578.
- [26] Bartley MK. Mantener a raya la tromboembolia venosa. *Nursing* 2007; 25(8):18-23.