

TEMA 4

ATENCIÓN DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA EXPLORACIÓN: POSICIONES ANATOMICAS Y MATERIALES MEDICO-QUIRURGICOS DE UTILIZACION MÁS COMUN. ATENCION PRE Y POST OPERATORIA.

1. Atención de la auxiliar de enfermería en la preparación del paciente para la exploración: posiciones anatómicas y materiales medico-quirúrgicos de utilización más común.

1.1 Introducción y conceptos.

1.2 Tipos de exploración.

- 1.2.1 Exploración manual.**
- 1.2.2 Exploración instrumental.**
- 1.2.3 Exploración física.**

1.3 Funciones generales del Auxiliar de enfermería en la exploración.

- 1.3.1 Consideraciones especiales en la preparación del paciente para pruebas diagnósticas.**

1.4 Posiciones anatómicas del paciente en la exploración.

1.5 Materiales médico quirúrgico de utilización más común.

- 1.5.1 Instrumental quirúrgico de uso común.**

2. Atención Pre y Post operatoria.

1. Atención de la auxiliar de enfermería en la preparación del paciente para la exploración: posiciones anatómicas y materiales medico-quirúrgicos de utilización más común.

1.1 Introducción y conceptos.

Cuando un paciente es atendido por un médico en una consulta, éste suele comenzar escuchándole y realizándole una serie de preguntas. En principio, se interesa por el estado actual: ¿qué le ocurre?, ¿desde cuándo? ... A continuación le preguntará por aspectos tales como: edad, enfermedades que ha padecido, alergias conocidas, antecedentes familiares, etc.

Todo este interrogatorio junto con las respuestas recibe el nombre de **anamnesis**, todos estos datos los registrará el médico en la hoja correspondiente de la **historia clínica**, que se compone de varios documentos: hoja de anamnesis, hoja de exploración, hoja de pruebas complementarias, ...

La exploración médica es el conjunto de métodos empleados para determinar el estado de salud del paciente. La exploración se hace porque, en la mayoría de los casos, la anamnesis no es suficiente para conocer el estado del paciente; la exploración y la anamnesis se complementan, ambas son necesarias.

La exploración puede realizarse en diferentes sitios y en distintas circunstancias:

Paciente que acude a su médico de cabecera: la exploración se realiza en la consulta del médico.

Paciente hospitalizado: la exploración puede realizarse en la unidad del paciente o en el cuarto de exploración de la planta.

1.2 Tipos de exploración.

1.2.1 Exploración manual.

Es aquella en la que el médico no utiliza ningún instrumento o aparato, aunque si va a hacer uso de algo muy sofisticado: “sus sentidos y el sentido común”. Distinguimos tres fases:

1- Inspección: Es la observación cuidadosa del paciente (sentido de la vista y olfato)

2- Palpación: El médico utiliza sus manos para tocar, comprimir y movilizar distintas zonas del cuerpo del paciente, (sentido del tacto).

3- Percusión: Consiste en golpear con los dedos de la mano diferentes partes del cuerpo, atendiendo al tipo de sonido que produce, (sentido del oído).

1.2.2 Exploración instrumental.

El médico se ayuda de instrumentos o aparatos de mayor o menor complejidad para realizar la exploración.

El método de exploración instrumental más habitual es la **auscultación**, que consiste en escuchar los sonidos procedentes del interior de nuestro cuerpo, utilizando el fonendoscopio y el estetoscopio

1.2.3 Exploración física.

La exploración física es el conjunto de técnicas de exploración manual e instrumental.

Como resultado de la anamnesis y de la exploración física, el médico podrá detectar en el paciente síntomas y signos, y, aunque estos términos son utilizados en el lenguaje coloquial frecuentemente como algo sinónimo o muy parecido, no es así, por lo que distinguiremos como:

Síntoma: La manifestación de una alteración apreciable únicamente por el paciente.

Signo: La manifestación o alteración apreciable por la persona que realiza la exploración.

Cuando al paciente se le realiza una anamnesis y una exploración física, y, si los síntomas y signos detectados no son suficientes para conseguir el diagnóstico, el médico puede recurrir a otras técnicas instrumentales más sofisticadas (análisis, radiografías, ecografías, electrocardiograma, etc.) que se conocen con el nombre general de **pruebas complementarias**, a continuación describimos algunas de ellas, comunes a diferentes sistemas y aparatos del cuerpo humano:

Radiografía.

Método exploratorio por medio de los rayos X. Nos proporcionan imágenes de algunos órganos, sistemas o partes del organismo de forma no invasiva. Así, es posible modificar un diagnóstico o hacer la modificación de un tratamiento sin necesidad de someter al paciente a la cirugía.

También da la posibilidad de dirigir con exactitud agujas y catéteres a través del interior del organismo, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento de algunas patologías.

Las radiografías simples se pueden realizar de huesos, cráneo, abdomen, tórax, dientes. Las radiografías de contraste consisten en introducir, en alguna de las cavidades a explorar del organismo, sustancias radiopacas (bario, bismuto, etc.) para hacer que la cavidad que se rellena destaque con mayor claridad y se puedan detectar las alteraciones.

TAC - Tomografía axial computerizada.

Técnica radiológica que proporciona una imagen transversal (corte) de una parte del organismo. Una serie de estas imágenes transversales, enfocadas a diferentes profundidades, permite la elaboración de un perfil de partes del cuerpo que en una película de Rx quedarían ocultas por otras estructuras, por lo que la calidad de imagen obtenida es bastante superior a una Rx. simple.

Biopsia.

Pruebas diagnósticas que consisten en la extracción de células o tejido para examinar al microscopio. La mayoría de ellas se realizan mediante intervenciones menores que no necesitan sedación del paciente, aunque en algunos casos es precisa la utilización de anestesia (dependiendo del grado de la intervención).

Estos métodos son bastante precisos y diagnostican muchas enfermedades, incluido el cáncer.

Ecografía.

Técnicas diagnósticas que se basan en que determinadas ondas sonoras de muy alta frecuencia al atravesar el cuerpo generan ecos, y éstos, al ser detectados y analizados, generan una imagen de los órganos internos.

Se trata de una técnica inofensiva e indolora.

Los ultrasonidos atraviesan con facilidad los tejidos blandos y los líquidos orgánicos, siendo de gran utilidad para el examen de órganos llenos de líquido (útero en estado de gestación) y órganos blandos (hígado). Las ondas ultrasónicas no atraviesan los tejidos óseos ni los gases.

Se pueden realizar ecografías de corazón (ecocardiograma), ecografías abdominales (para visualizar los órganos de la cavidad abdominal), ecografías del aparato urinario y aparato genital masculino y femenino, etc.

Endoscopia.

Consiste en el examen de una cavidad corporal por medio de un instrumento óptico en forma de tubo, dotado de una fuente de luz y lentes que se introducen en una cavidad del cuerpo con el propósito de diagnosticar y poder tratar ciertas enfermedades. Dicho instrumento se llama endoscopio.

Es una técnica con un riesgo bajo y sólo en algunos casos precisa de anestesia general. Se puede acoplar al endoscopio una cámara de video, que, además de observar, permite grabar para hacer un análisis más exhaustivo.

Los endoscopios pueden ser rígidos o flexibles y se utilizan tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de un tumor o cualquier otro proceso en estómago, vejiga, pulmón u otro órgano accesible. Al ser una técnica inofensiva, permite su realización con cierta regularidad, siendo una técnica muy utilizada.

1.3 Funciones generales del Auxiliar de enfermería en la exploración.

La ayuda que presta el AE en la exploración, exige su presencia durante todo el tiempo que ésta dure. Sabemos que la exploración puede variar, dependiendo del tipo de alteración, no obstante, en toda exploración debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1- Antes de comenzar la exploración, en muchas ocasiones, se pesa y se talla al paciente.
- 2- Debemos informarnos del tipo de exploración que se va a realizar, y prepararemos el material adecuado a la misma.
- 3- Comprobaremos las condiciones ambientales del lugar donde se realiza la exploración: temperatura agradable, buena iluminación y evitar las corrientes de aire.
- 4- Nos lavamos las manos y utilizamos los guantes, para evitar infecciones y como medida de protección del AE.
- 5- Informar al paciente de que va a ser explorado y solicitamos su colaboración.
- 6- Cuidaremos de la intimidad del paciente. En su caso, colocaremos un biombo o cortina; si procede, lo ayudaremos a desvestirse, y lo cubriremos con sábanas o sabanillas, dejando únicamente expuesta la zona que el médico va explorando en cada momento.
- 7- Ayudaremos al paciente a adoptar la posición adecuada al tipo de exploración.
- 8- Estaremos pendientes de ofrecer al médico el material que nos solicite.
- 9- Procuraremos tranquilizar y apoyar psicológicamente al paciente durante la exploración, estableciendo una buena comunicación con él.
- 10- Una vez terminada la exploración, recogeremos el material y limpiaremos el no desechable, dejando la sala en perfectas condiciones, para una nueva exploración.
- 11- Si se ha realizado una toma de muestras, éstas deberán ser correctamente rotuladas e identificadas, para remitirlas al laboratorio.

1.3.1 Consideraciones especiales en la preparación del paciente para pruebas diagnósticas.

El auxiliar de enfermería debe intervenir y colaborar con el personal médico y de enfermería en las diferentes técnicas diagnósticas de la siguiente manera:

- Explicar al paciente en que consiste la prueba, prepararlo y colocarlo en la posición más adecuada.
- Si la prueba precisa que el paciente esté en ayunas, el auxiliar le informará y explicará desde qué hora no debe ingerir alimento e informará al personal de la planta.
- Si es necesario, se preparará la zona mediante lavado, rasurado, preparación estéril, etc.
- Si es necesario seguir una dieta especial o ingerir algún preparado antes de la prueba, se deben dar las explicaciones oportunas hasta comprobar que ha sido comprendido por el paciente.

A modo de ejemplo, y, en términos generales, (pues cada centro posee protocolos diferentes), citaremos algunas indicaciones específicas:

- a) Ecografía abdominal: el paciente debe estar 6 horas en ayunas.
- b) Ecografía vesical/ vésico-prostática: el paciente debe beber abundante líquido con objeto de llenar la vejiga para poder visualizar bien.
- c) En las exploraciones de intestino delgado y colon, se aplicarán enemas de limpieza la noche anterior hasta asegurarse que el contenido intestinal queda totalmente limpio.
- d) En las flebografías, colangiografías y TAC, el paciente estará en ayunas desde 8 horas antes de la prueba.
- e) Para la obtención de muestras sanguíneas, el paciente debe estar en ayunas desde la noche anterior.
- f) En las exploraciones de riñón no beberá agua desde las 24 horas antes.
- g) En la colecistografía, colangiografía, estudio gastroduodenal y de colon, desde el día anterior deberá tomar una dieta especial.

1.4 Posiciones anatómicas del paciente en la exploración.

A continuación vamos a describir cada posición, el modo correcto de cubrir al paciente para preservar su intimidad y los usos más habituales de cada una.

1- Decúbito supino horizontal: Esta posición consiste en que el paciente esté acostado “boca arriba” sobre una superficie horizontal, para la exploración no se precisa que ninguna parte del cuerpo descansa sobre almohadas, y cubrimos al paciente con dos sábanas: una sobre el tórax y, otra, sobre el abdomen y las extremidades inferiores. Se utiliza para una exploración física general.

2- Decúbito supino dorsal: En este caso, el paciente también está “boca arriba”, pero bajo la cabeza se coloca una almohada, las rodillas están flexionadas y algo separadas y se apoya la planta de los pies en la camilla/cama. Cubrimos al paciente con dos sábanas, igual que en el caso anterior. Se utiliza para exploraciones de recto, vagina y periné.

3- Decúbito prono: En esta posición, contraria a la anterior, ya que en ella el paciente se encuentra acostado con la parte delantera del cuerpo en contacto con la superficie de apoyo, no se precisa que ninguna parte del cuerpo descansa sobre almohadas, cubriremos al paciente con una sábana desde la nuca hasta los pies. Es utilizada para exploraciones de la espalda y en intervenciones en las que el acceso quirúrgico es posterior.

4- Decúbito lateral: Es una variante de las anteriores en la que el paciente descansa sobre el lateral de su cuerpo, conocida también como “posición de seguridad”, normalmente se deja una almohada bajo la cabeza y se cubre al paciente con dos sábanas: una que va sobre el tórax y el abdomen y, otra, sobre la pelvis y las extremidades inferiores. Es muy poco utilizada en la exploración.

5- Posición semiprona o de Sims: Es una posición intermedia entre el decúbito prono y el lateral, dependiendo de que lado del paciente esté apoyado en la camilla/cama será Sims izquierda o Sims derecha. Sólo describiremos una de ellas, puesto que lo único que cambia es el lado de apoyo. En la posición semiprona izquierda o Sims izquierda: la extremidad superior izquierda se encuentra extendida por detrás del tronco y ligeramente separada de él, la extremidad superior derecha está flexionada en el codo, con la palma de la mano apoyada sobre la camilla y próxima a la cara. La extremidad inferior izquierda está semiflexionada, pero la derecha se flexiona en la cadera y en la rodilla; el cuerpo quedará apoyado en el hombro izquierdo, flanco izquierdo, cadera izquierda, extremidad inferior izquierda y rodilla derecha, se cubrirá al paciente con dos sábanas, como en el caso anterior. Esta posición (derecha e izquierda) se suele utilizar para la exploración rectal. La posición de Sims izquierda es la que se indica para la administración de enemas y la realización de sondajes rectales.

6- Posición de Fowler: En ella el paciente se encuentra semi-sentado, se puede decir que es como el decúbito supino dorsal, pero con el paciente incorporado hacia delante, con la parte superior de la camilla inclinada en un ángulo de 45°, y, según ese ángulo de inclinación de la parte superior de la camilla distinguiremos: **Posición de Semi-Fowler**, un ángulo de 30° y **Posición de Fowler alta**, un ángulo de 90°. Cubriremos al paciente con una sábana y, en ocasiones, se puede poner una almohada bajo las rodillas. Se utiliza para la exploración de ojos, fosas nasales, oídos, boca, cuello y tórax.

7- Posición de Roser: Es muy parecida al decúbito supino horizontal, sólo que la cabeza “cuelga” por fuera de la cabecera de la camilla, quedando el cuello hiperextendido, los hombros quedaran apoyados en la camilla pero coincidiendo con el borde de la cabecera. Cubriremos al paciente con una sábana desde los hombros hasta los pies. Se utiliza en la exploración de la faringe y laringe, para intubación endotraqueal y en algunas cirugías de cuello.

8- Posición de Trendelenburg: Como la palabra es tan larga, muchas personas se refieren a esta posición como “tren”, es frecuente oír. “el paciente debe estar en tren” Es una posición equivalente al decúbito supino horizontal, lo que cambia es la posición de la camilla que estará inclinada formando un ángulo de 45° con el suelo quedando la cabeza del paciente situada en la parte más baja del plano inclinado y los pies, por tanto, quedarán más altos que la cabeza; no se coloca almohada debajo de la cabeza del paciente, pero para evitar que se deslice por la camilla, podremos sujetarlo colocando una pequeña almohada o cojín en cada hombro. Normalmente, se cubre al paciente con una sola sábana. Se indica para casos de cirugía de órganos pélvicos (vejiga, útero,...) y situaciones en las que se pretenda aumentar el flujo sanguíneo al encéfalo (hemorragia, shock,...).

Existen dos variantes:

La posición de Trendelenburg modificada, en la que no se inclina toda la camilla, sólo su parte inferior, que se eleva 45°. En la parte horizontal se apoyan la cabeza, el tronco y la pelvis, y, en la parte inclinada se apoyan las extremidades inferiores, es parecido a lo que hacemos cuando alguien se desmaya “para que llegue más sangre a la cabeza”.

La posición de Trendelenburg regular: La camilla se inclina del mismo modo que en la posición anterior, la diferencia está en la localización de las zonas de apoyo, colocando la cabeza y el tronco en la posición horizontal y en la parte inclinada se apoyan la pelvis y las extremidades inferiores.

9- Posición de Morestín o Trendelenburg inversa: Suelen referirse a esta posición como “**antitren**”. Es idéntica a la posición de Trendelenburg, lo único que cambia es la orientación del paciente en la camilla. La camilla se inclina en bloque 45°, de modo que la cabeza se sitúa por encima de los pies. Cubriremos al paciente con una sábana. Tiene muy poco uso, generalmente, para mejorar el aporte sanguíneo de las extremidades inferiores y para facilitar la expansión del tórax.

10- Posición Genupectoral o Mahometana: En este caso, el paciente apoyará las rodillas y la parte superior del tórax en la camilla, (muy parecido a la postura de oración de los musulmanes), la cabeza está ladeada y una mejilla descansa sobre una almohada, la misma donde se apoya el pecho, las palmas de las manos estarán apoyadas en la camilla y colocadas por delante de la cabeza, los antebrazos se flexionan ligeramente con respecto a los brazos y también se apoyan sobre la camilla, las rodillas se apoyan ligeramente separadas y los muslos forman con las piernas un ángulo recto. Se cubrirá al paciente con dos sábanas: una sobre el cuello y la espalda y, la otra, sobre las nalgas y las extremidades inferiores. Se utiliza para la exploración del recto y vagina. Debemos prestar buena atención para evitar que el paciente sienta la sensación de ridículo e incomodidad que suele ocasionar esta posición.

11- Posición Ginecológica o de Litotomía dorsal: Es similar a la posición de decúbito supino dorsal, con la particularidad de que en ella, las piernas se abren un poco más y se sujetan con unos estribos al efecto. Se cubrirá al paciente con dos sábanas, una para el tórax y abdomen y la otra cubrirá desde la cintura hasta los pies. Es la típica posición que se utiliza para dar a luz.

1.5 Materiales médico quirúrgico de utilización más común.

A continuación relacionaremos y describiremos algunos materiales de uso común, en las salas de exploración:

Lavabo.

Imprescindible para una correcta higiene.

Carro o mesa auxiliar para instrumental.

Necesario para colocar, “tener a mano”, el instrumental preciso.

Camilla de exploración/intervención.

Lugar donde se ubica el paciente para la realización de la exploración o intervención.

Cubo para material desechable.**Sábanas o sábanillas.**

Guantes desechables, de látex y estériles; y, en su caso, mascarilla, bata, gorro y calzas.

Lámpara auxiliar.

Normalmente, dotada con un foco de luz intensa, de fácil movilidad, que facilite la visualización de la zona afectada.

Riñonera o batea.

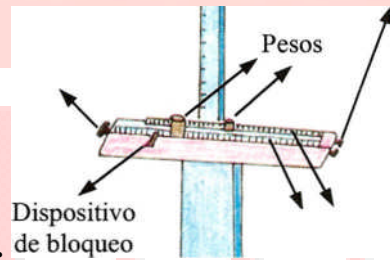
Para la recogida del material de desecho.

**Negatoscopio.**

Aunque el nombre parezca un poco complicado, no es más que esa pantalla luminosa colgada en la pared sobre la que se ponen las radiografías para poder observarlas mejor, tiene unos interruptores en el lateral o en la parte frontal para encenderlo.

Esfigmomanómetro. Este aparato sirve para realizar la toma de la tensión arterial.

Fonendoscopio. Aparato con el que se pueden escuchar ruidos respiratorios, de la circulación, del corazón, del intestino, etc.



Pesa-Tallímetro.

No es más que una báscula que posee acoplada una escala graduada para poder medir la talla del paciente.

Podemos distinguir varias partes:

- Una base o plataforma sobre la que se colocará el paciente en bipedestación.
- Una estructura horizontal basculante llamada brazo, donde distinguimos:
 - a) Dos ranuras, cada una de ellas tiene una escala graduada, una en Kilogramos y, otra, en gramos.
 - b) Dos pesos, uno para cada ranura. Cada peso tiene un saliente que sobresale por la ranura y que sirve para poder desplazarlo por ella.
 - c) Un dispositivo de bloqueo. Puede ser una palanca o una rueda tipo "tornillo" que al girarla inmoviliza el brazo, es decir, impide que bascule.
 - d) Dos lengüetas indicadoras de equilibrio. Sirven para comprobar que la pesa está equilibrada. Cuando desbloqueamos el brazo con los pesos en la posición cero, si las dos lengüetas quedan al mismo nivel podemos afirmar que la pesa está en equilibrio.
 - e) Rueda de calibrado. Sirve para equilibrar la pesa. Cuando apreciamos que las dos lengüetas no quedan al mismo nivel, moveremos esta rueda con el brazo desbloqueado hasta que se equilibre.
- Un tallímetro. No es más que una escala graduada en centímetros, como una regla. Posee una lengüeta móvil para poder medir con mayor precisión la talla. Esta lengüeta se desliza por la escala graduada hasta que toque la parte superior de la cabeza del paciente.

Termómetro.

Lubricante.

Espéculo y valvas vaginales. Con estos instrumentos es posible examinar el interior vaginal y hacer biopsias.

Diapasón. Para examinar el oído interno.



Otoscopio.

Es un instrumento utilizado para la exploración del oído. Al introducirlo por el conducto auditivo permite observar sus paredes y el tímpano. Consta de 4 partes principales:

Cargador de batería desmontable.- Es una estructura cilíndrica, plástica o metálica, en la que van las pilas. En su parte superior posee una rosca.

Mango.- Es un cilindro más corto que en su parte inferior posee una rosca. El mango se enrosca en el cargador. La parte superior posee un sistema de acople para el cabezal y tiene un interruptor de encendido (ON/OFF).

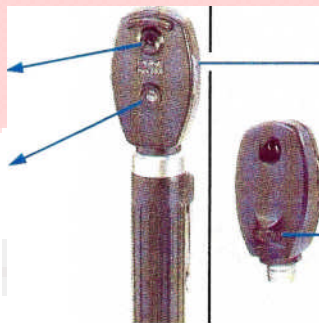
Cabezal.- Es una estructura plástica y metálica. En su interior hay una pequeña bombilla y en la parte inferior se encuentra el sistema de acople para el mango. En una de sus caras hay una lente de aumento y, en la opuesta, una estructura metálica a modo de "embudo".

Espéculos.- Son pequeños "embudos" de plástico de distinta longitud y calibre. Se acoplan al cabezal por el "embudo" metálico. El tamaño del espéculo lo determinará el médico teniendo en cuenta el diámetro del conducto auditivo y su longitud. Los espéculos una vez utilizados con un paciente, se desinfectan, lavan y secan.



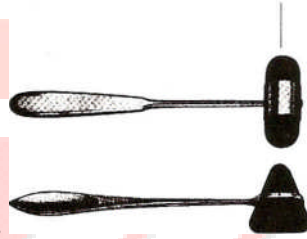
Rinoscopio.

Se utiliza para la exploración de las fosas nasales a través de los orificios nasales anteriores. Ocurre lo mismo que con el oftalmoscopio y el otoscopio, lo único que cambia es el cabezal. En este caso tiene forma de pico de pato, pues posee dos valvas enfrentadas y una palanca para que "el pato abra el pico". El médico introducirá por uno de los orificios nasales las dos valvas juntas y, luego, las abrirá utilizando la palanca.



Oftalmoscopio.

Es un instrumento utilizado para la exploración del globo ocular, especialmente la retina. Posee tres partes: cargador de batería, mango y cabezal. Las dos primeras son idénticas a las del otoscopio. La parte anterior del cabezal es la que ve el paciente mientras está siendo explorado y, la posterior, la que queda muy próxima al ojo del médico. En su interior hay una bombilla y un sistema de lentes acoplado a un disco. En la parte anterior hay una abertura por la que sale el haz de luz y un orificio con un número. El haz de luz puede ensancharse o estrecharse moviendo una pequeña rueda que hay en la parte posterior.

**Martillo de reflejos.**

Es un martillo cuyo mango es metálico, pero la cabeza es de goma. Se utiliza para explorar si un reflejo está presente, aumentado, ausente o disminuido.

Depresor lingual.

Es como un "palo de polo" pero más ancho. Se utilizan para sujetar la lengua con el fin de ver el fondo de la cavidad bucal y para separar los carrillos de las arcadas dentarias. Normalmente, son de madera aunque también los hay plásticos y metálicos. Los últimos presentan una pequeña bombilla y se acoplan a un mango que contiene las pilas. Cuando lo entreguemos hemos de cogerlo por la mitad con nuestros dedos índice y pulgar. Lo mismo haremos cuando el médico nos los entregue una vez usado. Si el depresor es de plástico o de madera, una vez utilizado lo doblaremos o partiremos por la mitad y lo depositaremos en el cubo de desechos. Esto se hace para garantizar que no va a ser reutilizado.

Linterna de bolígrafo. Su nombre lo dice todo. Suelen funcionar con pilas y la única precaución que hay que tener cuando nos la soliciten es entregarla encendida, ofreciendo al médico la parte más alejada de la luz. Es importante no deslumbrar al paciente ni al médico cuando comprobemos su funcionamiento o cuando la entreguemos. Se suele utilizar para la exploración de la cavidad bucal y para comprobar la reacción de las pupilas a la luz (miosis y midriasis).

1.5.1 Instrumental quirúrgico de uso común.

El instrumental de uso más habitual en las intervenciones quirúrgicas y en las curas es muy variado, por eso lo vamos a agrupar según su utilización:

1. Instrumental de corte: Es el instrumental que sirve para cortar, y, por tanto, tendrá bordes muy afilados.

Bisturries (los hay de mango con hojas intercambiables-las hay de distintas formas y tamaños- y los desechables)

Tijeras, en todas sus variedades, según el tipo de punta y corte (de puntas roma, de puntas finas, acodada, mixta, curva, de mayo, finas de cirugía, para retirar vendajes, ...).

2. Instrumental de hemostasia: Este instrumental aunque tenga forma de tijera no corta, en realidad son pinzas que al cerrarlas sobre un vaso sanguíneo lo comprimen impidiendo el flujo. Las hay de distintas formas y tamaños: (Pinzas de hemostasia mosquito, micro-mosquito, de Pean, de Kocher, ...). Algunas también se utilizan para otras cosas coger gasas, pinar sondas urinarias o tubos de drenajes,...

3. Instrumental de exposición: Es el instrumental que sirve para separar todos los tejidos y órganos que en el campo operatorio “tapan” aquello que realmente se quiere intervenir. Son las “palas” o separadores, que los hay de distintos tamaños y formas, algunos incluso incorporan sistemas de fijación, que una vez colocados se mantienen solos sin necesidad de sostenerlos.

4. Instrumental de disección: La disección es la división y separación pormenorizada y metódica de una parte del cuerpo. Para ir aislando la zona a intervenir se necesitan estas pinzas especiales, hay miles, varían en tamaño, forma, longitud, puntas,... También se utilizan para coger gasas, extraer un cuerpo extraño de las fosas nasales, tirar de un punto de sutura para luego cortarlo con una tijera, ...

5. Instrumental de campo operatorio: Son las pinzas de campo, que se utilizan para fijar unos con otros los paños verdes estériles que delimitan el campo operatorio, para evitar que se rueden. Se las conoce vulgarmente como “cangrejos”.

6. Instrumental de aprehensión: Este instrumental tiene forma de tijera, pero son pinzas porque no cortan, se utilizan para coger, tomar o aprehender tejidos y vísceras durante la intervención.

7. Instrumental y material de sutura: Es todo aquel material que se utiliza para poder “coser” las heridas. La sutura será manual cuando se usan hilos y es mecánica cuando se utilizan ágrafes (“grapapas”). Los hilos pueden ser de origen natural (seda, catgut,...) o sintéticos (nylon, terilene,...). La seda se utiliza para las suturas de la piel y el catgut para suturas profundas, ya que se reabsorbe solo. Los hilos van enhebrados en agujas y éstas pueden tener distinto grosor, longitud y forma. Cuando las agujas son curvas no se manipulan directamente con la mano, sino que se utiliza un portaagujas-hay distintos modelos-. Algunos ágrafes se colocan con “grapadora” y otros, con la pinza de Michel.

Todos los tipos de sutura se pueden retirar con la pinza de Michel.

2. Atención pre y post operatoria.

En la actualidad para el cuidado de los pacientes quirúrgicos se consideran tres etapas:

- Preoperatorio.- Es la etapa anterior a la intervención. Comienza en el momento en que se decide realizarla.
- Acto quirúrgico o etapa operatoria.- Se corresponde con el tiempo que dura la intervención.
- Postoperatorio.- Es la etapa posterior a la intervención. Comienza cuando el paciente es llevado a la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA). No suele terminar cuando finaliza el ingreso, ya que tras el alta hospitalaria lo habitual es volver a consulta para las curas y retirada de puntos de sutura.

EL PRE OPERATORIO.

Tiene como objetivo fundamental asegurar que el paciente acceda al acto quirúrgico en las mejores condiciones físicas y psíquicas posibles, disminuyendo el riesgo de complicaciones durante la intervención y el postoperatorio.

La duración del preoperatorio y el tipo de cuidados que se pueden aplicar es muy variable. Depende enormemente de la enfermedad, del paciente y de la intervención a la que va a ser sometido.

El preoperatorio varía según los casos:

Intervención programada: El paciente realizará la mayor parte del preoperatorio en su domicilio. Son necesarias una serie de pruebas complementarias y consultas previas a la intervención (radiografía de tórax, electrocardiograma, análisis de sangre y orina, consultas pre-anestésicas, ...), que normalmente se realizan con antelación, de manera ambulatoria.

Intervención de urgencia: Sólo se realizará una preparación básica con el paciente ingresado.

Cuando el preoperatorio requiere de muchas pruebas y una preparación especial del paciente, normalmente se le suele ingresar durante toda la fase, para un mejor control.

Atención del Auxiliar de Enfermería durante el pre-operatorio:

- Ayudar al paciente, si es necesario, en su aseo corporal. El mismo día de la intervención quirúrgica o la noche anterior se debe utilizar jabón antiséptico. En el aseo se debe prestar una atención especial a la región umbilical, axilas, uñas y fosas nasales. Además, una hora antes de la operación hay que realizar una buena higiene bucal sin tragar agua.
- Rasurar la zona de la piel en la que se va a realizar la incisión en la intervención quirúrgica.
- Aplicar los enemas de limpieza prescritos y comprobar que han sido efectivos.
- Educar al paciente para que sea capaz de respirar con el diafragma y realizar ejercicios de expectoración, para facilitar al paciente la eliminación de las secreciones que, tras la anestesia, se generan en el árbol respiratorio.
- Colaborar en la alimentación, nutrición e hidratación del paciente. Asegurarnos de que el paciente no ingiere alimentos sólidos durante las 10-12 horas previas a la intervención. Tampoco debe tomar líquidos en las 8 horas previas. Lógicamente, estos plazos pueden variar y hay que comprobarlos en las instrucciones dadas por el médico.
- Instruir al paciente sobre cambios posturales y movilización activa precoz. Es muy importante que comprenda que ésta es la mejor manera de evitar complicaciones tales como las úlceras por presión y los tromboembolismos por "estancamiento" de la sangre en los vasos sanguíneos de las extremidades.
- Solicitar al paciente que miccione antes de ser trasladado al quirófano.
- Retirar las prótesis dentales, lentillas, audífonos ... y entregar a la familia los efectos personales (gafas, reloj, cadenas, anillos ...)

- Realizar el traslado del paciente al quirófano en condiciones adecuadas.
- El paciente irá desnudo, sin ningún tipo de ropa interior. Llevará puesto un camisón limpio y con una sola cinta atada, la del cuello. El cabello estará recogido (con o sin gorro dependiendo del protocolo).
- Si el traslado se realiza en la cama, la lencería debe ser limpia.
- Siempre hay que trasladar al paciente con su historia clínica. Este documento debe ser entregado en el área quirúrgica a la persona adecuada.
- Informar a nuestros superiores del traslado realizado y preparar la unidad del paciente para recibirlo tras la intervención.
- Aprovechar todos los contactos que tengamos con el paciente y sus familiares para realizar un buen apoyo psicológico. Para mejorar el estado de ansiedad del paciente es fundamental:
 - Que reciba una buena información
 - Que la actitud del profesional sea tolerante, comprensiva y de escucha activa.
 - Que propiciemos actividades de relajación, distracción y entretenimiento de acuerdo con los intereses del paciente.
 - Que facilitemos su atención espiritual (religiosa)

La preparación de la piel antes de la intervención quirúrgica.

La zona de la piel sobre la que el cirujano va a realizar la incisión se debe encontrar desinfectada y limpia.

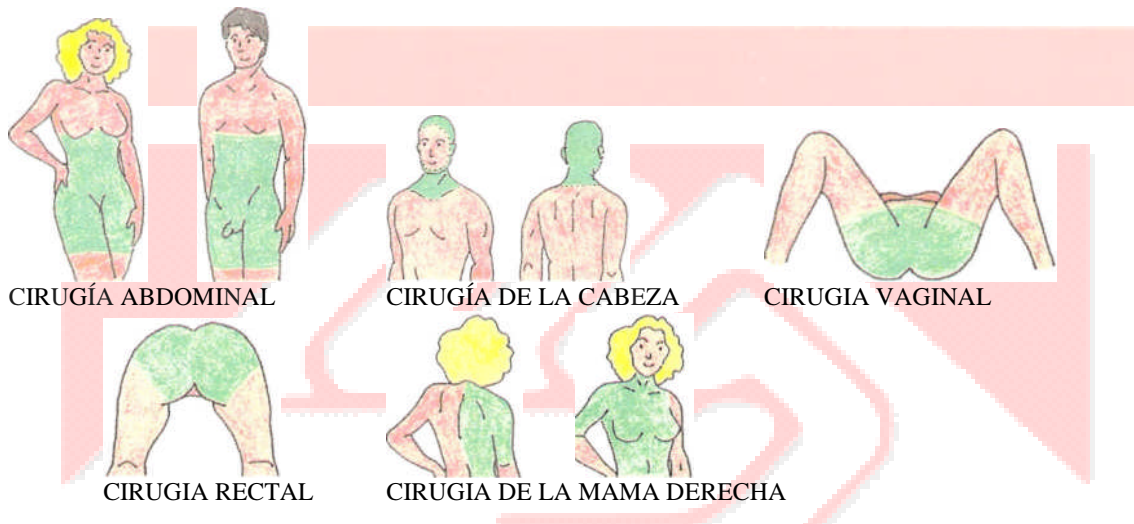
La preparación de la piel debe hacerse lo más próxima posible a la intervención. Se limpiará con una gasa o esponja mojada con una solución de agua y jabón antiséptico. Se debe pasar la esponja moviéndola siempre en un mismo sentido, luego se aclara y, posteriormente, se seca siguiendo los mismos movimientos.

La limpieza puede incluir el rasurado siempre bajo prescripción facultativa, si se utilizan cremas depilatorias, hay que comprobar, el día anterior, que el paciente no es alérgico a ellas.

El área de piel que hay que preparar dependerá del tipo de intervención y de las preferencias del cirujano.

Si no existe ninguna indicación especial, adjuntamos algunas imágenes que se pueden tomar como referencia:





En el momento del acto quirúrgico, aunque el Auxiliar de Enfermería no interviene directamente en la operación, en la zona estéril llevará puesto pijama y zuecos verdes, gorro y calzas.

Durante la intervención el AE se situará en el anexo al quirófano, donde recibirá el instrumental utilizado para su limpieza.

Las funciones del Auxiliar de Enfermería en el área quirúrgica son las siguientes:

- Limpieza del instrumental, equipos y superficies. Por superficies hemos de entender la mesa quirúrgica y las mesas o carros de instrumental. Normalmente se limpian y desinfectan las superficies y equipos. La limpieza se realizará siguiendo los protocolos establecidos. Si la institución tiene centralizadas las actividades de limpieza, desinfección y esterilización del instrumental, lógicamente no se realizará la limpieza en el área quirúrgica, sino en la central de esterilización.
- Enviar el instrumental a la central de esterilización correctamente preparado (perfectamente limpio, seco, en contenedores ...)
- Recibir el instrumental y los equipos de textil procedentes de la central de esterilización. Comprobar que los contenedores están precintados y que los controles externos de esterilización han cambiado de color.
- Reponer las existencias que se agoten y solicitar aquellas que se demanden en situaciones especiales.
- Recoger todo el material desechable y depositarlo en los contenedores adecuados para cada tipo de residuo.
- Recibir al paciente en el antequirófano. Identificarlo y comprobar que lleva su historia clínica. Verificar que se ha hecho el aseo y rasurado de la zona indicada.
- Realizar el traslado del paciente del antequirófano al quirófano.
- Efectuar el traslado del paciente de la cama, camilla o silla de ruedas a la mesa de operaciones (Unidad de Trabajo 2 del Módulo Técnicas Básicas de Enfermería).
- Atender las necesidades psicológicas del paciente. ¡No vale dejarlo abandonado durante una hora en el antequirófano sin darle explicaciones! Hay que acordarse de las palabras amables, de la relación de ayuda Recuerda: si tú trabajas en el área quirúrgica, probablemente estarás hastiado "*de tanta operación*" y para tí será normal, pero hay que ponerse en la situación del paciente (empatía).
- Colaborar con el equipo quirúrgico en todo lo que se nos solicite: proporcionar material, movilizar la lámpara, actuar de circulante ...
- Realizar el traslado del paciente del quirófano a la URPA cuando se indique.

EL POST OPERATORIO.

En esta etapa se realizan una serie de cuidados que pretenden evitar las complicaciones y el dolor y, en definitiva, la recuperación completa del paciente.

Atención del Auxiliar de Enfermería en el post operatorio.

Se distinguen dos fases:

Postoperatorio inmediato.-

Es el conjunto de cuidados que se aplican al paciente durante su estancia en la URPA.

Una vez que ha terminado la operación habrá que trasladarle desde la mesa de operaciones hasta la cama. Hay que ser especialmente cuidadosos en este traslado, pues el paciente tendrá conectados algunos sistemas y, además, tiene heridas quirúrgicas recién abiertas.

Por supuesto, la cama estará preparada para recibir al paciente (cama quirúrgica). Hay que seguir todas las normas generales de los traslados y movilizaciones. Hemos de tener en cuenta que, normalmente, tras la anestesia, el paciente siente mucho frío y por eso es fundamental cubrirlo bien con mantas. Además, si está indicado, colocaremos las barras de seguridad de la cama.

En la URPA se valoran todas las funciones, así que, con relativa frecuencia, se toman las constantes vitales y se registran los ingresos y pérdidas de líquidos (balance hídrico).

Puesto que el paciente está inconsciente, para prevenir la aspiración de vómitos se le posicionará en decúbito lateral izquierdo (siempre y cuando no esté contraindicado). Si no pudiera adoptar la posición de decúbito lateral, habrá que garantizar que la cabeza del enfermo quede ladeada.

La valoración del paciente la hacen los DUEs y los médicos. Nosotros tenemos que observar que los sistemas estén correctamente conectados, que los catéteres no estén acodados, que no haya sangrado llamativo por los apósitos, etc. Recuerda que observar y estar vigilantes es de gran ayuda.

Cuando el médico estime que el paciente puede pasar a la sala de hospitalización, se procederá a su traslado, aplicando todas las normas generales de los traslados y tendremos cuidado extremo con los sistemas conectados. Habrá que advertir a la planta del inminente traslado y cerciorarnos de que la habitación está preparada.

Trasladaremos al paciente con su historia clínica.

Postoperatorio mediato o continuado.-

Es el que comienza cuando el paciente llega a la sala de hospitalización y puede terminar con el alta hospitalaria o con el alta de consultas externas.

Cuando el paciente llega a la unidad, el DUE hace una primera valoración general de su estado.

Durante todo el postoperatorio mediato se aplican los siguientes cuidados básicos de enfermería:

- La toma y registro de constantes vitales suele ser más frecuente durante los primeros días.
- Es fundamental establecer un programa de cambios posturales adaptado a las condiciones del paciente para la prevención de úlceras por presión.
- Hay que tener especial cuidado durante el aseo para no mojar los apósitos que cubren la herida quirúrgica ..
- Estimular al paciente para que realice ejercicios respiratorios, de expectoración, haga movilizaciones e intente deambular lo antes posible (si no existe contraindicación).
- Observar y comprobar que los apósitos de las heridas quirúrgicas estén siempre limpios, secos y bien fijos.
- Cuando sirvamos la bandeja de comida, comprobar que se ajusta a la dieta indicada por el médico que, normalmente, es progresiva: absoluta, líquida, semi-blanda, blanda y basal. Es importante estimular al paciente para que coma la dieta pautaada. Si el paciente está con nutrición enteral o parenteral tendremos que realizar los cuidados específicos en cada caso.

En el postoperatorio mediato es necesario que nos detengamos en tres aspectos:

a) cuidados de la herida quirúrgica, b) los drenajes y c) el carro de curas.

a) La herida quirúrgica, por lo general, es una herida "*limpia*", pues se ha hecho con bisturí en condiciones de asepsia. Suelen ser heridas quirúrgicas "*sucias*" las que son consecuencia de intervenciones por heridas hechas con asta de toro, armas de fuego, paquetes bomba, ...

Los cuidados que se aplican a la herida quirúrgica se conocen como curas, y tienen como objetivo: evitar las hemorragias, eliminar los cuerpos extraños, favorecer la cicatrización, prevenir la infección y favorecer el drenaje de secreciones.

Las curas se realizan por prescripción médica y en condiciones de asepsia. Son los DUEs o los médicos los encargados de hacerlas y nuestro cometido es colaborar con ellos.

Existen dos métodos generales de cura: abierto y cerrado.

Método abierto.- Se caracteriza porque no se utilizan apósitos. Sólo se realiza la limpieza y antisepsia de la herida, se deja secar y se mantiene al descubierto.

Método cerrado.- También se realiza la limpieza y antisepsia de la herida, pero lo que caracteriza a este método es que, después, sí se cubre la herida con apósitos que se fijan

a la piel circundante.

Los elementos que se utilizan en el cuidado de las heridas los clasificaremos en tres grupos:

1-Elementos para la limpieza y asepsia: Se utiliza suero fisiológico, agua estéril o solución jabonosa de agua estéril. Para aplicarlos se utilizan gasas estériles o torundas (pelotas de gasa estéril o de algodón hidrófilo, que absorbe el líquido con facilidad). También se utiliza un equipo de cura: una pinza de disección, una de Pean o de Kocher y una tijera de punta roma.

2-Elementos para cubrir la herida: Son los apósitos (conjunto de elementos protectores que se aplican para cubrir una herida), pueden ser gasas, compresas, algodón, apósitos adhesivos comerciales,... , a veces, se pueden utilizar medicamentos como pomadas o gasas impregnadas en compuestos cicatrizantes y reepitelizantes.

3-Elementos para fijar los apósitos: Esparadrapo de tela o de papel, mallas tubulares elásticas, vendas, ...y, por supuesto los apósitos adhesivos.

Para que el DUE pueda realizar la cura en condiciones de asepsia es indispensable que el AE se ocupe de:

- Abrir los paquetes y recipientes estériles sin tocar su contenido y ofrecerlo al DUE a medida que los vaya necesitando.
- Abrir los frascos de antiséptico, recipientes de pomadas u otros medicamentos.
- Verter los líquidos sobre las gasas o torundas estériles, sin que el orificio del envase llegue a contactar con la gasa o torunda.
- Abrir y cerrar los contenedores o bolsas de sucio para los desechos, cada vez que haga falta.
- Prestar apoyo al paciente y ser buenos observadores de sus expresiones (cara de dolor, muecas, coloración de la piel,...)
- Acomodar al paciente, recoger y desechar el material.

b) Los drenajes. Este punto se ha desarrollado en el Tema 3, Punto 4, Páginas 14-15-16

c) El carro de curas, está formado por un armazón metálico con ruedas, dotado de un asa para el traslado, con dos estantes-superior e inferior-, y, varios cajones (2-bajo el estante superior), tiene dos aros metálicos en los que se acoplan unos contenedores redondos (2-bombonas- para gasas estériles y algodón o torundas) , en el extremo opuesto tiene un recipiente que lleva una bolsa plástica para la recogida de residuos, (si el residuo procede de una herida posiblemente infecciosa, se deberá recoger en el contenedor de residuos biosanitarios especial correspondiente, para proceder a su tratamiento y evitar el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas).

En el carro de curas de una planta de hospitalización, normalmente se debe encontrar todo el material necesario para realizar las curas, Deberá estar siempre limpio y preparado para su uso, en términos generales, el contenido habitual es:

- Gasas, algodón y/o torundas estériles (bombonas). Si el carro no tiene bombonas las gasas estarán en paquetes estériles de bolsas mixtas.
- Apósitos adhesivos de diferentes tamaños.
- Paños de campo estériles.
- Esparadrapo hipoalergénico de diferentes anchuras.
- Vendas de distintos tamaños.
- guantes desechables estériles (de distintas tallas) y no estériles.
- Jeringas desechables de 5, 10 y 20 cc. y agujas intramusculares e intravenosas desechables.
- Equipos de sutura, habitualmente vienen preparados en una bolsa mixta que contiene un portaagujas, una tijera, una pinza de disección y las suturas con la aguja incorporada.
- . Equipo de retirada de puntos, pinza de Michel y también otra bolsa mixta que contiene una tijera de Littauer y una pinza de disección con dientes.
- Equipo de curas, vienen empaquetados juntos en una bolsa mixta que contiene una tijera, una pinza de disección y una pinza de Pean o de Kocher, en muchos casos se añaden un estilete y una sonda acanalada.
- Bisturries estériles desechables.
- Bateas y riñoneras.
- Antisépticos.
- Medicamentos específicos para las curas, que se suelen colocar en los cajones.
- Ampollas de suero salino y de agua destilada, (también en los cajones).

Los encargados del mantenimiento del carro de curas son los AE que se ocuparan de limpiarlo, para lo que, hay que vaciar los estantes, quitar las bombonas y retirar la bolsa de residuos y colocarla en el contenedor correspondiente. Pasaremos una compresa impregnada en detergente por los estantes de arriba abajo. Sacaremos los cajones y pasaremos la compresa de adentro a afuera y luego para limpiar el armazón pasaremos la compresa de arriba abajo, renovando las compresas que lo precisen. Aclararemos y secaremos en el mismo modo y sentido. Y, en su caso, según el protocolo de la planta, proceder a su desinfección, pasando las compresas impregnadas en solución desinfectante, cuando hayamos terminado la limpieza normal, descrita anteriormente.