

Desarrollo e implantación de un protocolo perioperatorio de enfermería en cirugía plástica mamaria ambulatoria

Development and implantation of a perioperative nursing protocol in outpatient breast plastic surgery



Magdalena-Díaz, M.L.

Magdalena-Díaz, M.L.*, Caragol-Urgellés, L.*, Solé-Magdalena, A.**,
Fueyo-Lorente, A.***, Sopena-Zubiria, L.A.****, Camporro-Fernández, D.*****.

Resumen

Los cuidados perioperatorios de enfermería sitúan al paciente en las mejores condiciones posibles para su recuperación en el domicilio. Junto a la aplicación de los bloqueos paravertebral torácico y de nervios pectorales y una depurada técnica quirúrgica, hacen que sea posible la implantación de un programa de cirugía plástica mamaria en régimen ambulatorio. Nos planteamos como objetivo estandarizar la práctica asistencial de enfermería en este tipo de cirugía, garantizar la seguridad domiciliar de las pacientes mediante el seguimiento telefónico y evaluar el grado de satisfacción utilizando una encuesta anónima.

Elaboramos un protocolo de cuidados perioperatorios desarrollando los documentos de: entrevista preoperatoria de enfermería, listado de verificación prequirúrgica, cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios, hoja de cuidados y recomendaciones de enfermería, hoja protocolizada de tratamiento médico, hoja de seguimiento telefónico para evaluar el cumplimiento del tratamiento, dolor, control del drenaje, fiebre y tensión mamaria. Posteriormente realizamos una encuesta anónima entre las pacientes para evaluar su grado de satisfacción.

Recogimos 35 intervenciones por diferentes patologías mamarias llevadas a cabo entre abril del 2012 y diciembre del 2013 de forma ambulatoria y bajo anestesia paravertebral torácica: 5 pacientes (14%) precisaron ingreso hospitalario, 2 por dolor, 2 por sangrado y 1 por vómitos y sangrado. Todas cumplieron el tratamiento prescrito; a las 24 horas, 28 pacientes (93,3 %) presentaron una puntuación de dolor ≤ 3 en una escala numérica de 0 a 10 y a las 48 horas todas presentaron una puntuación de dolor ≤ 3 .

Veintisiete pacientes (90%) manifestaron que el grado de satisfacción respecto al proceso fue muy bueno.

Creemos que el disponer de un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería en cirugía plástica mamaria ambulatoria con anestesia paravertebral torácica asegura la estandarización de la práctica enfermera incrementando la seguridad de las pacientes en su domicilio y mejorando su grado de satisfacción respecto a todo el proceso cuya evaluación resulta ser muy buena.

Palabras clave Reconstrucción mamaria,
Cirugía ambulatoria,
Cuidados perioperatorios.

Nivel de evidencia científica IV

Abstract

Perioperative nursing cares place the patients in the best possible conditions for their recovery at home. This fact together with the blocking of the thoracic paravertebral and pectoral nerves as well as with a depurated surgical technique, have enabled the implantation of the breast plastic surgery program in the outpatient system.

We elaborate a perioperative nursing care protocol developing the following documents: preoperative nursing interview, presurgical check list, preoperative, intraoperative and postoperative cares, nursing cares and recommendations sheet, protocolized medical treatment sheet, telephonic follow up sheet to evaluate the observance of the treatment, pain, fever, main drain and breast tension. Later an anonymous survey was made to evaluate patients' satisfaction degree.

From April 2012 to December 2013, 35 operations with different pathologies were performed in outpatient surgery under thoracic paravertebral anesthesia: 5 patients needed hospitalization, 2 because of pain, 2 because of bleeding and 1 because of vomiting and bleeding. All patients observed the treatment. In the first 24 hours after surgery 28 patients (93,3 %) had ≤ 3 points of pain in a numeric scale from 0 to 10 and after 48 hours all patients had ≤ 3 points of pain.

Twenty seven patients (90%) reported that the satisfaction degree with the process was very good.

To dispose of a perioperative nursing care protocol in outpatient breast plastic surgery with thoracic paravertebral anaesthesia assures the standardization of nursing practice increasing patient safety at home and improving their degree of satisfaction with all the process and with a very good evaluation.

Key words Breast reconstruction,
Outpatient surgery,
Perioperative cares.

Level of evidence IV

* Enfermera de quirófano, Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

** Estudiante de la Licenciatura de Medicina.

*** Médico Adjunto, Servicio de Cirugía Plástica.

**** Jefe de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

***** Jefe del Servicio de Cirugía Plástica.

Introducción

El futuro de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) va encaminado hacia la incorporación de procedimientos con una mayor dificultad de las técnicas quirúrgicas y anestésicas (1,2). El desarrollo de las técnicas anestésicas y la disponibilidad de nuevos fármacos intravenosos como el Propofol y el Remifentanilo con unos perfiles farmacocinéticos que se aproximan a las propiedades del agente anestésico ideal, han dado lugar a un mayor confort global para el paciente, con ausencia de complicaciones y con una mayor seguridad postoperatoria (3).

Todo ello unido a la notable mejoría de los cuidados perioperatorios de enfermería con un enfoque holístico, sitúa al paciente en las mejores condiciones posibles para su recuperación en el domicilio a través de actividades de enfermería como la información, el apoyo psicológico, la educación para la salud y la promoción del autocuidado.

La cirugía mayor de la mama se realizaba habitualmente con anestesia general hasta que aparecieron las primeras series publicadas con bloqueos paravertebrales torácicos. En nuestro centro hospitalario (Hospital Universitario Central de Asturias, en Oviedo, España) se introdujo este tipo de bloqueo anestésico con el objetivo de obtener un mayor confort perioperatorio; posteriormente se asoció el bloqueo de los nervios pectorales, consiguiendo un mejor control de la analgesia postoperatoria inmediata y una menor necesidad de sedación (4).

La combinación de las dos técnicas anestésicas asociadas a una depurada técnica quirúrgica, ha hecho posible la implantación de las técnicas de cirugía plástica mamaria en régimen ambulatorio.

La puesta en marcha en nuestro hospital del programa de cirugía plástica mamaria ambulatoria en el mes de marzo del 2012 hizo necesario el diseño e implantación de un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería con los objetivos de estandarizar la práctica asistencial enfermera, garantizar la seguridad de las pacientes en su domicilio mediante el seguimiento telefónico hasta el alta médica y diseñar una encuesta anónima para evaluar el grado de satisfacción de las pacientes, protocolo que presentamos y analizamos en el presente artículo.

Material y método

Formamos un grupo de trabajo multidisciplinario para cirugía plástica mamaria en régimen ambulatorio que efectuó una revisión bibliográfica utilizando las palabras claves: cuidados perioperatorios, reconstrucción mamaria, cirugía ambulatoria, y desarrolló posteriormente la estructura del protocolo de cuidados perioperatorios formado por los siguientes documentos:

1. Entrevista preoperatoria de enfermería: información a la paciente y a la familia sobre los cuidados preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios de la intervención a la que se va a someter.
 - Revisión de la historia clínica.
 - Presentación a la paciente y a la familia con nombre y cargo.
 - Explicación del propósito y temas a tratar durante la entrevista.
 - Entrega y explicación de la medicación que tomará: La noche anterior a la intervención quirúrgica (ansiolítico y protector gástrico) Dos horas antes de la intervención quirúrgica, antibiótico con un sorbo de agua.
 - Explicación de los procedimientos:
 - Preoperatorio
 - Acogida en la Unidad de Readaptación al Medio (URM), en la que están ubicadas 6 camas para CMA. A la llegada de la paciente a la unidad se le asigna una cama y se realiza el protocolo de acogida; a esta cama volverá después de su paso por la Unidad de Recuperación Postoperatoria (URPA), y permanecerá en la misma una estancia media de 6 horas.
 - En el quirófano: realización del listado de verificación prequirúrgica.
 - Información de la secuencia de actividades de acondicionamiento y confort (monitorización, sistemas de apoyo, colocación de manta térmica).
 - Instauración de vía venosa .
 - Presencia y apoyo psicológico durante la técnica anestésica.
 - Musicoterapia.
 - Información sobre la duración de la Intervención.
 - Intraoperatorio
 - Mantenimiento de las medidas de confort.
 - Monitorización y vigilancia de las constantes vitales.
 - Postoperatorio
 - Información del destino de la paciente.
 - Explicación y entrega de la hoja de cuidados y recomendaciones postoperatorias.
 - Explicación y entrega del tratamiento prescrito.
 - Manejo del drenaje.
 - Cuidados de la herida quirúrgica.
 - Manejo de la escala numérica (EN) de 0 a 10 para la valoración del dolor.
 - Información sobre la primera revisión médica a las 48 horas; si no se retira el drenaje, se programará una segunda revisión 24 horas más tarde.
 - Información de la llamada telefónica a las 24 horas y los días posteriores en función de la cantidad drenada y del estado de la paciente hasta su total recuperación.

2. Listado de verificación prequirúrgica: los cuidados preoperatorios se inician con la acogida de la paciente en la URM y a su llegada al área quirúrgica se procede a la cumplimentación del listado de verificación prequirúrgica (Anexo 1). Una vez realizado, los cuidados preoperatorios continúan dentro del quirófano con el acondicionamiento de la paciente en la mesa quirúrgica y la explicación de las actividades a realizar:

- Aplicación de los dispositivos de monitorización (electrodos en zona escapular y costal posterior izquierda), evitando interferencias con el campo quirúrgico.
- Control de las constantes vitales.
- Instauración de vía venosa en el lado contrario a la mama mastectomizada, para perfusión de suero fisiológico y 40 mg de Omeprazol.
- Administración de 2 mg de Midazolam y 4 mg de Dexametasona.
- Apoyo psicológico a la paciente y asistencia al anestesista durante la instauración de los bloqueos paravertebral torácico y de nervios pectorales con sedación.
- Preparación de la medicación anestésica, analgésica y bomba TIVA (*Total Intravenous Anesthesia*) según indicaciones del anestesista y necesidades de la paciente.
Una vez instaurados los bloqueos: administración de O₂ a 3 litros por minuto.

- Aplicación de medidas de confort: colocación de apoyo en huecos popliteos, manta térmica, brazos evitando ángulo superior a 90° y vigilancia de la temperatura de los mismos; musicoterapia.

3. Cuidados intraoperatorios:

- Vigilancia de las constantes vitales: frecuencia cardiaca, tensión arterial, pulsioximetría.
- Vigilancia de las complicaciones potenciales después de la instauración de los bloqueos: bradicardia, hipotensión, náuseas, vómitos, mareo, hipo, hipoestesia en brazos, dolor torácico, dolor de hombro, saturación de O₂ <92%.
- Vigilancia y mantenimiento de vía venosa y reposición de líquidos según indicación del anestesista.
- Mantenimiento de las medidas de confort de la paciente.
- Precauciones quirúrgicas relacionadas con el uso de aparatos eléctricos.
- Preparación del campo quirúrgico: limpieza con agua y jabón antiséptico, aplicación de solución antiséptica iodada.
- Instrumentación según intervención quirúrgica.
- Manejo de muestras biológicas según protocolo, si procede.
- Limpieza final, cura de la herida quirúrgica y colocación de apósito.
- Manejo del drenaje: comprobación de las conexiones reservorio-catéter, sin acodamientos del catéter, vacío del reservorio, cantidad y calidad del líquido drenado, fijar el catéter sin tracciones y de forma que permita a la paciente portarlo con comodidad.
- Realización de los registros de enfermería quirúrgica.
- Gestión del traslado de la paciente a la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA).

4. Cuidados postoperatorios:

- En la URPA: se trata de una unidad de 16 camas, común para todos los pacientes quirúrgicos, a donde nuestras pacientes son trasladadas una vez realizada la intervención quirúrgica acompañas por el anestesista y en la que tendrán una estancia media de 1 hora y 30 minutos. Aquí llevamos a cabo:
 - Acogida y acondicionamiento.
 - Aplicación del test de Aldrete modificado (5).
 - Vigilancia de las potenciales complicaciones postanestésicas.
 - Administración del tratamiento según órdenes.
 - Gestión del control radiológico torácico.
 - Satisfacción de los criterios de alta según indicación del anestesista.
 - Registros de enfermería en la URPA.
 - Gestión del traslado a la URM.

Anexo 1

Listado de verificación prequirúrgica

ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Comprueba que la historia clínica del paciente coincide con el parte quirúrgico.

- Revisa historia clínica.
- Verificaciones:
 - Se presenta con nombre y cargo.
 - Le nombra por nombre y apellidos.
 - El paciente indica zona a intervenir y lado si procede.
 - Zona a intervenir, diagnóstico y procedimiento coinciden en historia clínica y parte quirúrgico con lo reseñado por la paciente.
 - Verifica alergias y ayunas.
 - Verificar profilaxis antibiótica.
 - Verificar ausencia de prótesis dental u otras, maquillaje, esmalte de uñas, objetos metálicos.

Firmado:

- En la URM:
 - Acogida y acondicionamiento.
 - Control de constantes vitales.
 - Vigilancia del drenaje y de la herida quirúrgica.
 - Valoración del dolor.
 - Administración del tratamiento según órdenes.
 - Prueba de tolerancia según órdenes.
 - A partir de las 19 horas, y si cumple los criterios de Chung modificados (6), la paciente regresará a su domicilio; en caso contrario quedará ingresada en la Unidad de Hospitalización de Cirugía Plástica.
 - Preparación de la documentación para el alta hospitalaria: informe médico con fecha de revisión, informe médico para atención primaria, hoja protocolizada de cuidados y recomendaciones de enfermería y hoja protocolizada del tratamiento prescrito.
 - Entrega del tratamiento prescrito y/o de las recetas médicas.
 - Comprobación de que la información y documentación entregada es comprendida por la paciente.
 - Requerir la presencia física del familiar responsable.

La continuación de los cuidados postoperatorios de las pacientes se realiza diariamente por teléfono hasta que

éstas son dadas de alta definitiva, para poder evaluar: el cumplimiento del tratamiento prescrito, el grado de dolor, el control del líquido drenado, la tensión mamaria, fiebre y si hay problemas con el drenaje.

5. Hoja de cuidados y recomendaciones de enfermería (Anexo 2).
 6. Realización de hoja protocolizada de tratamiento (Anexo 3).
 7. Realización de la hoja de seguimiento telefónico (Anexo 4).
 8. Diseño de encuesta anónima (Anexo 5).
- Las pacientes incluidas en el programa deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión/exclusión para cirugía plástica mamaria ambulatoria.
- Criterios de inclusión:
 - La intervención propuesta tendrá una duración máxima de 2 horas
 - Las intervenciones a realizar serán: colocación de expansor mamario uni o bilateral; cambio de expansor por prótesis uni o bilateral con/sin mastopexia de simetrización; colocación de prótesis; pexias; reducción mamaria; retirada de prótesis; otras.
 - Criterios de exclusión (7):
 - Negativa de la paciente a participar en el programa de CMA.

Anexo 2

Cuidados y recomendaciones postoperatorias para pacientes intervenidas de cirugía plástica mamaria ambulatoria

Es portadora de un drenaje con vacío que precisa unos cuidados sencillos:

1. Las primeras 24 horas permanezca en su domicilio.
2. No moje los apósitos que le hemos puesto, lávese por zonas; en el caso de que se mojaran, séquelos con un secador de aire frío.
3. No tire del tubo del drenaje que conecta con el frasco; evite movimientos bruscos, coger pesos, hacer esfuerzos.
4. Marque con un rotulador la sangre recogida en el frasco cada 24 horas.
5. Tome la medicación entregada según le hemos indicado.
6. Al día siguiente de la intervención recibirá la llamada telefónica de su enfermera.
7. A las 48 horas acudirá a la consulta externa de Cirugía Plástica para la 1ª revisión.

Síntomas y Signos que requieren atención médica

Si presenta:

- Dolor excesivo, a pesar de tomar la medicación entregada.
- Tensión mamaria importante.
- Recogida de más de 100cc de sangre en 24 horas.
- Fiebre.
- Pérdida de vacío del frasco del drenaje.

Póngase en contacto telefónico con el Hospital Universitario Central de Asturias

Tfno. 985108000 y que le pasen con el **Busca de Cirugía Plástica**, donde será atendida por un médico especialista.

Anexo 3

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

1er DIA:

Dos horas antes de la intervención quirúrgica tomará 1 sobre de Amoxicilina-Clavulánico 875 mg. (con un dedo de agua). Si alergia, sustituir por 1 comp. de Clindamicina 300mg.

A las..... horas 1 comp. de Ibuprofeno 600 mg.

A las..... horas 1 sobre de Paracetamol 1 gr.

A las..... horas 1 sobre de Amoxicilina-Clavulánico 875 mg.

2º y 3er DIAS:

A las 8 horas de la mañana tomará:

- 1 comp. de Ibuprofeno 600 mg.
- 1 cáps. de Omeoprazol 20 mg.
- 1 sobre de Amoxicilina-Clavulánico 875 mg.

A las 12 horas del mediodía tomará 1 sobre de Paracetamol 1 gr.

A las 16 horas de la tarde tomará:

- 1 comp. de Ibuprofeno 600 mg.
- 1 sobre de Amoxicilina-Clavulánico 875 mg.

A las 20 horas de la tarde tomará 1 sobre de Paracetamol 1 gr.

A las 24 horas de la noche tomará:

- 1 comp. de Ibuprofeno 600 mg.
- 1 sobre de Amoxicilina-Clavulánico 875 mg.

4º 5º y 6º DIAS:

1 sobre de Paracetamol cada 8 horas.

Si a pesar de tomar esta medicación tiene dolor fuerte tomará 1 comp de Tramadol 50 mg. + 1 comp. de Metoclopramida 10 mg. (sin sobrepasar 3 diarios).

- Obesidad (índice de masa corporal, IMC>30).
- Enfermedad psiquiátrica grave, drogadicción o alcoholismo.
- Epilepsia.
- Hipertensión arterial no controlada.
- Trastornos de la coagulación, uso de antiagregantes o anticoagulantes.
- Diabetes tipo I.

Igualmente las pacientes deben satisfacer los criterios sociales y logísticos comunes en toda cirugía ambulatoria:

- Capacidad de comprensión de las ordenes médicas y colaboración con las instrucciones recibidas.
- Adulto responsable acompañante.
- Disponibilidad de teléfono.
- Soporte familiar y social adecuado.
- Vivienda a menos de 60 minutos del hospital.

Instauramos un plan de atención de alta resolución agrupando secuencialmente la visita a la consulta de preanestesia, la realización de las pruebas analíticas preoperatorias y la entrevista preoperatoria de enfermería, dando así lugar a la preparación completa de la paciente en una sola visita hospitalaria.

Una vez diseñado el protocolo, fue presentado en sesión de enfermería al equipo de enfermería, cirujanos plásticos y al jefe de la Unidad de CMA, decidiéndose la implantación del mismo.

RESULTADOS

Desde abril del 2012 a diciembre del 2013 se realizaron 35 intervenciones de cirugía plástica mamaria ambulatoria bajo anestesia paravertebral torácica, de las cuales

25 fueron unilaterales y 10 bilaterales. De esas 35 pacientes intervenidas, 5 (14%) precisaron ingreso hospitalario: 2 por dolor, 2 por sangrado y 1 por vómitos y sangrado, quedando la muestra en 30 pacientes.

1. Tipo de cirugía (Tabla I):

- Cirugía unilateral: colocación de prótesis en mama no oncológica 4; recambio de expansor por prótesis 4; colocación de expansor 7; recambio de prótesis 4; reducción mamaria 1; recolocación de prótesis 1; retoque de cirugía mamario 1; glandulectomía 1; tumor de mama 1; extracción de prótesis y colocación de expansor 1.
- Cirugía bilateral: recambio de prótesis y colocación de prótesis 1; recambio bilateral de prótesis 1; recambio de expansor por prótesis y colocación de prótesis y pexia 1; capsulotomía y pexia 1; liposucción y pexia y colocación de prótesis 1; recambio de expansor por prótesis y pexia 1; reducción mamaria y reconstrucción del complejo areola-pezones 1; retirada de prótesis estéticas y mamopexia 1; reducción mamaria y retoque en pezón 1; relleno graso y colocación de prótesis 1.

2. Seguimiento telefónico:

- Todas las pacientes cumplieron el tratamiento prescrito.
- Respecto a la evaluación del dolor según EN de 0 a 10: a las 24 horas, 28 pacientes (93,3%) presentaron una puntuación ≤ 3 ; a las 48 horas todas las pacientes presentaron una puntuación ≤ 3 y a las 72 horas la puntuación fue de 0 en todas (Tabla II).

Anexo 4 Registro de control telefónico

Datos de la paciente: Teléfonos de contacto: Fecha de la Intervención quirúrgica: Intervención quirúrgica: Cirujanos: Anestesista: Enfermera responsable:	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 10px;">PEGATINA</div>																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Cumplimiento del tto.</th> <th rowspan="2">Control del dolor EN 0-10</th> <th rowspan="2">Tensión mamaria</th> <th rowspan="2">Sangre cc / 24 h</th> <th rowspan="2">Problemas con el drenaje</th> <th rowspan="2">Fiebre</th> </tr> <tr> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24 h.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>48 h.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>72 h.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Cumplimiento del tto.		Control del dolor EN 0-10	Tensión mamaria	Sangre cc / 24 h	Problemas con el drenaje	Fiebre	SI	NO	24 h.								48 h.								72 h.							
	Cumplimiento del tto.		Control del dolor EN 0-10	Tensión mamaria						Sangre cc / 24 h	Problemas con el drenaje	Fiebre																							
	SI	NO																																	
24 h.																																			
48 h.																																			
72 h.																																			
Comentario:																																			

- Ninguna paciente manifestó tensión mamaria o fiebre.
 - Los drenajes permanecieron colocados durante un periodo que osciló entre las 24 horas y los 11 días, manteniéndose un tiempo medio de 3 días. Del total de pacientes, 8 (26,6%) perdieron el vacío y precisaron cambio del recipiente recolector.
3. Evaluación de la encuesta anónima: 27 pacientes (90%) manifiestan que el grado de satisfacción fue muy bueno y 3 (10%) bueno. Igualmente el análisis de los datos indicó que el 100% de las pacien-

tes conocían a los cirujanos y a las enfermeras que les atendieron y que la información recibida les pareció clara y completa (Tabla III).

Discusión

Somos conscientes de que el tamaño de la muestra es reducido, pero los resultados sugieren que la aplicación del protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería puede ser útil para las pacientes intervenidas por cirugía plástica mamaria ambulatoria con anestesia paravertebral

Anexo 5 Encuesta de satisfacción

Estimada paciente:

Ha sido intervenida en el quirófano de Cirugía Mayor Ambulatoria. Con el fin de mejorar la atención que le hemos prestado, solicitamos que cumplimente este cuestionario anónimo.

En nombre de todos los profesionales que le hemos atendido, Gracias.

Marque con una X la casilla elegida

	MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
¿CÓMO VALORA QUE SE LE HAYA INFORMADO SOBRE SU PROCESO QUIRÚRGICO?					
¿CÓMO LE INFORMÓ EN TODO MOMENTO EL PERSONAL-MÉDICO					
ENFERMERÍA					
¿CÓMO FUE EL TRATO RECIBIDO? -MÉDICO (le escucharon, fueron amables)					
ENFERMERÍA					
¿CUÁL ES SU GRADO DE SATISFACCIÓN?					

	SI	NO
¿A SU LLEGADA, LE EXPLICARON EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE CMA?		
¿CONOCE EL NOMBRE DEL MÉDICO QUE LE OPERÓ?		
¿LE HAN INFORMADO DE CÓMO SE PREVÉ SU EVOLUCIÓN?		
¿CONOCE AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LE ATENDIÓ?		
¿LA INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, LE PARECE CLARA Y COMPLETA?		
¿LA INFORMACIÓN SOBRE CUIDADOS Y TRATAMIENTO, LE PARECE CLARA Y COMPLETA?		

Tabla I: Tipo de cirugía

Pacientes	Cirugía unilateral	Pacientes	Cirugía bilateral
4	Colocación de prótesis	1	Recambio de prótesis y colocación de prótesis
4	Recambio expansor por prótesis	1	Recambio de prótesis
7	Colocación de expansor	1	Recambio de expansor por prótesis y colocación de prótesis y pexia
4	Recambio de prótesis	1	Capsulotomía y pexia
1	Reducción mamaria	1	Liposucción y pexia y colocación de prótesis
1	Recolocación de prótesis	1	Recambio de expansor por prótesis y pexia
1	Retoque mamario	1	Reducción mamaria y reconstrucción del complejo areola-pezones
1	Glandulectomía	1	Retirada de prótesis estéticas y mamopexia
1	Tumor mamario	1	Reducción mamaria y retoque en pezón
1	Extracción de prótesis y colocación de expansor	1	Relleno graso y colocación de prótesis

Tabla II: Evaluación del dolor según escala numérica (EN) 0-10

Dolor EN 0-10	≤ 3	>3
24 h	28 (93,3%)	2 (6,6%)
48 h	30 (100%)	
72 h	30 (100%)	

Tabla III: Encuesta de satisfacción

Grado de satisfacción	Muy bueno	Bueno
Pacientes	27 (90%)	3 (10%)

torácica. El enfoque holístico de la CMA, atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las pacientes, hace que las enfermeras quirúrgicas de Cirugía Plástica constituyan un eslabón crucial para ayudar a las pacientes a adquirir y asimilar la información e identificar las necesidades en el preoperatorio y en el postoperatorio (8).

La información es uno de los pilares de los programas de la cirugía ambulatoria y una de las actividades más relevantes realizadas por el personal de enfermería, cuya importancia como variable significativa en la reducción de la ansiedad del paciente quirúrgico es de sobra conocida (9).

Las medidas terapéuticas farmacológicas, junto con

la educación y la información a los pacientes, son herramientas que deben ser utilizadas dentro de las estrategias para el control del dolor postoperatorio y tienen como objetivos fundamentales reducir la ansiedad y el dolor postquirúrgico así como fomentar el aumento del grado de satisfacción de las pacientes (10).

Pero para que la información sea eficaz, es necesario establecer comunicación a través de la simplificación, estandarización y uso de habilidades de comunicación eficaces como son la comunicación verbal clara, el conocimiento de los efectos de la comunicación no verbal, el uso de habilidades de escucha y el manejo de conflictos, pues son formas de mejorar la interacción con los pacientes y minimizar o evitar errores (11). Los fallos en la comunicación representan la principal causa de complicaciones prevenibles que conducen a perjudicar a los pacientes quirúrgicos (12).

El seguimiento telefónico diario hasta el alta médica y el disponer de un teléfono de contacto permanente, otorga a las pacientes una atención continuada que permite la detección precoz de las complicaciones potenciales.

El programa de cirugía plástica mamaria ambulatoria de nuestro hospital precisó en los primeros meses de áreas de mejora, pues algunas revisiones se programaban a las 24 horas de la intervención quirúrgica, situación que ocasionó discomfort (mareos, náuseas) en 2 pacientes por la larga espera en la consulta externa; evitamos esta situación planificando la primera revisión a las 48 horas y en el caso de ser necesaria al día siguiente de la intervención quirúrgica, las pacientes deben ser atendidas con prioridad a su llegada a la consulta.

Igualmente, algunas pacientes tuvieron problemas con el drenaje al perder el vacío, situación que revisamos decidiendo cortar en bisel la sonda que conecta con el tubo de drenaje para asegurar la conexión en el quirófano y reforzando la información sobre el drenaje durante el seguimiento telefónico. Con estas medidas conseguimos reducir notablemente este tipo de incidente pasando de 6 pérdidas de vacío en los primeros 7 meses a 2 en los 12 meses siguientes. Una de las pacientes mantuvo el drenaje durante 11 días, situación que pudo estar relacionada con la casualidad de que comenzó a las 24 horas de la intervención con un proceso gripal que le ocasionó importantes accesos de tos, causantes de un hematoma que precisó vendaje. Asimismo, la paciente que presentó una puntuación de dolor de 7 en la EN de 0 a 10 en la primera noche de postoperatorio, manifestó haber tenido el mismo problema en otra intervención mamaria con ingreso hospitalario.

Aunque el grado de satisfacción con todo el proceso fue muy bueno en la mayoría de las pacientes, 2 manifestaron que no volverían a repetir la experiencia, una porque la anestesia paravertebral torácica le produjo una sensación muy desagradable y a la otra porque le supuso un gran estrés el tener que ir a su domicilio con el drenaje.

Conclusiones

Disponer de un protocolo de cuidados perioperatorios de enfermería en cirugía plástica mamaria ambulatoria con anestesia paravertebral torácica asegura la estandarización de la práctica de enfermería y aumenta la calidad de los cuidados y la seguridad de las pacientes en su domicilio. El grado de satisfacción de las mismas respecto a todo el proceso es muy bueno en la mayoría de los casos.

Dirección del autor

María Luz Magdalena Díaz
Roces de Colloto nº 53
33010, Oviedo, Asturias, España
e-mail: luzcolloto@gmail.com

Bibliografía

1. **Bustos Molina F.** Pasado, Presente y Futuro. *Cir May Amb.* 2003; 8:193-195.
2. **Hernández Granados P.** El futuro a corto plazo de la CMA. *Cir May Amb.* 2004; 9(3):9-11.
3. **López Álvarez S., Bustos Molina F., García Aguado R., et al.** Cuidados Anestésicos Monitorizados y Anestesia General en Cirugía Ambulatoria. *Cir May Amb.* 2005; 10(2): 59-73.
4. **Sopena-Zubiria L.A., Fernández-Meré L.A., Valdés Arias C., et al.** Bloqueo paravertebral torácico frente al bloqueo paravertebral torácico más bloqueo de nervios pectorales en cirugía reconstructiva de mama. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2012 ;59:12-17.
5. **Aldrete JA.** The post-anesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth.* 1995; 7(1): 89-91. En: Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio Sanidad y Consumo. Informes, Estudios e Investigación. 2008. Consultado el 14-12-2012 en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
6. **Chung F.** El proceso del alta. Anestesia Ambulatoria de Twersky RS. Ed. Mosby/ Doyma. 1996. Pp. 457-475. En: Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio Sanidad y Consumo. Informes, Estudios e Investigación. 2008. Consultado el 14-12-2012 en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
7. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio Sanidad y Consumo. Informes, Estudios e Investigación. 2008. Consultado el 14-12-2012 en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
8. **Spittler CA.** Breast reconstruction using tissue expanders: assessing patients' needs utilizing a holistic approach. *Plast Surg Nurs.* 2008; 28(1):27-32.
9. **Cereijo C., Pueyo B., Mosquera E.** Información y Educación del paciente Cirugía ambulatoria. *Cir. May. Amb.* 2005; 10(4): 165-174.
10. **Echevarría M.** Información y Educación sobre el dolor postoperatorio en CMA. *Cir May Amb.* 2011; 16 (supl.1): 28-30.
11. **Cvetic E.** Communication in the perioperative setting. *AORN J.* 2011; 94(3): 261-270.
12. **Prabhakar H, Cooper JB, Sabel A, et al.** Introducing standardized "readbacks" to improve patient safety in surgery: a prospective survey in 92 providers at a public safety-net hospital. *BCM Surg.* 2012; 19(12):8.