

El cuidador: elemento fundamental en la atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria

E. Fernández Carrasco

Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

RESUMEN

Objetivo: El propósito de este trabajo es evaluar la importancia de la familia en el circuito pre- y postoperatorio del paciente, así como las inquietudes y dificultades que a estos nuevos cuidadores se les pueden plantear.

Material y métodos: Encuestas presentadas en el postoperatorio inmediato al paciente y a la persona que va a responsabilizarse de sus cuidados tras recibir y comprender toda la información dada por el personal de enfermería de CMA. En dichas encuestas se analizan variables tanto cuantitativas como cualitativas: sexo, edad, estrés, predisposición, conocimientos sanitarios, etc.

Resultado: Los resultados obtenidos en las encuestas demuestran las dificultades con las que se enfrentan los familiares ante una situación nueva para ellos, que es la de cuidar a una persona recién operada. El miedo a un dolor incontrolable y a un sangrado inesperado son dos de las muchas inquietudes que tienen las personas que asumen cuidar a su familiar.

Conclusión: La formación es la herramienta fundamental con la que cuenta la enfermería para enfrentarse a la ansiedad del cuidador. La protocolización de cuidados de enfermería y la capacidad de transmitir la información necesaria para llevarlos a cabo junto a una buena predisposición basada en el optimismo y entusiasmo de la familia y del paciente, hace que la cirugía practicada en régimen ambulatorio sea un éxito en cuanto a seguridad y confort para el paciente y su cuidador.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria. Hospitalización. Familia. Enfermería. Cuidados.

ABSTRACT

Objective: The reason for this exercise was to stress the family's importance during the patient's pre & postsurgical period, as well as any anxiety and possible difficulties that could arise when assisting patients during this period.

Material and methods: Inquiries from patients and family members received immediately after surgery regarding understand-

ing the information for postsurgical treatment provided by nurses qualified in Ambulatory Surgery.

These inquiries were analyzed on a quantitative and quality basis: sex, age, stress, predisposition or healthcare knowledge.

Result: The results obtained through these inquiries show the difficulties that relatives are confronted with and the new situation when looking after a patient who has recently undergone ambulatory surgery. The fear of uncontrolled pain or sudden bleeding are two of the many anxieties that relatives who are obliged to look after these patients are faced with.

Conclusion: Adequate information is the basic key that nurses have when confronting the caregiver's anxiety. Care-giving protocols explained by the nursing staff and the capacity of transmitting the necessary information, as well as an optimistic predisposition and enthusiasm on the part of the patient and his relatives, ensures that surgery, undertaken in outpatient surgical surroundings, will be successful, comfortable and secure for patients and caregivers.

Key words: Ambulatory surgery. Hospital admission. Family. Nursing. Cares.

Fernández Carrasco E. El cuidador: elemento fundamental en la atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria. Cir May Amb 2010; 15: 49-52.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Sanidad y Consumo en 1993 reconoció oficialmente la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y publica la *Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria*.

La CMA es la práctica de procedimientos quirúrgicos, terapéuticos y/o diagnósticos de complejidad media que pueden llevarse a cabo bajo anestesia general, locorreional o local, con o sin sedación, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y

Recibido: enero de 2010
Aceptado: marzo de 2010

Correspondencia: Estíbaliz Fernández Carrasco. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Clínico San Carlos. C/ Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid.

vuelven a él, después de un periodo de observación y control, y que estarían incluidos dentro del tipo II de la clasificación de Davis (Tabla I).

TABLA I
CRITERIOS DE DAVIS

Tipo I	Intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio
Tipo II	Intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados; la analgesia, si hace falta, es de tipo oral
Tipo III	Los que requieren cuidados prolongados en el entorno hospitalario durante el postoperatorio
Tipo IV	Los que requieren cuidados muy especializados o críticos en el postoperatorio

La propia definición de CMA exige la incorporación de unos criterios de inclusión; criterios relativos a los procedimientos quirúrgicos, a las técnicas anestésicas y a la selección de pacientes. En este artículo nos centramos en los criterios de selección de pacientes según su entorno, ante igual procedimiento quirúrgico y técnica anestésica; qué condiciones se requieren para que unos individuos sean candidatos o no a un programa de cirugía mayor ambulatoria.

El paciente tiene que disponer de la atención de un adulto responsable durante el traslado al domicilio, después del alta y durante las primeras 24 horas del postoperatorio. Debe disponer de teléfono y de las condiciones mínimas de habitabilidad, accesibilidad, confort e higiene en el lugar de convalecencia, que no dificulten una adecuada recuperación.

La inclusión de un paciente en un programa de CMA exige, en consecuencia:

- Voluntariedad asumida después de una adecuada información.
- Proceso de selección claramente definido.
- Adecuada accesibilidad al servicio de CMA y lugar de convalecencia.
- Atención telefónica durante las 24 horas del día.

Una vez que hemos repasado la definición de CMA y los criterios de inclusión referentes al paciente según su entorno, podemos remontarnos una década y recordar los días de hospitalización que requerían intervenciones quirúrgicas que hoy se hacen en régimen ambulatorio. La reparación de una hernia inguinal suponía una estancia media de 3-4 días. En cirugía ortopédica, la plastia del ligamento cruzado anterior precisaba de un postoperatorio de 2-3 días en el hospital. La salpingoligadura en el

servicio de ginecología suponía una estancia media de 3-4 días. Una septoplastia 4-5 días y la realización de una safenectomía 4-5 días de estancia media hospitalaria. En 15 años, la instauración de CMA ha supuesto un cambio de mentalidad del paciente y de la familia así como de los profesionales que trabajan en ella.

La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Clínico San Carlos se inauguró en junio de 1999. Los pacientes intervenidos en este servicio primero asisten a una consulta prequirúrgica llevada por el personal de enfermería, aproximadamente una semana antes del día de la intervención. En esta reciben las instrucciones prequirúrgicas, se les informa del funcionamiento de CMA y, mediante la firma del consentimiento informado de CMA, acceden a operarse en régimen ambulatorio. El día anterior a la operación reciben una llamada para verificar la hora y solucionar posibles dudas. El mismo día de la intervención se realiza el programa de acogida, pasan al quirófano y después de la intervención, dependiendo del tipo de anestesia, se recuperan en la unidad de reanimación postanestésica (URPA) o directamente pasan al área de readaptación al medio, desde donde regresan a su casa tras cumplir unos criterios de alta definidos y protocolizados.

El paciente intervenido en régimen ambulatorio regresa a casa el mismo día de su intervención, ya no está bajo el cuidado de la enfermera ni dispone de la "seguridad" que ofrece un hospital. Los cuidados que precisa son prestados por un familiar que puede o no tener conocimientos sanitarios. El ingreso hospitalario supone estrés para el paciente y la familia, cambios en la rutina diaria, y problemas laborales y familiares, pero, ¿qué supone para una persona el hacerse cargo de la salud de un familiar o allegado? En este estudio se revisan las inquietudes, necesidades y problemas que surgen no sólo en el paciente, sino también en su cuidador tras una intervención en un servicio de CMA, destacando la importancia de la familia en el circuito pre- y postoperatorio del paciente, así como las inquietudes y dificultades que a estos nuevos cuidadores se les pueden plantear.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se llevó a cabo entre marzo y abril de 2005 mediante encuestas presentadas en el postoperatorio inmediato, tanto al paciente como a la persona que iba a responsabilizarse de sus cuidados tras recibir y comprender la información dada por el personal de enfermería de CMA. Dichas encuestas analizan variables tanto cuantitativas como cualitativas, incluyendo: sexo, edad, estrés, predisposición y conocimientos sanitarios.

Las encuestas se facilitaban en el área de readaptación al medio al paciente y al familiar que se iba a responsabilizar de su cuidado en el domicilio una vez dado de alta. Es importante señalar que uno de los criterios de alta de la unidad es que el paciente y un adulto responsable de su

cuidado hayan recibido y comprendido toda la información dada por el personal médico y de enfermería, información que se llevan a casa por escrito; tanto instrucciones relativas a la intervención quirúrgica como a la medicación analgésica y antitrombótica si precisara. Las encuestas debían ser rellenadas en casa y entregadas en la consulta postquirúrgica. Las encuestas entregadas se recogen en las tablas II y III.

TABLA II
ENCUESTA AL PACIENTE

1. Edad:
2. Patología:
3. Sexo:
4. ¿Cree que la información recibida antes de la operación sobre la CMA ha sido suficiente?
Sí No
5. ¿Ha estado en la consulta prequirúrgica?
Sí No
6. ¿Tuvo alguna duda para seguir las instrucciones que le dimos?
Sí No
7. En su núcleo familiar, ¿cuántos adultos responsables podrían cuidarle?
Uno Más de uno
8. ¿Cuáles son las edades de estas personas?
20-30 años 30-50 años
Más de 50 años
9. ¿Se ha operado usted o algún familiar cercano en alguna ocasión?
Sí No
10. En caso afirmativo:
Con ingreso Sin ingreso
11. ¿Qué opinión le merece este sistema de cirugía sin ingreso?
Buena Regular Mala
12. ¿Hubiera preferido quedar ingresado en el hospital?
Sí No

RESULTADOS

Se analizaron un total de 56 encuestas con las que se pudo valorar la eficacia de la información, tanto verbal como escrita, facilitada por el personal de enfermería tanto en la consulta prequirúrgica como en el área de readaptación al medio. Esta información consta de un folleto explicativo del funcionamiento de la unidad, una hoja de instrucciones pre- y postoperatorias, según el proceso que se vaya a realizar, una hoja explicando la medicación que se le ha prescrito y el informe de alta médico. Obtuvimos los siguientes resultados:

1. Información prequirúrgica:

—Un 14% de los encuestados tuvieron dudas con la información facilitada en la consulta prequirúrgica, dudas que fueron solventadas vía telefónica.

—El 86% restante no presentaron ninguna duda.

2. *Conocimientos sanitarios.* Nos interesaba conocer si la persona que se iba a encargar de los cuidados del paciente poseía conocimientos sanitarios ya que ello podría

TABLA III
ENCUESTA AL CUIDADOR

1. Edad:
2. Sexo:
3. ¿Tiene conocimientos sanitarios?
Sí No
4. ¿Se siente seguro al realizar los cuidados posteriores a la intervención en su domicilio?
Sí No
5. ¿Le supone muchos cambios en su vida diaria la intervención de su familiar?
Sí No
6. ¿Le parece más cómodo para usted la cirugía sin ingreso?
Sí No
7. ¿Le gustaría que quedara ingresado en el hospital su familiar tras la operación?
Sí No
8. ¿Entiende sin dificultad las instrucciones postoperatorias?
Sí No
9. ¿Cree necesario ser informado sobre otra actividad a realizar?
Sí No
10. En caso afirmativo, ¿sobre qué tema le gustaría recibir más información?
Medicación Curas Otros
11. Si se le ha prescrito la administración de medicación antitrombótica, ¿le parece complicada su administración?
Sí No

influir sobre los posteriores resultados que queríamos analizar.

—Un 18% de los cuidadores encuestados poseían conocimientos sanitarios.

—El 82 % restante no tenían conocimientos sanitarios.

3. Información postquirúrgica:

—El 89% de los cuidadores entiende las instrucciones postoperatorias que recibe en el área de readaptación al medio, instrucciones postoperatorias específicas de la intervención y de la medicación prescrita.

—El 11% restante dice haber tenido dudas a pesar de la información recibida.

4. Cambios en la vida diaria:

—Al 25% de los cuidadores encuestados le supuso cambios en su rutina diaria, sobre todo en la laboral.

—El 75% contestó que no presentaba ningún cambio en su vida diaria.

5. Seguridad al realizar los cuidados:

—El 97% se siente seguro al realizar los cuidados en su domicilio.

6. Comodidad de la cirugía ambulatoria:

—Al 93% de los encuestados les parece más cómoda la cirugía ambulatoria que la convencional con hospitalización.

—Al 7% le parece más cómodo el que el paciente intervenido quede ingresado en el hospital.

7. *Medicación antitrombótica.* En nuestra experiencia en el área de readaptación al medio, nos parecía que la administración de la medicación antitrombótica por vía

subcutánea suponía para el paciente y cuidador una de las mayores dificultades, por lo que quisimos preguntar si les había parecido complicada su administración.

De las 56 encuestas recogidas, a 16 pacientes se les había prescrito medicación antitrombótica:

— Al 62% no les había parecido complicada la administración.

— Un 38% sí había tenido dificultad.

8. Más información:

— El 18% de los encuestados demandan más información sobre:

- 6% sobre las curas.
- 6% sobre la medicación prescrita.
- 2% otros temas.

9. A un 14% de los cuidadores encuestados les hubiera gustado que su familiar hubiera quedado ingresado, por los siguientes motivos:

— Dificultad para realizar las curas.

— Miedo a complicaciones postoperatorias.

— Dificultad para controlar el dolor postoperatorio en el domicilio.

10. Las patologías que presentan mayor inseguridad son el sinus pilonidal por las curas, la plastia del ligamento cruzado anterior por la rehabilitación, ejercicios a realizar, etc. y la safenectomía por la posible complicación de hemorragia postoperatoria.

El que una vez dado de alta de la unidad el paciente y la familia no se sientan abandonados va a depender de la capacidad que haya tenido la enfermera que les ha estado cuidando en el área de readaptación al medio y que es la última persona que ellos tienen de referencia de su estancia en el hospital, para transmitir todo lo necesario para que el paciente tenga una recuperación segura.

El dato que nos hace reflexionar es que el 14% de los cuidadores encuestados hubiera preferido que el paciente recién intervenido ingresara. Sin duda, para algunas familias la seguridad que ofrece un hospital de última tecnología y dotado de personal cualificado, gana frente a la comodidad de realizar los cuidados en casa tras haber recibido la suficiente información y preparación.

De los datos obtenidos en las encuesta, y de nuestra experiencia de trabajo en CMA durante más de 10 años podemos afirmar que:

— Las unidades de CMA de reciente implantación son bien acogidas por los usuarios, aceptando las ventajas que tienen frente a la cirugía con hospitalización.

— Para los familiares del paciente, la cirugía sin ingreso supone asumir el papel de cuidador, para el que las recomendaciones de enfermería son fundamentales con el fin de realizar los cuidados postoperatorios en el domicilio.

— Con una adecuada coordinación interdisciplinar las cirugías sin ingreso se pueden realizar con un elevado nivel de seguridad y confort para el paciente.

DISCUSIÓN

El personal de enfermería de las unidades de cirugía mayor ambulatoria tiene una labor muy importante en el área asistencial “a pie de cama” y además debe enseñar al paciente y a la familia a realizar todas aquellas actividades necesarias para su autocuidado. Según una de las más importantes teóricas de la enfermería, Dorotea Orem, y su teoría del déficit del autocuidado, la enfermera debe instruir y orientar al enfermo y también al cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento; 1993.
2. Vila-Blanco JM. Desarrollo e implantación de la CMA en España: evolución en los hospitales del INSALUD. *Cir Esp* 2004; 76(3): 177-83.
3. De la Quintana Gordon FB. Compendio de anestesiología para enfermería. Harcourt; 2001.
4. Manual CTO de Enfermería. 4ª ed. Mc Graw-Hill; 2007.
5. Jovell AJ. El paciente del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29(Supl. 3): 85-90.