



Universidad del Sureste

Alexa Paola Villarreal Cerdio

Licenciatura en Enfermería

Materia: Enfermería Clínica

Catedrático(a): Dr. Gustavo Armando Cruz López

Tema: Mapa Conceptual sobre el Protocolo de traslado de paciente durante el pre, trans y postoperatorio.

PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTE DURANTE EL PRE, TRANS Y POSTOPERATORIO

PRINCIPALES CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO

En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones postoperatorias.

- Asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada
- Vigilar y prevenir la depresión respiratoria
- Mantener el estado hemodinámico del paciente
- Vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente
- Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad

El **traslado** intrahospitalario podemos definirlo como el **traslado** de un **paciente** a otra unidad hospitalaria, de manera puntual o momentánea, para realizar una prueba diagnóstica o de intervención, siempre que se realice en el interior de las instalaciones del hospital donde se encuentra ingresado el **paciente**

CRITERIOS PARA DAR DE ALTA AL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO

- Que respire con facilidad y que en la auscultación los ruidos pulmonares sean claros, además de que las vías respiratorias se mantengan sin medios artificiales, a menos que el paciente, así lo amerite.
- Que alcance la estabilidad de los signos vitales.
- Que alcance el nivel de consciencia satisfactorio, que se mantenga despierto y alerta.
- Que el dolor haya sido controlado de manera adecuada.
- Que conserve los niveles adecuados de diuresis horaria.
- Que el vómito haya sido controlado o exista ausencia del mismo.
- Que alcance la sensación de las extremidades en caso de que se le hubiese administrado anestesia regional.

TRASLADO DE PACIENTE

CINCO COMPLICACIONES FRECUENTES EN EL PACIENTE

ACTIVIDADES PREOPERATORIAS

Durante esta fase se termina el personal y el material necesario y verificar su correcto funcionamiento y es necesario coordinarse con el lugar de destino para que esté preparado para recibir al paciente en su llegada.

- **Comprobación de correcto estado del material:** Monitor de transporte. Estado de batería, cables ECG, manguito TA, pulsioximetría, presiones invasivas; Bolsa de transporte; Respirador portátil. Estado de bala de oxígeno, circuito limpio, correcto montaje y ciclado.
- **Retirada de sueros y diferentes dispositivos no imprescindibles para el traslado:** PVC; PIA; Dieta enteral; Retirada de dispositivos anti úlceras; Plantillas neumáticas
- **Drenajes**
- **Colocación de material de transporte en la cama:** Bolsa en pies de la cama; Monitor; Respirador, cabeza de la cama, bala de oxígeno.
- **Comprobación de correcta estado de paciente:** Constantes vitales dentro de la normalidad del paciente; si procede explicación del procedimiento con el fin de aumentar su seguridad y disminuir su ansiedad; Si procede sedación y analgesia y relajación, según la pauta de medio correspondiente
- **Comunicación con la familia antes de salir de la unidad y con el servicio receptor**

ACTIVIDADES TRANSOPERATORIAS

Esta es la fase de mayor riesgo, pues la ausencia de condiciones óptimas hace difícil controlar situaciones de emergencia.

Durante esta fase deben mantenerse unos niveles de monitorización de parámetros vitales semejantes a los recibidos dentro de la unidad de cuidados intensivos. Debe de monitorizarse de manera continua el electrocardiograma, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la oximetría y, al menos cada 15 minutos la presión arterial.

- Los camilleros son los responsables de transporte y las enfermeras o la enfermera encargada tiene que estar vigilando constantemente el traslado.
- Vigilar la integridad y funcionamiento de los diferentes dispositivos. Sondas, drenajes, vías, TOT, etc.
- Colaborar en el paso y acomodación final del paciente.
- Ya que el paciente quedó instalado se tiene que hacer un chequeo para la comprobación del correcto estado del paciente y el correcto funcionamiento del aparataje (respirador y monitor).

ACTIVIDADES POSTOPERATORIAS

Estas actividades se refieren al retorno del servicio de críticos, en esta etapa se restituyen las medidas terapéuticas y los equipos de los que se presentó durante el traslado.

Si estuviese recibiendo ventilación mecánica, es conveniente monitorizar los parámetros ventilatorios y realizar gasometría arterial para valorar la situación actual del paciente. Se registrarán en la historia clínica del paciente las incidencias que hubiesen ocurrido durante el transporte.

- Re colocar al paciente en su box (conexión a respirador, monitorización, etc).
- Reposición de material y medicación usada en el traslado a la bolsa, o en su defecto devolución a farmacia.
- Limpieza del monitor y conexión a la red.

5 COMPLICACIONES FRECUENTES EN PACIENTES POSTQUIRURGICOS*

CHOQUE: El choque es una respuesta del organismo a una disminución del volumen circulante de sangre; se deteriora el riesgo tisular y terminar finalmente en hipoxia celular o muerte.

Acciones preventivas:

- Vigilar signos y síntomas tempranos de choque
- Vigilar estado hidroelectrolítico
- Tener sangre disponible por si existiera la indicación de que pudiese ser necesario
- Medir con precisión la hemorragia
- Vigilar con frecuencia los signos vitales y valorar sus desviaciones
- Realizar acciones de prevención de infecciones con respecto al cuidado de catéteres, intravenosos y cuidado de heridas. Todo esto es necesario para minimizar el choque séptico.

HEMORRAGIA: La hemorragia es el escape copioso de sangre de un vaso sanguíneo, la cual se puede presentar durante la cirugía o en las primeras horas posteriores a esta.

Características de su origen:

- Capilar: su flujo es lento y se manifiesta como exudación capilar
- Venosa: su flujo es abollones de color rojo oscuro
- Arterial: su flujo es a chorro y de color rojo brillante

En relación a su localización:

- Evidente o externa: hemorragia visible en forma superficial
- Interna oculta: hemorragia observables

TROMBOFLEBITIS PROFUNDA: La tecnología se presenta en la vena pélvica profunda de las extremidades inferiores en los pacientes post operatorios.

Causas:

- Lesión de la capa interior de la pared venosa
- Estasis venosa
- Hiper coagulopatía policitemia
- Entre los factores de riesgo se encuentra la obesidad, la inmovilidad prolongada, cáncer, tabaquismo, edad avanzada, venas varicosas, deshidratación y procedimientos ortopédicos.

COMPLICACIONES PULMONARES: Los antecedentes que predisponen a una complicación pulmonar pueden ser:

- Infección de vías respiratorias superiores
- Regurgitación o aspiración de vómito
- Antecedentes de tabaquismo intenso
- Enfermedades respiratorias crónicas y obesidad

ATELECTASIA: La atelectasia ocurre las primeras 48 horas posteriores a la cirugía, que es análisis de una expansión incompleta del pulmón o una parte del mismo y se atribuye a la falta de respiraciones profundas periódicas. Los Signos que se manifiestan son:

- Taquipnea leve a intensa
- Tabicaría
- Tos y fiebre
- disminución de los ruidos respiratorios y de la expansión torácica del lado afectado.

NOMBRE DE LAS DIETAS MÁS FRECUENTES PARA PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS

Las dietas hospitalarias son planes de alimentación mediante las cuales se seleccionan los alimentos más adecuados, para garantizar que un enfermo hospitalizado mantenga o alcance un estado de nutrición óptima.

DIETAS DE PROGRESIÓN

- **Dieta líquida:**
Indicada las personas que necesitan muy poca de estimulación gastrointestinal. Está compuesto por elementos líquidos a una temperatura ambiental, por ejemplo, un caldo.
- **Dieta semilíquida:**
Compuesto por alimentos de textura líquida y pastosa, como yogurt o gelatina.
- **Dieta blanda:**
Los alimentos son de textura blanda, pero enteros, con bajo contenido de fibra y grasas. Por ejemplo los fideos, el pan de molde o puré de papa.

DIETAS CON RESTRICCIÓN CALÓRICA

- En esta dieta se restringe la ingesta calórica pero cuidando la aportación de nutrientes esenciales.
- Dieta hipocalórica de 1000 kcal.
 - Dieta hipocalórica de 1500 kcal.
 - Dieta hipocalórica de 1800 kcal.

DIETAS CON RESTRICCIÓN GLUCÉMICA

- En esta dieta se restringe tanto la cantidad de calorías diarias como la cantidad de carbohidratos diarios.
- Dieta diabética de 1500 kcal.
 - Dieta diabética de 1000 kcal.
 - Dieta diabética de 1000 kcal.

DIETAS CON MODIFICACIÓN DE LA INGESTA PROTEICA

- **Dieta hipoproteica** de 40 o 20 gramos: dietas hospitalarias bajas en proteínas. suelen prescribirse a personas con enfermedades renales.
- **Dieta hiperproteica:** esta dieta aumenta la cantidad diaria de proteína que ingiere una persona. Se aplica en caso de personas desnutridas, con infecciones, cáncer o VIH.
- **Sin Gluten:** la dieta sin gluten las personas celíacas, que son las intolerantes a esa proteína.

DIETAS CON MODIFICACIÓN DE LÍPIDOS

- **Dieta hipolipídica:** se aplica en enfermos que tienen colesterol y triglicéridos altos.
- **Dieta de protección biliopancreática:** se recomienda a personas con enfermedades de la vesícula biliar o con pancreatitis. se restringe significativamente la ingesta de grasas.

DIETAS CON MODIFICACIÓN DE FIBRA

- **Dieta sin residuos:** dieta muy baja en fibra, lactosa y grasas. Se usa frecuentemente antes y después de operaciones del Colón que requieren limpieza del intestino grueso.
- **Dieta astringente:** también es una dieta sin residuos, orientado de forma habitual a personas con gastroenteritis o con enfermedades que causan diarrea.
- **Dieta laxante o rica en residuos:** en la dieta laxante se aumenta la ingesta de fibra y también la de líquidos. Es común su uso en casos de estreñimiento.

WEB-GRAFÍA

<https://es.slideshare.net/seleneICEST/cuidados-pretrans-y-postoperatorios-de-enfermeria>

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-transporte-intrahospitalario-del-paciente-grave--S1130239910001033>

https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_4.htm

<https://www.universidadviu.com/dietas-hospitalarias/>