

Nombre de alumnos:

Jaime Enrique Prats Gómez
jimmyprats25@gmail.com

Nombre del profesor:

Medico: Fernando Romero Peralta

Nombre del trabajo: ❖ Atención de enfermería en procesos quirúrgico

Materia: Enfermería Médico Quirúrgico 1

Grado: 5° Cuatrimestre

Grupo: «U»



INTRODUCCIÓN

El papel que desempeña la enfermera es fundamental para una buena operación.

Las obligaciones que tienen estos profesionales sanitarios son muy exigentes, ya que proporcionan cuidado a los pacientes antes, durante y después de una cirugía.

Sus obligaciones también incluyen proporcionar ayuda al cirujano y al equipo quirúrgico correspondiente.

La preparación comienza con el pedido del equipo y de los suministros necesarios. Antes de la cirugía, los enfermeros esterilizan todo el equipo y todos los instrumentales. Además, establecen la salida tranquila durante la operación y la preparación luego pasa al paciente.

Los enfermeros quirúrgicos son responsables de la preparación física y emocional del paciente para la operación, así como calmar los temores de la familia.

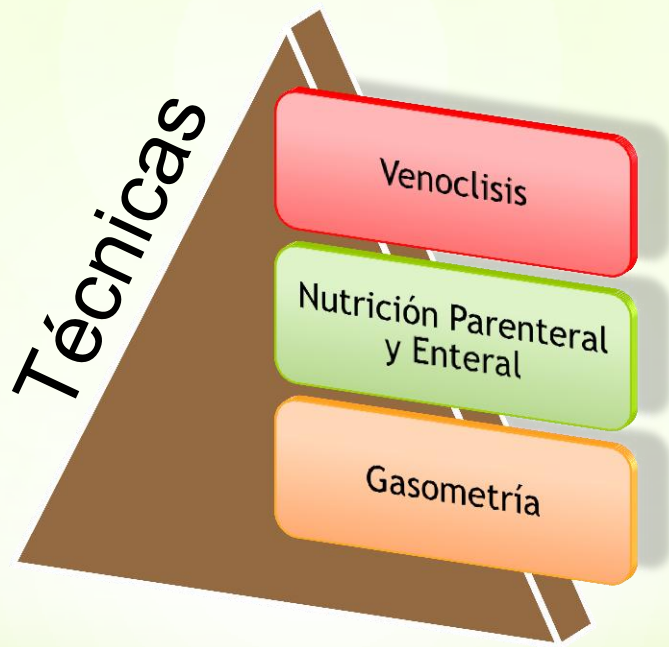
Es deber del enfermero explicar el procedimiento y responder a cualquier pregunta.

Los preparativos en el quirófano incluyen comprobar las vitales, administrar los medicamentos y esterilizar y marcar el lugar de la cirugía.

También colocarán de forma segura al paciente según la cirugía.

Lo anterior implica una total dedicación profesional a la aplicación de sólidos y actualizados conocimientos en un régimen de rigurosa disciplina, todo ello enmarcado por una gran responsabilidad y labor humanitaria.

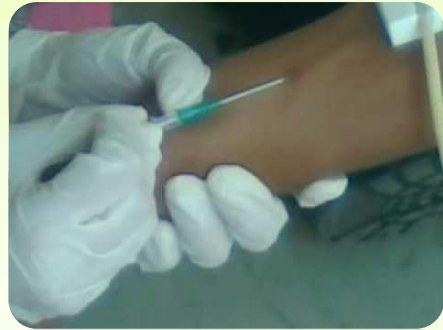
SÚPER NOTA



Técnicas de Venoclisis

Una **venoclisis** es un procedimiento que se lleva a cabo para obtener una vía venosa. Durante el mismo se procede a cateterizar una vena, que se realizara de forma distinta si se trata de tratamientos de corta o de larga duración.

Se efectúa por indicación médica, debiendo realizarse por personal entrenado, ya que amerita una serie de cuidados antes, durante y después de efectuado para evitar complicaciones.



La punción de una vena se efectúa por tres razones principales: obtener sangre, suministrar alguna sustancia al torrente sanguíneo o introducir algún instrumento para **diagnostico** o tratamiento.

Venoclisis para obtención de sangre.;

La obtención de muestras sanguíneas es necesaria para llevar a cabo estudios de laboratorio como hematología, química sanguínea, pruebas especiales y hemocultivos. En este caso se utilizan implementos como los catéteres pericraneales (llamados comúnmente mariposas o scalp) o los vacutainer, ambos diseñados para un uso corto, una vez tomada la muestra se retiran estos dispositivos.



Venoclisis para suministro;

La punción de una vena puede efectuarse con el objeto de suministrar algo al organismo, tal es el caso de soluciones para hidratar, medicamentos, **nutrientes** (**nutrición** parenteral), medios de contraste para efectuar estudios de imagen o transfusiones sanguíneas. En este caso se utilizan catéteres diseñados para mantenerse en la vena por varias horas o días, como es el catéter jelco, que cuenta con la ventaja de que tras la punción lo que se introduce es un tubo de plástico, lo que permite movilizar la zona sin que exista el **riesgo** de lesionar los tejidos.

Venoclisis para monitoreo;

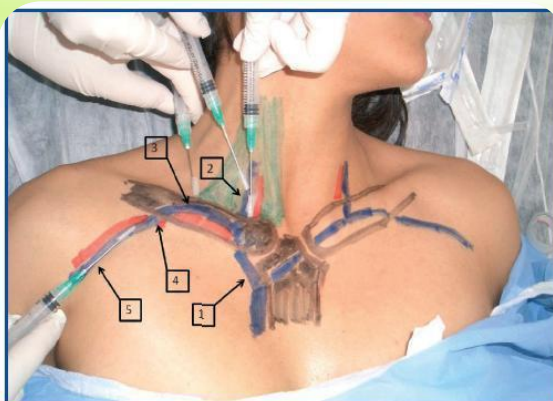
Algunas veces la venoclisis se efectúa para introducir dispositivos al torrente sanguíneo con la finalidad de efectuar un diagnóstico, como es el caso del cateterismo cardíaco o el monitoreo de la presión venosa central.



A la hora de tomar una vía venosa existen dos posibilidades, acceder a una vía venosa periférica o a una vía venosa central.



Las **vías venosas periféricas** son aquellas ubicadas en las venas de los miembros superiores, principalmente a nivel de la cara dorsal de la mano, la muñeca o el pliegue del codo, en el caso de los **niños** pueden tomarse vías venosas en las piernas o en la cabeza, esto no se hace en adultos, ya que en el caso de las venas de las piernas es posible producir desprendimiento de trombos o coágulos de sangre pegados a la pared de las venas originando procesos como el embolismo.



vía venosa central. Este tipo de accesos consisten en colocar catéteres a nivel de venas de mayor calibre como la vena yugular o la vena subclavia, principalmente en pacientes en condiciones críticas o cuando se va a llevar a cabo suministro de medicamentos que irritan las venas periféricas.

Complicaciones;

Este tipo de **procedimientos** no son dolorosos, es posible sentir ardor a la hora de introducir la aguja, pero luego no debe haber ninguna molestia.

Al hacer la punción de una vena es posible que ocurra la salida de una pequeña cantidad de sangre originando un **hematoma**, cuando no se adoptan las medidas de asepsia, pueden introducirse algunos microorganismos y ocasional una inflamación de la vena que se conoce como **flebitis**, las manos no entrenadas pueden punzar estructuras como **tendones**, nervios periféricos o arterias lo cual además de doloroso puede tener otras consecuencias, las venoclisis que se mantienen por más de 48 horas constituyen **puertas de entrada a microorganismos** causantes de infecciones severas, en especial el estafilococo, por esta razón es importante mantener una buena **higiene** del lugar de punción y cambiar el catéter cada 48 horas rotando el lugar de colocación.



- En los pacientes que no reciben sangre, productos sanguíneos o emulsiones grasas, se deben sustituir los equipos de administración que son utilizados de forma continua, incluidos los equipos secundarios y equipos adicionales, como máximo a intervalos de 96 horas, y al menos cada 7 días. (Grado de Recomendación, IA)
- No se pueden hacer recomendaciones sobre la frecuencia de sustitución de los equipos de administración utilizados intermitentemente. (Grado de Recomendación, Cuestión pendiente)

Con respecto al reemplazo de catéteres periféricos y de longitud media:

- ❖ No es necesario sustituir los catéteres periféricos con más frecuencia de cada 72-96 horas para reducir el riesgo de infección y flebitis en adultos. (Grado de Recomendación, 1B)
- ❖ No se hace recomendación con respecto a la sustitución de los catéteres periféricos en adultos sólo cuando esté clínicamente indicado. (Grado de Recomendación, Cuestión pendiente)
- ❖ Volver a colocar los catéteres periféricos en los niños sólo cuando esté clínicamente indicado. (Grado de Recomendación, 1B)
- ❖ Reemplazar los de longitud media sólo cuando hay una indicación específica. (Grado de Recomendación, II)



Tiempo

- Las venas periféricas son propensas a la flebitis y la infiltración subcutánea perivenosa, y el catéter no debe quedarse en el mismo sitio más de 48-72 horas. Por lo que se establecen tres días como duración máxima de tiempo para usar las líneas intravasculares periféricas.
- Se deben cambiar los lugares cada 72-96 horas para reducir el riesgo de infección y flebitis.
- Si las cánulas son de acero o plástico se pueden dejar en su lugar durante un máximo de 72 horas.
- Si la terapia va a durar más de 6 días, se debe usar un catéter de línea media o CCIP.

OBJETIVOS:

- ❑ Mantener una vena permeable.
- ❑ Restaurar el equilibrio de líquidos y electrolitos.
- ❑ Con fines diagnósticos



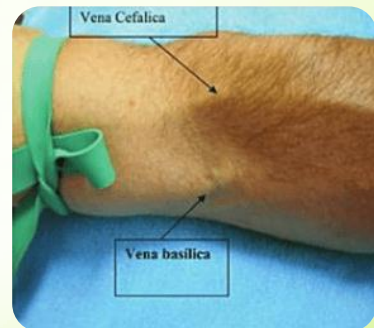
PRINCIPIOS:

- ❖ La presión de las venas es mayor que la presión atmosférica, por lo que si se inyecta solución en una vena deberá hacerse a una presión mayor para vencer la de la vena.
- ❖ La punción de las paredes de la vena causa sangrado y puede producir hematomas.
- ❖ La aplicación de la ligadura ocasiona interrupción de la circulación venosa y de esta manera se distienden y permite que la sangre fluya hacia el interior de la vena.



PRECAUCIONES:

- No contaminar el equipo.
- Vigilar presencia de infiltración, flebitis, si se presentan retirar venoclisis.
- Evitar producir desgarros y hematomas en la vena.
- No introducir aire al torrente circulatorio.



EQUIPO:

Carro pasteur con charola con cubierta que contenga:

Solución indicada.

- Tarjeta cárdex.
- Jeringa con aguja.
- Equipo de venoclisis.

Punzocat No. 20

- Tripié.
- Membrete para soluciones.
- Torundera con torundas alcoholadas.
- Ligadura.
- Tela adhesiva.
- Riñón.
- Desarmador.
- Tijeras.
- Toalla o campo limpio.
- Contenedor de punzocortantes.



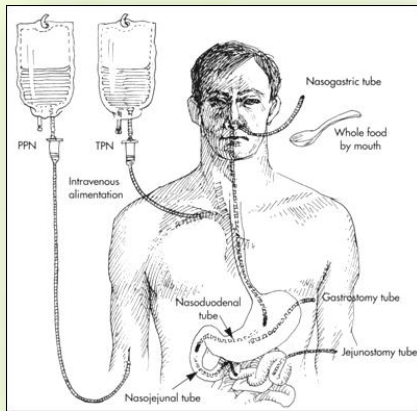
PROCEDIMIENTO:

1. Verificar orden médica
2. Lavarse las manos.
3. Preparar el equipo y la solución:
4. Quitar el sello hermético del frasco.
5. Realizar asepsia del tapón.
6. Si se va a agregar medicamento, cargar la jeringa e introducir el medicamento al frasco de solución.
7. Sacar el equipo de venoclisis del paquete.
8. Introducir la bayoneta en el orificio más grande.
9. Cerrar la llave de paso.
10. Colgar el frasco en el tripié.
11. Pasar la solución a la cámara de goteo (cuentagotas) hasta la mitad.
12. Abrir la llave de paso para purgar el equipo, cerciorándose que no quede aire en él.
13. Cerrar la llave de paso y colocar el frasco en la charola.
14. Llenar el membrete y pegarlo en el frasco de solución.
15. Llevar el equipo a la unidad del paciente.
16. Identificar al paciente.
17. Dar preparación psicológica
18. Dar preparación física:
19. Aislar al paciente.
20. Dar posición cómoda.
21. Elegir la zona por puncionar y descubrirla.
22. Colocar el brazo en una superficie plana.
23. Colgar el frasco en el tripié.
24. Calzarse guantes.
25. Colocar la ligadura de 5 a 8 centímetros por arriba de la vena elegida para la punción.
26. Realizar asepsia de la región.
27. Introducir la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 30 grados inmediatamente a un lado de la vena.
28. Bajar la aguja quedando casi paralela a la piel, puncionar la vena y seguir el trayecto venoso.
29. Si está en vena retirar la ligadura.
30. Conectar el equipo de venoclisis al punzocath, retirando previamente el estilete de éste, abrir inmediatamente la llave de paso para que fluya la solución.
31. Fijar la aguja con tela adhesiva, y poner membrete con los siguientes datos (No. Punzocath, fecha, hora y persona que la instaló).
32. Colocar avión si es necesario.
33. Regular goteo de solución.
34. Anotar en el membrete de la solución la hora de inicio y terminación.
35. Dejar cómodo al paciente.
36. Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores al equipo.
37. Hacer anotaciones en la hoja de registros correspondientes
38. Hora y fecha de instalación.
39. Sitio de punción.
40. Solución indicada.
41. Reacciones del paciente.



Técnicas de nutrición parenteral y enteral

Técnicas de nutrición parenteral y enteral



La nutrición artificial o alimentación asistida **se suele utilizar en los casos en los que el paciente no puede tragar, tiene problemas relacionados con el apetito, no absorbe nutrientes a través del sistema de la digestión o tiene una grave desnutrición**, los especialistas deberán evaluar al paciente y determinar cuándo necesita una nutrición artificial (enteral o parenteral), durante cuánto tiempo y cómo realizar el proceso de adaptación.

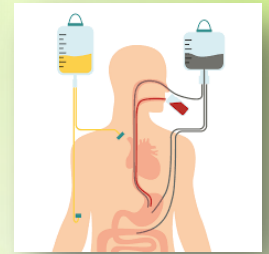
La nutrición parenteral es la que por vía intravenosa aporta al paciente los elementos nutritivos que necesita.

Este tipo de nutrientes suelen ser: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, azúcares, vitaminas etc, **la nutrición enteral consiste en la administración de nutrientes de diversos tipos a través de una sonda**, esa sonda tiene un extremo que queda fuera del cuerpo del paciente y otro que se (coloca en diversa partes del sistema digestivo (como el estómago, según los casos) en función de la situación del paciente y su edad, para poder utilizar este tipo de nutrición es esencial que el sistema digestivo del paciente funcione.



Existen diversos tipos de sonda

- La nasogástrica, que es la que se coloca a través de la nariz hacia el estómago o el intestino; y
- La sonda gastrostomía que es la que se coloca a través de la piel en el estómago o en el intestino.



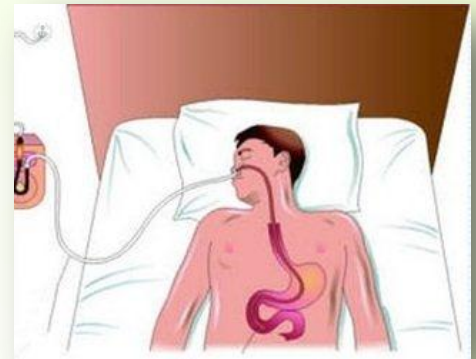
La nutrición parenteral se utiliza en los casos en los que el paciente tiene dificultades o no puede utilizar su aparato digestivo.

La nutrición enteral, como decíamos anteriormente, se utiliza en los casos en los que la persona no puede o no debe ingerir alimentos, pero tiene un aparato digestivo que funciona perfectamente, la nutrición enteral es más sencilla que la nutrición parenteral y produce, en general, menos complicaciones, aunque en ambos casos es preciso un profesional experto en el suministro de alimentación artificial.

En ambos tipos de nutrición el **objetivo** es el mismo: que el estado nutritivo se mantenga en niveles correctos, cuando por diversas razones puede darse un supuesto de desnutrición.

Por otro lado, aportan **beneficios** como la facilidad de hacer un seguimiento nutricional, la disminución de las complicaciones derivadas de una cirugía, el descenso de la mortalidad y la reducción del tiempo que el paciente está en las unidades de cuidados intensivos o en el hospital.

Para cada paciente habrá que elegir el tipo de nutrición más adecuado en función de su estado, su edad, las complicaciones que puedan surgir, y, además, habrá que evaluar los resultados para hacer cambios si fuera necesario e ir eliminando a medida que el paciente mejora, la alimentación artificial.



La nutrición enteral es, junto con la parenteral, uno de los dos tipos de nutrición artificial de la que disponemos en medicina. Se trata de una técnica de soporte en el cual se introducen en el organismo los diferentes nutrientes que el paciente puede precisar, utilizando generalmente una sonda que se dirige directamente al intestino o el estómago.

Con esta técnica se evita la necesidad de que la comida pase por la boca y la tráquea, **no precisando de movimientos voluntarios para adquirir los nutrientes**. Sin embargo, aplicar la nutrición enteral requiere que el sistema digestivo sea capaz de ejercer sus funciones normales a la hora de absorber los nutrientes suministrados.



Nutrición enteral por sonda nasogástrica;

En este procedimiento se coloca una sonda que va a penetrar por la nariz y va a **realizar un recorrido hasta el estómago**, donde se irán suministrando los nutrientes. Suele ser el mecanismo más habitual, a menos que existe riesgo de aspiración pulmonar del contenido del intestino.

Si el paciente está consciente **se le va a introducir por los orificios de la nariz** y se le va a pedir que vaya tragando saliva con el fin de dirigir la sonda hacia el tracto digestivo y no hacia el aparato respiratorio. Pese a ello no es necesaria la colaboración o consciencia del sujeto para colocarla.



Nutrición enteral por sonda nasoenteral;

El procedimiento es el mismo que el anterior, salvo por el hecho de que en este caso la sonda será llevada hasta el intestino.



Enterostomía;

Cuando no resulta viable la alimentación a través de sonda nasoentérica o nasogástrica existe otro procedimiento: la enterostomía. En este caso no se introduce una sonda por las vías habituales, sino que se coloca directamente a través de la piel. Más que una sonda estaríamos ante un tipo de catéter. Suele emplearse también cuando se espera que el paciente no pueda alimentarse por sí mismo en más de cuatro semanas. Dentro de las enterostomías destacan tres técnicas principales.

Faringostomía

Se coloca un sonda directamente hasta llegar a la faringe.

Gastrostomía

Este procedimientos se basan en la colocación de una sonda que llega hasta el estómago, **pero en este caso atravesando la piel.**

Yeyunostomía

Al igual que la gastrostomía, se introduce un tubo a través de la piel hasta llegar al órgano objetivo, **en este caso al área del intestino denominada yeyuno.**



Contraindicaciones y riesgos

La nutrición enteral es una técnica muy beneficiosa y que permite suministrar al organismo los alimentos necesarios cuando este no puede ingerir por sí mismo. Sin embargo, en algunos casos **este tipo de alimentación puede estar contraindicado** debido a la existencia de problemas en el propio tracto digestivo.

La principal contraindicación se da ante la presencia de **obstrucciones, hemorragias o perforaciones en estómago o intestino.**

El uso de la nutrición enteral también puede suponer algunos riesgos. Pueden existir obstrucciones o desplazamientos de la sonda o posibles complicaciones metabólicas si no se ha administrado una alimentación adecuada. Pueden aparecer vómitos y náuseas, así como diarreas y reflujo. Si bien es raro que ocurra, es posible que se produzca aspiración pulmonar del contenido del tubo digestivo.



Técnica de Gasometría arterial

La gasometría arterial es una prueba que permite analizar, de manera simultánea, el estado de oxigenación, ventilación y ácido-base de un individuo.

Es útil para evaluar la respuesta a las intervenciones terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas, asimismo, proporciona información sobre la gravedad y evolución de padecimientos previamente conocidos que involucran anomalías en el intercambio gaseoso



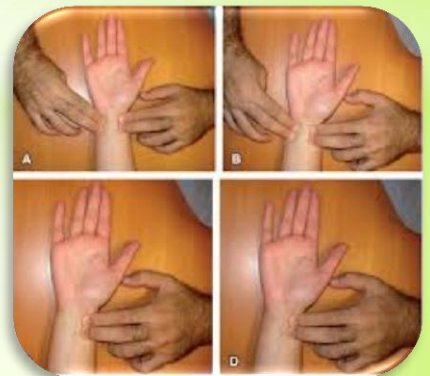
La gasometría arterial (GA) es una prueba que permite analizar, de manera simultánea, el estado ventilatorio, el estado de oxigenación y el estado ácido-base, se realiza en una muestra de sangre arterial; no obstante, en circunstancias especiales, también se puede realizar en sangre venosa periférica o sangre venosa mezclada, en este documento se hará referencia a la GA que se realiza en pacientes estables que acuden a un laboratorio de fisiología respiratoria.



Indicaciones y contraindicaciones

La GA es el estándar de oro para diagnosticar anomalías en el intercambio gaseoso y del equilibrio ácido-base, la GA es de utilidad en 1ª evaluación de pacientes críticamente enfermos o pacientes estables con enfermedades respiratorias crónicas, en este último grupo es especialmente útil para analizar la necesidad de prescribir oxígeno suplementario o ventilación no invasiva en caso de insuficiencia respiratoria crónica, la GA también ayuda en el seguimiento de pacientes que han recibido intervenciones de diversas índoles, farmacológicas y no farmacológicas, para conocer el efecto de las mismas.

Algunas contraindicaciones para realizar una GA incluyen: a) prueba modificada de Allen negativa; es decir, ausencia de circulación colateral; b) lesión o proceso infeccioso en el sitio de punción, c) ausencia de pulso en la zona donde se planea llevar a cabo la punción arterial, d) presencia de fístula arteriovenosa (tratamiento con hemodiálisis) en el sitio considerado para la punción y e) coagulopatía o anticoagulación con dosis medias-altas.





Instrucciones para el paciente previo a la toma de la muestra

- 1) El paciente debe evitar realizar ejercicio intenso antes del procedimiento.
- 2) El paciente debe evitar fumar al menos 2 horas antes de la prueba.
- 3) No se requiere de ayuno para la toma de la muestra.
- 4) No debe suspender medicación de base.
- 5) El paciente debe estar hemodinámicamente estable.

Preparación del analizador de gases antes de la prueba

Todos los componentes (mangueras, sensores, conectores, etc.) deben ser ensamblados, de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

Realizar mantenimiento preventivo acorde a los lineamientos del fabricante.

Se debe encender el equipo y dar tiempo suficiente para el calentamiento del mismo.

Calibración de gases y *buffers* (amortiguadores) con grado médico trazado acorde a los lineamientos internacionales.

El material de calibración debe reunir los requisitos reconocidos y estandarizados por organizaciones nacionales.

Los materiales de calibración deben ser etiquetados con fecha de recepción, uso y caducidad.

Todo nuevo material de calibración debe ser validado o verificado.

Debe realizarse un control de calidad para cada nuevo lote de calibración.

Ejemplo para calibración a dos puntos.

Verificar la temperatura del analizador, debe estar a 37 ± 0.1 °C.

Verificar la presión barométrica del analizador; debe cotejarse de acuerdo con la altitud en la que se labora.

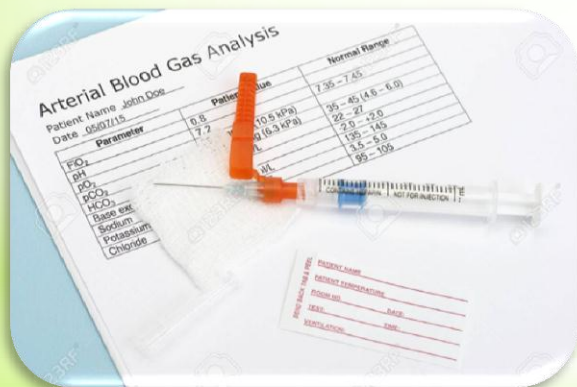
Mostrar la lectura de la presión barométrica en el analizador.

Iniciar una calibración a dos puntos.

Purgar gases de calibración y *buffers* (amortiguadores).

La calibración 1 se realiza utilizando un pH 7.348 y una mezcla de gas que contenga O₂ al 20% y CO₂ al 5%.

La calibración 2 se realiza utilizando un pH 6.840 y una mezcla de gases que contenga O₂ al 0% y CO₂ al 10%.



Preparación del paciente para la prueba

- El técnico que ejecuta la prueba debe recibir y presentarse ante el paciente.
- Confirmar la orden emitida por el médico solicitante para la ejecución de la prueba, cerciorándose que se trate del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Explicar al paciente de forma clara y explícita el objetivo de la prueba. Puede emplearse la frase: «La gasometría arterial es una prueba que sirve para medir la cantidad de oxígeno que hay en la sangre. Para ello es necesario tomar una muestra de sangre mediante la punción de una arteria del brazo».
- Una vez explicado el procedimiento a realizar se debe obtener la firma del consentimiento bajo información para llevar a cabo la prueba.
- Todo personal capacitado que realice una GA deberá conocer los riesgos del procedimiento y las precauciones que deben tomarse para minimizarlos.
- Por cuestiones de comodidad, la prueba se debe realizar con el paciente sentado.



Procesamiento de la muestra

- ❖ Al extraer la muestra de sangre arterial deberá agitarse para lograr una mezcla homogénea con la heparina y evitar la formación de coágulos que pueden modificar los resultados.
- ❖ El tiempo máximo de retraso para analizar la muestra obtenida en jeringas de plástico es de 30 minutos con temperaturas ambientales de 22 °C. En caso que ocurran demoras mayores, la sugerencia es almacenar en envases de cristal o utilizar congelantes para su traslado.
- ❖ En el analizador de gases arteriales, seleccionar la cantidad de muestra a procesar (se requiere entre 95 y 200 el para realizar un adecuado análisis).



Complicaciones del procedimiento de gasometría

1. Espasmo de la arteria puncionada.
2. Reacciones vaso vágales y síncope.
3. Hematoma (mayor riesgo con punciones múltiples no exitosas).
4. Trombosis arterial.
5. Trauma vascular (la lesión más grave ocurre al desgarrar la pared de la arteria, es un evento muy raro; no obstante, para disminuir el riesgo se debe introducir la aguja en línea recta, evitar en todo momento oscilaciones de la aguja durante el intento de puncionar la arteria).
6. Infección.
7. Reacción alérgica al anestésico.
8. Hemorragia.
9. Dolor en sitio de punción.
10. Parestesias durante o posterior a la punción (síntomas de lesión temporal del nervio correspondiente a la arteria intervenida. Se sugiere retirar la aguja y reintentar la punción).





El reporte básico debe incluir los siguientes componentes:

- Nombre completo del paciente.
- Tipo de muestra (sangre arterial o venosa) procesada.
- Fracción inspirada de oxígeno con la que se procesó la muestra.
- Temperatura del sujeto en el momento de la toma de la muestra.
- Sitio de procedencia del paciente.

Proceso de interpretación básica

La interpretación clínica de la GA se escapa de los alcances de este manuscrito remitimos al lector a documentos complementarios.

La interpretación debe incluir la evaluación del estado ventilatorio, ácido-base y de oxigenación de una manera ordenada y sistemática.

Es importante registrar la temperatura del paciente, porque si la temperatura difiere de 37 °C, el estado *vivo* podrá ser muy diferente al estado.

Habitualmente, los gasómetros trabajan con las muestras a 37°, luego entonces, sino ratifican la temperatura corporal del paciente en el momento de la toma de muestra, se modifican los valores de los gases de lo que esta pasando.

La muestra recolectada está en un sistema hermético así que antes y después del cambio de temperatura, el contenido de O₂ y CO₂ es idéntico ya que no se puede escapar ninguna molécula.

Adicionalmente, con el cambio de temperatura se cambia la sangre de la muestra y la afinidad de la hemoglobina por oxígeno., al cambiar la saturación cambia la PaO₂ también. diferente de 0.8, no olvidar que ante circunstancias similares también se modifica el estado ácido-base.

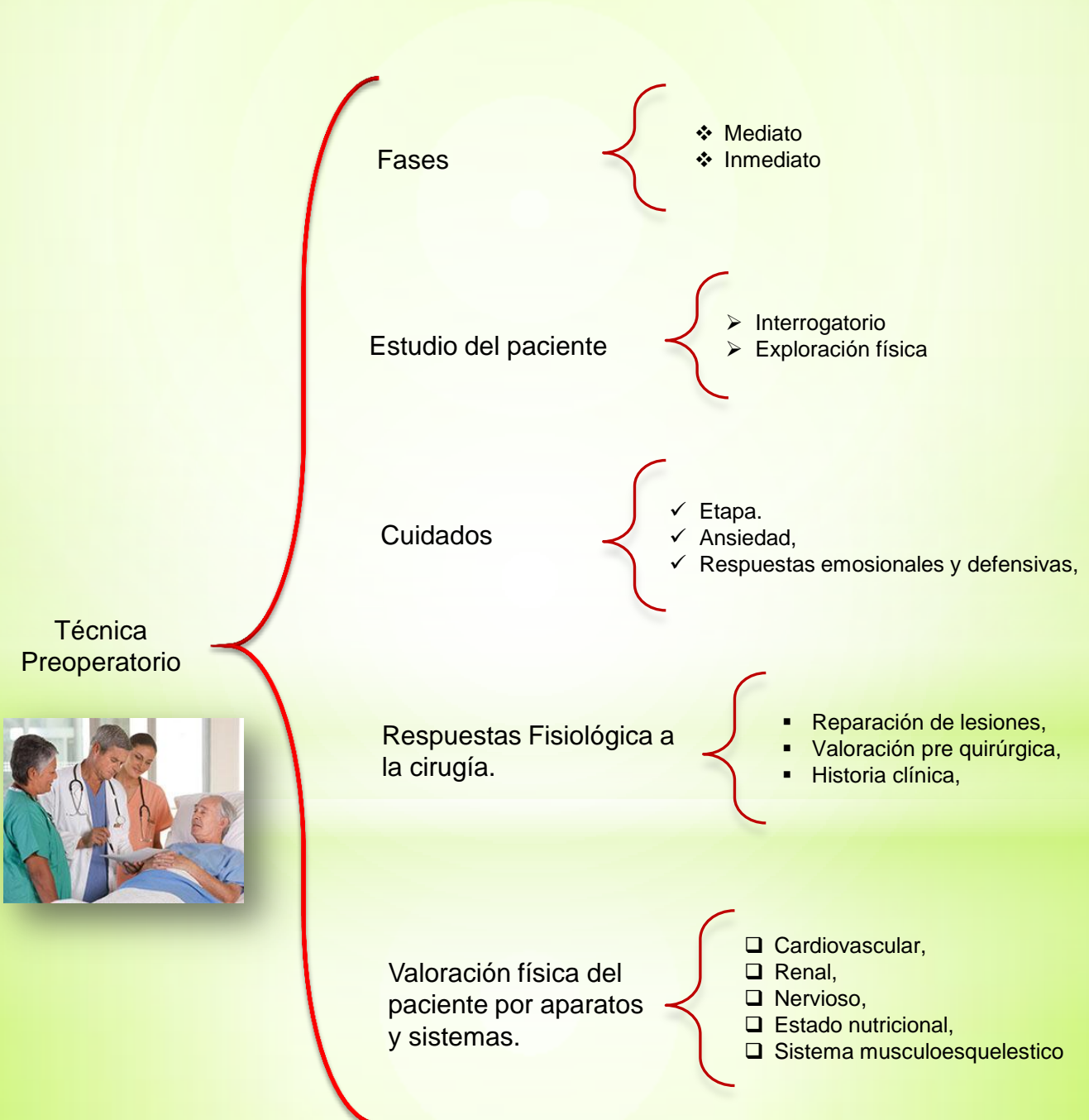


CUADRO SINÓPTICO



Cuidados de enfermería en el PREOPERATORIO

Los cuidados por parte de Enfermería en el área preoperatoria son el conjunto de actividades destinadas a la preparación física y psicológica del paciente, también comprenden aquellas dirigidas a organizar la historia clínica, Además se pretende identificar condiciones que puedan alterar los resultados de la intervención y la prevención de posibles complicaciones quirúrgicas.



Técnica Preoperatorio



Fases

Mediato: Desde que el paciente decide intervenir hasta 12 horas antes de la intervención.

- ❖ Recibir al paciente y la autorización para la cirugía,
- ❖ Se debe realizar un examen fisiológico,,
- ❖ Revisamos la historia clínica del paciente y comprobamos que se encuentren todas las pruebas,
- ❖ Pedir al paciente que se realice aseo mostrando especial interés en zonas de pliegues,
- ❖ Informar al paciente sobre las horas de ayuno previas a la cirugía.

Inmediato: Desde las 2-4 horas antes de la intervención hasta la sala de operaciones.

- ❖ Controlar los signos vitales,
- ❖ Comprobar que el paciente ha mantenido la ayuna pre quirúrgica.
- ❖ Administrar medicamentos pre quirúrgicos según indicación,
- ❖ identificar al paciente con su nombre completo, número de habitación y de cama,
- ❖ Retirar del paciente todos los objetos metálicos, prótesis dentales, prótesis oculares,
- ❖ comprobar que la zona quirúrgica no tenga vellos, y proceder al rasurado ,
- ❖ Comprobar nuevamente que la historia clínica,
- ❖ Colocar al paciente los elementos necesarios para la intervención,
- ❖ Asegurarnos de que la canalización de la vía periférica está permeable.

Estudio del paciente

Interrogatorio:

- Ficha de identificación
- Antecedentes heredofamiliares
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes patológicos
- Padecimiento actual
- Interrogatorio por aparatos y sistemas
- Síntomas generales y terapéutica empleada
- Estudios previos

Exploración física:

- Signos vitales y antropometría
- Exploración general
- Exploración sistematizada de:
 - cabeza
 - cuello
 - tórax
 - abdomen
 - extremidades
 - columna vertebral
 - cavidades: bucal, vaginal, rectal y conducto auditivo externo

Técnica Preoperatorio



Cuidados

- ✓ **Etapa:** comprende desde el momento en que se decide la cirugía, hasta que da inicio la misma. La asistencia de enfermería en esta etapa influye sobre la experiencia peri-operatoria global del paciente, por lo que es primordial valorar la respuesta psicológica (ansiedad) y fisiológica del paciente. Iniciaremos por los aspectos psicológicos:
- ✓ **Ansiedad;** y el estrés en el paciente es un factor esencial que especialmente el personal de enfermería debe afrontar como un reto a vencer, ya que no existe un patrón de "rutina",
- ✓ **Respuestas emocionales y defensivas,** Al valorar la ansiedad o estrés en un paciente en etapa pre-operatoria, es necesario examinar conductas que en ocasiones son exageradas o que nos pueden dar la pauta para ayudar al paciente a superarlas.

Retraimiento; Suele manifestar aumento del tiempo de sueño, falta de disposición para hablar, desinterés, falsas ilusiones.

Ira; Manifiesta un comportamiento hostil con resentimiento, agresividad, falta de adaptabilidad, maldiciones, presunción, intentos para obtener el control e independencia.

Negación; Bromas, actitud descuidada, risa inapropiada, rechazo inminente al hablar de la cirugía.

Respuestas Fisiológica a la cirugía.

- **Reparación de lesiones;** La respuesta metabólica al estrés quirúrgico se caracteriza por la liberación de catecolaminas, glucocorticoides, hormona del crecimiento y glucagón, con la supresión de insulina, dando como resultado una reacción catabólica
- **Valoración pre quirúrgica;** La valoración proporciona datos básicos del paciente, iniciando con al somatometría, cifras de signos vitales, anamnesis, historia clínica, el estado nutricional, de hidratación, etc.
- **Historia clínica;**
 - Alergias a medicamentos
 - Tomar en cuenta la dosis de los fármacos
 - Hacer un análisis por aparatos y sistemas
 - Experiencias quirúrgicas previas como: Hemorragia, infección,
 - Complicaciones relacionadas con la anestesia como: Hipertermia,
 - Tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas

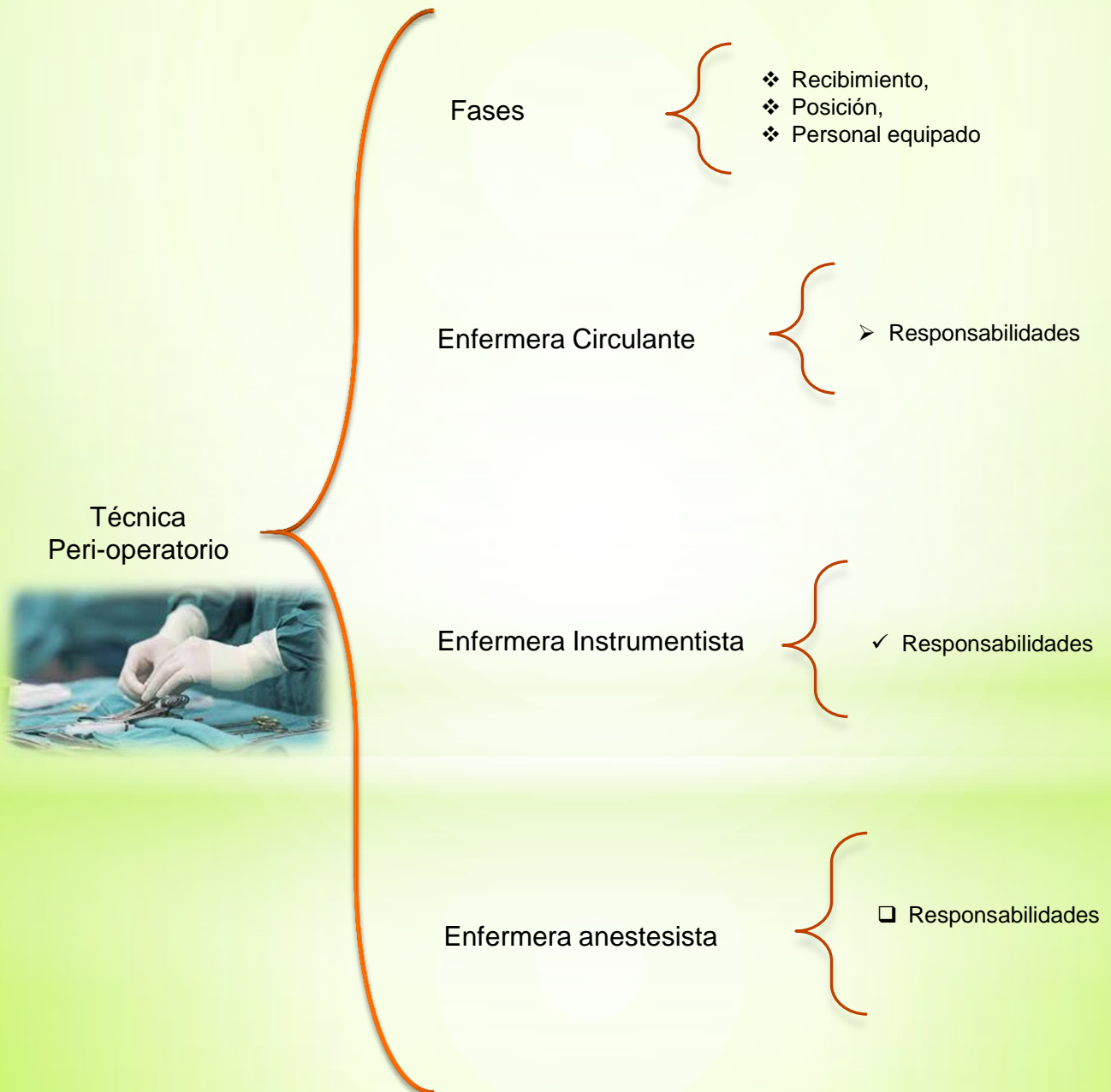
Valoración física del paciente por aparatos y sistemas.



- ❑ **Cardiovascular:** disminuyen la capacidad del paciente para resistir y reaccionar a los cambios hemodinámicos durante la cirugía,
- ❑ **Respiratorio:** Se debe tener en consideración la presencia de enfermedades crónicas y antecedentes de tabaquismo, ya que existe el riesgo de atelectasia, disminuyendo la difusión de oxígeno a los tejidos, la pérdida de elasticidad de los pulmones,
- ❑ **Renal:** Se debe considerar que una disfunción renal afecta la filtración y la secreción de los productos de desecho, que a su vez puede trastornar el equilibrio de líquidos y electrolitos,
- ❑ **Nervioso:** La valoración de los niveles de conocimiento, orientación, capacidad o deficiencia afecta al paciente para determinar el tipo de cuidados que se requieren durante el periodo peri-operatorio,
- ❑ **Estado nutricional:** La desnutrición y la obesidad ocasionan aumento de complicaciones quirúrgicas. La obesidad aumenta considerablemente los riesgos anestésicos y quirúrgicos, técnicamente es difícil para el cirujano la intervención,
- ❑ **Sistema musculoesqueleístico:** valoración de exámenes de laboratorio y radiológicos. Considerar antecedentes de cirugía en espalda, sifosis, artritis cervical, que requieren de disposiciones especiales para procedimiento de la aplicación de la anestesia,
- ❑ **Sistema endocrino:** Evaluar los antecedentes como: Diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, hiperlipidemia y establecer el plan de tratamiento.

Cuidados de enfermería en el PERI-OPERATORIO

La Enfermería perioperatoria tiene una función clara desde la perspectiva del personal quirúrgico y el paciente, pero el enfermero de quirófano tiene un contacto con el paciente relativamente breve, y la mayor parte del tiempo con el enfermo inconsciente, y buena parte de las funciones de Enfermería son labores técnicas y/ o de ayuda al médico, de ahí la dificultad para que se considere al paciente en su sentido holístico, el cumplimiento competente de sus funciones se basa en el conocimiento y aplicación clínica de las ciencias biológicas, fisiológicas, conductuales y sociales.



Técnica Peri-operatorio

Fases

- ❖ **Recibimiento:** Una vez que el paciente ha sido recibido en la acogida o informado de que tiene que ser operado pasa al quirófano el cual debe estar preparado para su recibimiento
- ❖ **Posición:** Una vez en la mesa se le colocará en la posición quirúrgica y se procederá al rasurado de la zona a intervenir, en caso de no haberse realizado. Esta función será realizada por alguna de las enfermeras del quirófano o auxiliar (no la instrumentista porque estará estéril).
- ❖ **Personal equipado:** El personal de esta zona debe ir correctamente equipado con un gorro, calzas, mascarilla y ropa estéril. Y el personal de la zona estéril (cirujanos e instrumentista) además bata y guantes estériles.

También se tiene que tener en cuenta la circulación por el quirófano, sobre todo durante la operación, para mantener la asepsia. Algunas medidas son mantenerse alejado de la zona estéril, reducir el movimiento y las corrientes de aire (puertas cerradas)

Enfermera Circulante

Puesto complejo que incluye la administración de los cuidados de Enfermería para el paciente dentro del quirófano y la coordinación de las necesidades del equipo quirúrgico y de otros proveedores de atención, que se requieren para completar la cirugía.
Las obligaciones se llevan a cabo fuera del área estéril.

- Responsabilidades;
- Anticipar las necesidades del equipo quirúrgico,
- Vigilar cualquier violación de la técnica aséptica,
- Llevar a cabo el recuento del instrumental quirúrgico,
- Manipulación y etiquetado apropiados del tejido humano,
- Abertura de los suministros estériles,
- Vigilar la correcta esterilización,
- Comprobación de los aparatos y materiales,
- Colaboración con los distintos miembros del equipo ,
- Control y mantenimiento de unas condiciones,
- Comunicación con el resto del equipo,
- Documentación de los cuidados de Enfermería,
- Poner la placa del bisturí eléctrico,
- Rasurar y preparar la piel de la zona,
- Recibir muestras para analíticas o estudios anatomopatológicos .



Técnica Peri-operatorio



Enfermera Instrumentista

Lleva a cabo una labor directa con el cirujano dentro del campo estéril al entregarle los instrumentos, paquetes y otros implementos necesarios durante el procedimiento.

Tanto la circulante como la instrumentista desempeñan el papel de verificar y asegurar que toda la instrumentación estéril y suministros quirúrgicos apropiados se encuentren disponibles y funcionales antes de que empiece la cirugía.

La instrumentista inicialmente tendrá hacer el lavado quirúrgico (de mano a codo) y la colocación de la bata y guantes estériles.

✓ **Responsabilidades:**

- Anticipar las necesidades del equipo quirúrgico,
- Aplicar y mantener la técnica aséptica,
- Vigilar cualquier violación de la técnica aséptica,
- Ayudar a vestirse a los cirujanos,
- Preparar el instrumental y el equipo necesarios,
- Preparación de las mesas de instrumental,
- Colaboración con el cirujano y sus ayudantes ,
- Llevar a cabo el recuento del instrumental quirúrgico ,
- Mantener la asepsia quirúrgica limpiando el instrumental de sangre.

Enfermera anestesista

Mantener la asepsia quirúrgica limpiando el instrumental de sangre

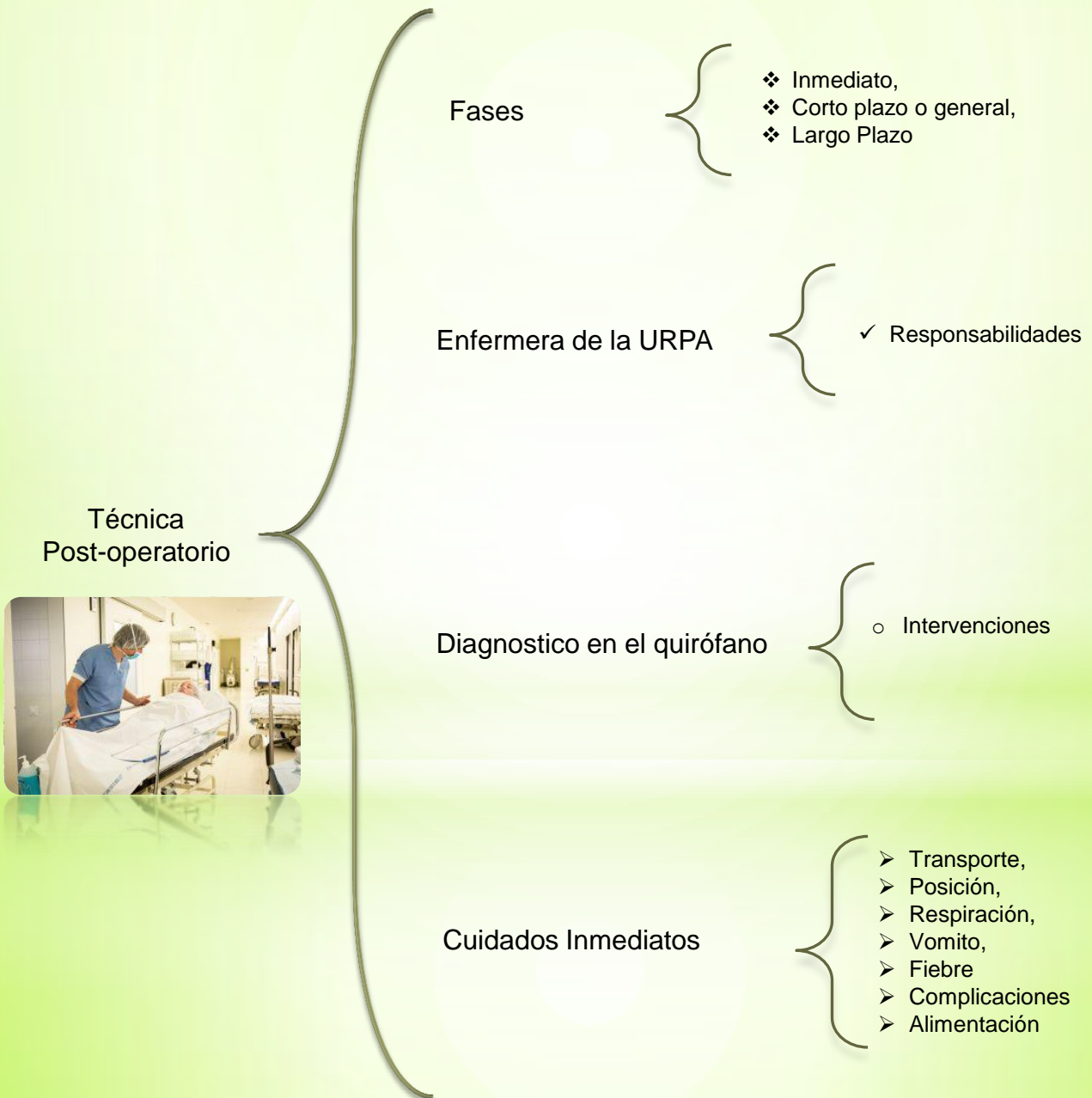
□ **Responsabilidades:**

- Colaborar con el anestesiólogo y asistirlo durante las fases,
- Anticipar y proveer equipo y suministros para los procedimientos ,
- Ayudar al paciente a mantener una vía aérea permeable,
- Evaluar y vigilar al paciente,
- Ayudar durante la transferencia del paciente y su colocación,
- Ser apoyo del paciente, en especial mientras se encuentra bajo anestesia,
- Monitorización mínima a la llegada del paciente.

Cuidados de enfermería en el POST-OPERATORIO

Es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte.

Fase posterior a la intervención quirúrgica. Este periodo se puede dividir también en:



Técnica Post-operatorio



Fases

- ❖ **Inmediato:** transcurre en la Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA), desde que el paciente sale de quirófano hasta que se presenta en una condición estable y se encuentra totalmente recuperado de la anestesia.
- ❖ **Corto plazo o general:** transcurre en una unidad de hospitalización o de cuidados especiales. Dependiendo del estado del paciente y el tipo de intervención quirúrgica.
- ❖ **Largo Plazo:** que el paciente pasa fuera del hospital y que finaliza una vez está recuperado de los efectos de la intervención quirúrgica

Enfermera de la URPA

Miembro que aporta los cuidados al paciente inmediatamente después del procedimiento anestésico, quirúrgico o de otro tipo

✓ **Responsabilidades:**

- Valoración del paciente y atención de la vía aérea.
- Observación y vigilancia del paciente.
- Tomar y valorar las constantes vitales y controlarlas cada 15 minutos.
- Llevar a cabo la reanimación.
- Control del dolor agudo, las náuseas y el vómito.
- Control de equilibrio de líquidos del paciente (apósitos, sondas, drenajes...)
- Registro de los cuidados de Enfermería durante el periodo posoperatorio inmediato.
- Control del dolor en el posoperatorio.

Diagnostico de Enfermería en el quirófano

○ **Intervenciones;**

Riesgo de aspiración;

NOC: estado respiratorio: ventilación: movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.

NIC: – *Principales:* Manejo de las vías aéreas

Dolor agudo;

NOC: Control del dolor: Acciones personales para controlar el dolor.

NIC: – *Principales:* Asistencia en la analgesia controlada por el paciente

Cuidados Inmediatos



- **Transporte:**
 - Sala de recuperación post-anestésica,
 - Sala de terapia intensiva,
 - Sala habitación.

- **Posición:**
 - Fowler,
 - Trendelenburg,
 - Trendelenburg invertido.

- **Respiración:**
 - Normal,
 - Asistida,
 - Carpa de oxígeno,
 - Respiradores.

- **Vomito:**
 - Reflejos,
 - Sangre acumulada,
 - Dilatación gástrica,
 - Acumulación de secreciones,
 - Distensión – íleo,
 - Acidosis diabética.

- **Fiebre:**
 - Sustancias termógenas,
 - Hematomas,
 - Infecciones generalizadas,
 - Infección de heridas,
 - Abscesos, sepsis

- **Complicaciones:**
 - Pulmón,
 - Trombo embolismo,
 - Flebitis,

- **Alimentación:**
 - Hidratación parenteral,
 - Alimentación parenteral,
 - Enteral por gastrostomía o yeyunostomía,
 - Alimentación progresiva.

CONCLUSIÓN

Como hemos estudiado en este breve resumen, la atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación o unidad de cuidados postanestésicos, su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma, en la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez, es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares antes de que el paciente ingrese a la sala de operaciones.

