



**Nombre de alumno (a): Mónica Suset Albores Cruz.**

**Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez.**

**Nombre del trabajo: Ensayo**

**Materia: enfermería medico quirúrgica I**

**Grado: 5°**

**Grupo: A**

## **Enfermería medico quirúrgica**

Para dar introducción al tema a presentar debemos saber que enfermería medico quirúrgica se encarga de muchas cosas en la profesión de enfermería está presente en diferentes campos y áreas y uno de los sitios donde más se requiere su ayuda es en los quirófanos, sobre todo porque ayudan a otros profesionales del área, como los anestesiólogos o los cirujanos. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud reconoce a la enfermera quirúrgica como la responsable de la seguridad del paciente quirúrgico y la que aglutina a todo el equipo. Por tanto, son múltiples y variadas las funciones que tienen en esta área, aunque la mayoría se centran en los cuidados del paciente, la atención y la ayuda al resto de profesionales y en la higiene de los instrumentos y equipos. La mayoría de los enfermeros del departamento de cirugía trabajan en quirófanos, salas de anestesia y salas de recuperación, aunque también pueden trabajar en muchas otras áreas, como la de emergencia o unidades de cuidados intensivos. Generalmente, a la hora de contestar a la pregunta de qué es lo que hace un enfermero médico-quirúrgico, la respuesta suele ser que ayuda al resto de profesionales y prepara al paciente, pero lo cierto es que su campo de actuación es mucho más extenso. Lo cierto es que su principal labor es aplicar los cuidados necesarios a los pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica, es decir, se encargan del buen estado del paciente antes, durante y después de la operación. Así, el profesional en enfermería tiene que realizar exámenes profundos a los pacientes antes de ser operados para, de esta forma, conocer al detalle su estado físico y estudiar los riesgos que pueden presentarse. Además, también tiene que asegurarse de que el cirujano tiene el historial clínico correcto y de que los medicamentos y todos los equipos están correctamente esterilizados y preparados. De hecho, una vez el paciente entra en la operación, su finalidad es, como hemos dicho anteriormente, servir de soporte al resto de profesionales, pero también se encarga de controlar los monitores y otros equipos, como las máquinas de anestesia, ventiladores y sueros. Todo ello para garantizar la seguridad del paciente. Además de trabajar con el anestesiólogo para comprobar el estado del paciente, también le acercan el material al cirujano que este vaya necesitando en todo momento. Una vez termina la intervención, ayudan a controlar los efectos de la anestesia y a reposicionar al paciente. El

enfermero también trabaja con el paciente en la etapa de recuperación. Asimismo, tienen que controlar que, cuando el paciente despierte de la anestesia, esté aseado y con las heridas, causadas por la operación, en excelente estado. Además, son ellos los que evalúan al paciente para detectar posibles complicaciones y determinan si se le puede trasladar a su habitación de nuevo. Ser enfermero médico-quirúrgico no es fácil, ya que hay que controlar muchos aspectos para asegurarse de que todo el proceso quirúrgico se realiza correctamente. Así, entre las características más destacadas que tiene que tener un enfermero que quiera especializarse en este ámbito se encuentra: Saber reaccionar con rapidez y de manera inmediata ante cualquier situación; mantener la concentración y ser metódico, ya que se trabaja bajo mucha presión; tener un equilibrio mental, emocional y profesional que le permita afrontar cualquier situación de emergencia, ya sea en la sala de operaciones o en cualquier departamento; pasión e interés por la tecnología, la ciencia y la salud; habilidades prácticas necesarias para la utilización de instrumentos pequeños y delicados; debe ser una buena persona, agradable, amistosa y saber dar soporte a los pacientes para que estén tranquilos y no angustiados. Además, tiene que ser paciente, comprensivo, tolerante y respetuoso. La enfermería es una disciplina que engloba una gran multitud de ámbitos y, como es normal, no todos se pueden estudiar en profundidad en los estudios universitarios. Es por eso que muchos requieren de una especialización, como es el caso de la enfermería médico-quirúrgica. La formación continuada es un aspecto clave para la mejora profesional y para profundizar en ámbitos que requieren de una mayor implicación y formación. Y una de las opciones más cómodas y beneficiosas para esta educación es la formación online. En este sentido, existen varios programas formativos que se pueden realizar a distancia centrados en la enfermería médico-quirúrgica, como el Experto Universitario en enfermería de quirófano y cuidados intraoperatorios o el Máster en Enfermería médico-quirúrgica. Cuando los pacientes entran en recuperación después de alguna intervención quirúrgica estos pasan más tiempo encamados siendo que puede traer muchos riesgos y complicaciones. La inmovilidad causa la pérdida de masa muscular y como consecuencia la atrofia y pérdida de resistencia de los músculos. Pueden aparecer contracturas, rigidez articular y otros problemas musculares que dificulten el

movimiento del paciente. Ello supone un deterioro funcional importante, especialmente en las articulaciones, que puede causar dolores significativos. Este deterioro conlleva a largo plazo la pérdida de control de esfínteres. Asimismo, se sufre una pérdida de masa ósea, acelerándose el desarrollo de la osteoporosis y, por tanto, el riesgo de fracturas. En el sistema digestivo tiene riesgo en: es frecuente la pérdida de apetito con el consiguiente riesgo de malnutrición. También se producen problemas de deglución y alteraciones de la de formación del bolo fecal, con episodios frecuentes de estreñimiento y una tendencia al reflujo gástrico. En la piel riesgo en: las escaras por presión son las complicaciones más conocidas y habituales si no se cambia frecuentemente al paciente de posición. La incontinencia urinaria y fecal y la maceración también pueden causar eccemas. En el sistema nervioso riesgo de: la falta d estímulos externos puede facilitar el deterioro cognitivo, la deprivación sensorial, un síndrome confusional, pérdida de atención y una alteración del sentido del equilibrio. Asimismo, puede generar la aparición de un cuadro depresivo. Cuando un paciente pasa mucho tiempo en cama se deben extremar los cuidados para evitar las posibles complicaciones, algunas de las cuales pueden llevarle a la muerte. Este alto nivel de dependencia, asimismo, induce el agotamiento del cuidador y llevar a la necesidad de institucionalizar al paciente para garantizar los cuidados necesarios. La valoración del grado de dependencia corre a cargo de los órganos establecidos por cada Comunidad Autónoma y se realiza tras presentar la correspondiente solicitud en el Centro de Servicios Sociales de la ciudad en la que reside el paciente. Se realizará a partir del baremo oficialmente establecido para todo el territorio nacional, teniendo como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud. En este baremo se establecen los criterios objetivos para evaluar el grado de dependencia de la persona que lo ha solicitado teniendo en cuenta su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria y la ayuda que necesita para llevarlas a cabo. Las contusiones son muy comunes en los pacienetes encamados por eso es importante cambiar la posición en que están acotados, las contusiones son una lesión producida por la acción de una fuerza mecánica externa que no llega a romper la piel, pero produce magulladuras o aplastamientos. Las contusiones se clasifican en función de su importancia: contusión

simple. Provoca un enrojecimiento de la piel sin mayores consecuencias. Por ejemplo, una bofetada; contusión en primer grado (equimosis). Es la rotura de los pequeños vasos capilares de la epidermis. Sobre la piel aparecen pequeños acúmulos de sangre rojizos; contusión en segundo grado (hematoma). Se da cuando la sangre, extravasada en mayor cantidad, se acumula en el tejido celular subcutáneo y hay inflamación importante del tejido adyacente, como en el caso de los chichones; contusión en tercer grado. Implica la muerte de los tejidos profundos de la piel por falta de aporte nutritivo. Las causas pueden ser varias tales como se indica en la descripción, la contusión suele producirse cuando el cuerpo recibe un impacto o bien se golpea con un objeto externo o ya sea por los pacientes encamados. El tratamiento profesional: la primera medida de seguridad es inmovilizar la zona de la herida y elevarla para evitar los acúmulos de sangre; conviene aplicar frío local para conseguir el cierre de los vasos sanguíneos y la anestesia local por congelación de las terminaciones nerviosas del dolor; los hematomas no deben ni abrirse ni pincharse en ningún caso. Si no existe riesgo de fractura, el mecanismo normal de regeneración del cuerpo los hará desaparecer en el lapso de una semana; en caso de dolor se puede tomar paracetamol o ibuprofeno, pero se debe evitar la aspirina, ya que este medicamento facilita la circulación sanguínea y puede hacer aumentar la pequeña hemorragia. Si el hematoma no desaparece, produce un dolor continuado o se debe a un impacto muy fuerte, deberá ser valorado por el personal facultativo ya que puede ocultar lesiones internas más importantes. Las heridas más comunes en los pacientes encamados son las úlceras por presión estas consisten en áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados. Para prevenir las úlceras: Mantenga la piel limpia y seca, cambie de posición cada dos horas, utilice almohadas y productos que alivien la presión. Las úlceras por presión tienen una variedad de tratamientos. Las úlceras más avanzadas se curan lentamente,

de modo que lo mejor es el tratamiento anticipado. La técnica de curación de heridas en cuanto a intervenciones de enfermería son:

**Curación Plana:** Es una técnica de limpieza de herida que se realiza con tómulas empapadas en solución fisiológica u Solución Ringer Lactato a través de un solo movimiento de arrastre mecánico, Es una técnica aséptica, por lo que se debe usar material y técnicas asépticas. **Objetivos:** Facilitar la cicatrización de la herida evitando la infección, valorar el proceso de cicatrización de la herida, valorar la eficacia de los cuidados. **Recursos materiales:** Equipo de curación, solución fisiológica o Ringer, apósito tradicional o transparente adhesivo, cinta quirúrgica de plástico porosa, cinta de papel. **Proceso de curación:** Comprobar que el carro de curación está limpio y repuesto con todo el material necesario, aportar el material no habitual del carro, si fuese necesaria la utilización de éste, lávese las manos, compruebe la presencia del brazalete de identificación, y verifique los datos que registra en paciente hospitalizado, coloque al paciente en la posición adecuada. Retire el apósito, abrir equipo de curación con técnica aséptica, colocar guantes estériles en extracción de puntos, sospecha de infección, herida infectada, limpie la herida con Solución Fisiológica o Suero Ringer, siempre desde el centro hacia el exterior, retirando restos orgánicos desde lo más limpio a lo más sucio, mantenga la punta de la pinza hacia abajo para evitar contaminación, valore las condiciones de la herida: observación de suturas, coloración de la piel, palpación de la herida, integridad de la piel circundante, presencia de exudado, sangre, realice técnica de arrastre mecánico con tómula empapadas con solución fisiológica con un solo movimiento, seque con gasas estériles si es necesario, coloque el apósito adecuado al tamaño de la herida: 2 a 3 centímetros más grande que el borde de la herida, fije bien el apósito con tela adecuada a la piel del paciente, recoja el material utilizado, deposítelo en área sucia luego de una ligera descontaminación antes de ser recogido por esterilización, lávese las manos y registre.

**Curación Irrigada:** Es el lavado o irrigación de la herida o úlcera para eliminar los agentes contaminantes que pueden provocar infección. Es el procedimiento más adecuado para heridas contaminadas e infectadas o zonas de difícil acceso. Existen distintas técnicas para realizar este fin, tales como; ducho-terapia y lavado con jeringa y aguja. **Ducho terapia:** Técnica de irrigación de elección en heridas tipo 3, 4 y 5 quemaduras extensas y heridas

traumáticas y permite lavar la herida a una presión adecuada que no daña el tejido (4 Kg/cm<sup>2</sup>). Esta técnica se puede realizar de varias formas: En un porta-suero se instala un matraz conectado a bajada de suero conectado a una ducha a caída libre a 15 cms de la lesión. La llave de paso de la bajada permite regular la velocidad de la caída y la cantidad a usar durante la irrigación; con Matraz (ducho-terapia artesanal): consiste en utilizar un matraz de suero rígido y realizarle 20 a 30 orificios con aguja 19, previa desinfección con alcohol. Y realizar la irrigación a la lesión con ducha tradicional instaladas en algunos centros, usa agua potable para realizar la irrigación y posteriormente se realiza técnica aséptica; Jeringa y aguja: técnica de irrigación de elección en heridas tipo 1 y 2, en quemaduras superficiales de pequeña extensión. Se utiliza una jeringa de 20 – 35 ml y aguja de 19 a una distancia de 15 cm de la lesión para irrigar suavemente (2 Kg/cm<sup>2</sup>). Los cuidados de enfermería en drenajes son: Enumerar los drenajes si el paciente porta varios; curar diariamente la zona de inserción limpiando con antiséptico de dentro a fuera y utilizando siempre material estéril; prevenir infecciones nosocomiales utilizando la mayor asepsia posible; cambiar siempre que se ensucie el apósito externo; controlar el estado de la piel adyacente con los cuidados oportunos, si fueran necesarios; registrar alteraciones en la piel o en la zona de inserción, que pudieran dar lugar a una infección; prevenir la aparición de decúbitos causados por los drenajes, indicando al paciente que cambie habitualmente de postura; anotar las curas realizadas, la cantidad y el aspecto del contenido drenado en el libro de incidencias; cuando el drenaje no expulsa más contenido de forma súbita, informaremos al médico y analizaremos como posibles causas la obstrucción o doblez del tubo; cuando el contenido drenado es demasiado elevado, informar al médico para que valore la administración de líquidos y/o la transfusión de sangre; con los drenajes de aspiración continua y con los de vacío debemos garantizar la permeabilidad, evitando escapes durante el cambio de dispositivo de medida. Para ello, deberemos pinzar y despinzar el tubo cerca de la zona de inserción antes y después del cambio; generalmente los drenajes deben estar colocados en una altura inferior de la del paciente, con el objetivo de que la gravedad favorezca la expulsión del contenido; controlar cualquier anomalía en las constantes del paciente y ante la posible duda de hemorragia; siempre que sea posible, los drenajes deberán ser retirados para prevenir

complicaciones. Para ello, debemos apagar la aspiración (si existe), quitar la fijación utilizada (grapas, adhesivos, balón neumático, etc.) y tirar con sutileza del drenaje.

Bibliografía:

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/ffebbc786a6ff295e2baa48cd20d09-LC-LEN503.pdf>