



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

NOMBRE DEL ALUMNO

RODOLFO MARGARITO SANCHEZ NAJERA

TRABAJO

ENFERMO ONCOLOGICO

MATERIA

ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICO

GRADO Y GRUPO

5o CUATRIMESTRE

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

OCOSINGO, CHIAPAS.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON QUIMIOTERAPIA

Actualmente la quimioterapia constituye la principal arma terapéutica en la enfermedad diseminada y una de las más importantes en determinados tumores clínicamente localizados.

Por desgracia, los citostáticos no actúan exclusivamente sobre las células neoplásicas sino también sobre las células del organismo que tienen la capacidad de dividirse. Sin embargo, la mayoría de ellos no actúan sobre las células madre, lo que permite al paciente recuperarse tras finalizar el tratamiento. También es verdad que producen mayor toxicidad sobre las células neoplásicas que sobre las normales, debido a las diferencias citogenéticas que hay entre los tejidos normales y los neoplásicos.

Actualmente, el enfoque terapéutico de las neoplasias se caracteriza por el empleo de la cirugía, la radioterapia y la poliquimioterapia, junto a la utilización de la inmunoterapia y los productos moduladores de la respuesta biológica.

La quimioterapia puede lograr la curación de una serie de tumores, prolongar la supervivencia en otros casos o paliar los síntomas cuando la enfermedad se encuentra extendida. Por ello, la intención terapéutica hace que se contemplen diferentes estrategias en la aplicación de la quimioterapia: adyuvante, neoadyuvante, de inducción, alternante, regional y concomitante.

La aparición de los efectos secundarios depende de los fármacos administrados (características, dosis, vía de administración y sinergia con otros fármacos) y del propio paciente (estado funcional de órganos, reserva medular y estado general). La toxicidad inherente al tratamiento puede aparecer de forma inmediata (horas o días), precoz (días o semanas), retardada (semanas o meses) o tardía (meses o años).

Los efectos secundarios derivados de la quimioterapia son muchos y muy variados, así como las necesidades asistenciales que generan, y es aquí donde el rol de enfermería adquiere un papel relevante en la prevención de problemas, la recuperación del estado de salud y su adaptación.

Actualmente se pone énfasis en lograr la continuidad de los cuidados en los procesos oncológicos, y el hospital de día se convierte en un marco ideal para la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales y servicios.

Los cuidados de enfermería que estos pacientes precisan, van siempre relacionados con los efectos secundarios originados por el tratamiento. En relación al paciente la aparición de efectos tóxicos estará condicionada por el estado general del paciente (físico y psíquico).

EFECTOS SECUNDARIOS

- Náuseas y vómitos.
- Alopecia.
- Mucositis.
- Diarrea o estreñimiento.
- Extravasación.
- Mielosupresión (anemia, leucopenia, trombocitopenia).
- Cardiotoxicidad.
- Nefrotoxicidad.
- Hepatotoxicidad.
- Neurotoxicidad.
- Toxicidad pulmonar.
- Esterilidad o infertilidad de manera transitoria o definitiva.

VIAS DE ADMINISTRACION

- Vía intravenosa: bolo o infusión.
- Vía oral.
- Vía subcutánea.
- Vía intramuscular.
- Vía intratecal.
- Vía intracavitaria:
 - o Vía intravesical
 - o Vía intrapleural
 - o Vía intraperitoneal
- Vía tópica.

PROCEDIMIENTOS

A- APARATO DIGESTIVO PROBLEMA POTENCIAL: nauseas

CAUIDADOS DE ENFERMERIA: Informar de su aparición, suele ser a las 2-3 horas de la administración de la quimioterapia y pueden durar hasta 72 horas. Disminuir la ansiedad. Administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento (por prescripción facultativa). Después de administrar el citostático se pueden dar al paciente bebidas de cola, tostadas o galletas saladas y progresivamente pequeñas cantidades de alimentos, según tolerancia.

PROBLEMA POTENCIAL: vómitos

CAUIDADOS DE ENFERMERIA: Pueden ser agudos (primeras 24 horas, siendo muy intensos), anticipatorios (antes de la quimioterapia) y retardados (aparecen después de las primeras 24 horas, alcanzando un máximo entre las 48-

72 horas y desaparecen al 4º o 5º día, son menos intensos, pero molestos por su duración). Vigilar la deshidratación. Si los vómitos son graves y prolongados es probable que aparezcan trastornos en el equilibrio electrolítico y deshidratación. Habrá que instaurar reposición por vía iv (por prescripción facultativa). Tratamiento antiemético (por prescripción facultativa). Vigilar sobre la persistencia de vómitos severos, dolor o sangrado o cualquier otra anormalidad y registrarlo en la hoja de enfermería. Si existen pérdidas significativas comunicar al facultativo para que valore aportes nutricionales extras. Desaconsejar comidas pesadas, grasientas, fritos, picantes, alimentos que produzcan gases o sensación de plenitud, alimentos con olores intensos, sabores fuertes, comidas muy calientes y el café o té. Evitar cocinar. Aconsejar comidas hipercalóricas e hiperproteicas pequeñas y frecuentes, líquidos abundantes: sopas, zumos, bebidas energéticas... Dieta según tolerancia y propia experiencia. Comer despacio, masticar bien los alimentos. Ambiente limpio y silencioso, sin olores. Distracciones o técnicas de relajación.

PROBLEMA POTENCIAL: estreñimiento

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Suele aparecer entre los 5-8 días siguientes al tratamiento. Algunos citostaticos pueden causar estreñimiento, causando un trastorno de la motilidad intestinal. También a veces se produce como consecuencia secundaria del uso de antieméticos. Recomendar al paciente que tome alimentos ricos en fibra y residuos, para facilitar el tránsito intestinal (fruta con piel, verdura, cereal integral, ciruelas, higos...), que aumente la ingesta de líquidos y que tome zumo de naranja con aceite o una bebida templada o caliente, en ayunas. Excluir el chocolate y el queso. Aconsejar al paciente que realice ejercicio (paseos) y masaje abdominal (rotatorio, empezando por el lado derecho y con una ligera compresión). Ocasionalmente puede ser necesario el uso de laxantes, micro enemas o enemas (por prescripción facultativa).

PROBLEMA POTENCIAL: diarrea

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Se considera diarrea como consecuencia del tratamiento con citostaticos cuando hay 3 o más evacuaciones líquidas en las 24 horas siguientes a la administración de la quimioterapia con dolor cólico y distensión abdominal. Normalmente aparece: como consecuencia de la utilización a dosis altas de antieméticos, asociada al uso de algunos citostaticos, como consecuencia de una mucositis grave que afecte a la totalidad del tracto gastrointestinal. Valoración de: peso, preferencias dietéticas y ritmo deposicional. Examen y valoración del paciente: estado de deshidratación, presencia de ruidos cólicos o dolor abdominal, frecuencia, consistencia y olor de las heces... Anotar frecuencia y consistencia de las heces. Aconsejar al paciente dietas blanda ricas en carbohidratos y proteínas (pollo hervido, arroz blanco, puré de patatas o

zanahoria, manzana asada, plátano); comidas pequeñas y frecuentes; aumentar la ingesta de líquidos (3l/día); desaconsejar dietas ricas en fibras o residuos, alimentos grasos o fritos, alcohol, cafeína, te, refrescos con gas, alimentos muy calientes o muy fríos, ya que estimulan el peristaltismo. Cuando disminuya la diarrea incorporar 2 yogures al día en la dieta para regenerar la flora intestinal. Si la diarrea es severa aconsejar dieta líquida. Administración de antidiarreicos (por prescripción facultativa). Instruir al paciente y a la familia sobre los cambios dietéticos, la medicación necesaria, control de peso y complicaciones que se han de poner en conocimiento del personal sanitario como sangre en heces, signos de deshidratación, distensión abdominal brusca... Aconsejar que se lave la zona rectal después de cada deposición con agua templada y jabón suave, después se debe secar bien la zona.

PROBLEMAS POTENCIALES: mucositis y estomatitis

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Se deberá informar al paciente sobre los distintos efectos de la quimioterapia sobre el tracto gastrointestinal y la boca. Aparece a los 7-14 días de la administración de citostáticos y puede permanecer durante 2-3 semanas. Puede afectar a la cavidad oral y también a parte de la mucosa gastrointestinal. Al prolongarse su presencia durante días puede propiciar la aparición de sobreinfecciones provocadas por hongos y bacterias.

PROBLEMAS POTENCIALES: esofagitis y disfagia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Se pueden mitigar comiendo purés blandos, tomando líquidos abundantes y evitando especias, tabaco y alcohol.

PROBLEMA POTENCIAL: anorexia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Las causas son la fatiga, la alteración del sentido del gusto, las náuseas y el estrés. Incitarle a que coma, pero sin forzarle, estimulándole con productos de su preferencia. Para su recuperación debe comer y beber lo mejor posible. Facilitarle el consumo de una dieta especial, así como aportes nutricionales complementarios (bebidas energéticas, zumos de frutas, líquidos azucarados...) Tener en cuenta la presentación de las comidas y su frecuencia en función de cuando le apetezca. Intentar eliminar olores desagradables que disminuyan el apetito. Vigilar y registrar el peso. Asegurarse de que el paciente realiza la higiene bucal. Administración de alimentación enteral o parenteral (por prescripción facultativa).

B- SISTEMA EPITELIAL PROBLEMA POTENCIAL: alopecia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Se trata de un efecto frecuente que varía en función del tipo de tratamiento quimioterápico utilizado. Ocurre por la rápida frecuencia de división de las células del folículo piloso. Informar al enfermo, antes del inicio, de la caída del cabello. Instruirle de los efectos de la quimioterapia sobre los folículos pilosos, con respecto a la caída total o parcial. Intentar conocer el impacto de la alopecia en el paciente, ya que en muchos casos provocara un estrés psicológico. Discutir con él las posibilidades o estrategias a seguir. Si su imagen le preocupa, se le inducirá a que utilicen peluca, pañuelo, sombrero... La pérdida del cabello será gradual, evidente a las 2-3 semanas de comienzo del tratamiento. Una vez interrumpido el tratamiento, vuelve a aparecer, pero puede cambiar de textura y color; en algunos casos de consistencia más espesa, oscuro y ondulado. El cuidado del cabello, durante el tratamiento, se realizará con champú de pH neutro con proteínas, para nutrir las células capilares y acondicionadoras cada 2- 3 días, secando y peinando con delicadeza. Se utilizará un cepillo con cerdas blandas, dientes anchos para disminuir la tensión sobre el folículo piloso y se evitará el cepillado excesivo. También se evitara el empleo de secador de aire caliente, tenacillas calientes, así como de horquillas, pinzas, rulos, tintes capilares, lacas, soluciones para permanentes...

PROBLEMAS POTENCIALES: dermatitis, rash cutáneo e hiperpigmentación.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Usar talquistina para calmar el prurito y evitar la exposición al sol (fotosensibilidad).

SISTEMA HEMATOLÓGICO PROBLEMA POTENCIAL: leucopenia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: La incidencia máxima en cuanto a la disminución de las cifras de leucocitos se produce aproximadamente entre los 7 y 14 días de iniciado el tratamiento. Extremar las medidas de asepsia para prevenir la infección. Lavado de manos antes y después de realizar cualquier técnica. Utilizar guantes desechables. Realizar una manipulación aséptica de la vía endovenosa, así como vigilancia y mantenimiento de los catéteres implantados. Evitar el uso de sondas vesicales. Aislamiento del enfermo. Control de la temperatura cada 8 horas, comunicando si hay alteraciones. No permitir la presencia de flores frescas o plantas vivas en la habitación, el agua estancada o la tierra de la maceta pueden albergar microorganismos infecciosos. En los pacientes no hospitalizados, se les aconsejara que eviten grandes aglomeraciones y la proximidad de individuos que padezcan enfermedades infecto-contagiosas. Examinar diariamente la boca en busca de ulceraciones, eritema o placas

blanquecinas. Enseñar a los pacientes y familiares a detectar y valorar cualquier signo de posible infección, como fiebre, tumefacción, dolor, tos, exudado... Aconsejarle que evite en lo posible pinchazos y cualquier otro tipo de traumatismo en la piel, por el riesgo de infecciones. Instaurar medidas de autocuidado en el paciente y la familia: baño diario, ambiente limpio y ventilado, cuidados de la boca y piel... Excluir la fruta y vegetales crudos de la dieta.

PROBLEMA POTECIAL: trombocitopenia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: La depresión máxima del estado plaquetario se produce aproximadamente entre los 7-14 días de iniciado el tratamiento. Hacer presión sobre el punto de inyección 2-3 minutos para evitar hemorragias. Aplicar compresión adecuada tras la retirada de catéteres o punciones endovenosas o intramusculares. Evitar la administración de medicamentos por vía im y/o rectal. Si aparece epistaxis, realizar taponamiento de las fosas nasales. Desaconsejar al paciente el uso de ácido acetil salicílico. Evitar el uso de enemas por el riesgo de hemorragias. Prevenir el estreñimiento: uso de reblandecedores fecales, dieta rica en fibra, ingesta abundante de líquidos... Valoración y vigilancia del paciente cuando acuda al servicio (aparición de sangre en heces u orina). Vigilar nivel de conciencia, orientación... por riesgo de hemorragia intracraneal. Transfusión de plaquetas (por prescripción facultativa). Evitar todas las actividades que puedan provocar cortes y contusiones. Es aconsejable el uso de maquinilla eléctrica para el afeitado. Aconsejar que evite llevar ropas ajustadas. Evitar realizar grandes esfuerzos. Enseñar al paciente y a la familia los factores de riesgo, y a valorar signos y síntomas para la prevención de hemorragias: ambiente seguro, higiene personal adecuada, actuación ante sangrado gingival, equimosis espontánea, epistaxis, hematomas, hemorragias...

PROBLEMA POTENCIAL: anemia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Valorar y vigilar principalmente la palidez cutánea, de lechos inguinales, conjuntiva, mucosa oral; disnea, taquicardia, vértigos; toma y valoración de constantes vitales... Si la anemia empeora se realizaran transfusiones de concentrados de hematíes, previo control de hemoglobina y hematocrito (por prescripción facultativa). El paciente permanecerá cómodo y en reposo, se le dará más tiempo para que realice las tareas rutinarias: aseo, alimentación... para evitar la fatiga innecesaria. Aconsejar dieta nutritiva, rica en hierro, vitamina B-12 y ácido fólico. Administración de aportes suplementarios (por prescripción facultativa).

D- SISTEMA REPRODUCTOR PROBLEMAS POTENCIALES: amenorrea, vaginitis, infecciones fúngicas y esterilidad.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Educación para la salud: Se instará a la paciente a que extreme las medidas de higiene locales. Proporcionar una orientación adecuada y anticipada a los posibles cambios. En cualquier tratamiento citostático debe evitarse el embarazo. Si están en edad fértil se les aconsejará consultar al médico o a planificación familiar.

E- SISTEMA URINARIO PROBLEMAS POTENCIALES: retención de líquidos, cistitis hemorrágica, escozor, disuria, hematuria, insuficiencia renal (polaquiuria, oliguria, anuria y edemas).

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Control de ingesta y eliminación (balance hídrico) Aconsejar la ingesta de abundantes líquidos 2-3 litros/día. Control de la TA. Control de las zonas típicas de edemas. Aumentar la ingesta de alimentos ricos en potasio (plátanos, naranjas...)

F- SISTEMA NEUROLÓGICO PROBLEMAS POTENCIALES: parestesias, calambres musculares, pérdida de reflejos tendinosos, dolores neurálgicos, cansancio, euforia o depresión, íleo paralítico, letargia progresiva y convulsiones.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Advertir al paciente y familiares de los posibles efectos, para que los comuniquen en el momento que aparezcan. Aconsejar ingesta abundante de líquidos, hasta 3 litros/día, si es posible. Dieta rica en residuos. Incluir fruta y verduras.

G- SISTEMA CARDIOVASCULAR PROBLEMAS POTENCIALES: taquiarritmia, miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardíaca congestiva y flebitis en punto de infusión.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Revisión de la vía canalizada para la infusión del citostático. Detección de signos y síntomas relacionados con estos cuadros.

H- SISTEMA RESPIRATORIO PROBLEMAS POTENCIALES: tos, disnea, dolor torácico, fiebre y exudado pulmonar.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Detección de signos y síntomas relacionados con estos cuadros. Registrar en la historia de enfermería los cuidados e incidencias si las hubiera.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DOLOR

El dolor es una señal del sistema nervioso de que algo no anda bien. Es una sensación desagradable, como un pinchazo, hormigueo, picadura, ardor o molestia. El dolor puede ser agudo o sordo. Puede ser intermitente o ser constante. Puede sentir dolor en algún lugar del cuerpo, como la espalda, el abdomen, el pecho o la pelvis. O puede sentir dolor generalizado.

El dolor puede ayudar a diagnosticar un problema. Sin dolor, usted podría lastimarse gravemente sin saberlo o no darse cuenta de que tiene un problema médico que requiere tratamiento.

Hay dos tipos de dolor: Agudo y crónico. En general, el dolor agudo aparece de repente, debido a una enfermedad, lesión o inflamación. A menudo puede ser diagnosticado y tratado. Generalmente desaparece, aunque a veces puede convertirse en dolor crónico. El dolor crónico dura mucho tiempo y puede causar problemas graves.

El dolor no siempre es curable, pero hay muchas formas de tratarlo. El tratamiento depende de la causa y el tipo de dolor. Hay tratamientos que usan medicamentos, como los analgésicos. También hay tratamientos sin medicamentos, como la acupuntura, la fisioterapia y, a veces, la cirugía.

PLAN DE CUIDADOS:

Dolor agudo (experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos) R/C proceso de su enfermedad.

NOC: Control del dolor (1605).

NIC: Manejo de dolor (1400).

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, duración, frecuencia, intensidad y factores desencadenantes.

Observar claves no verbales, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Proporcionar información acerca del dolor, causas, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan.

Controlar los factores ambientales.

Animar al paciente a vigilar su propio dolor.

Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.

Ansiedad (Sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo) R/C desconocimiento del proceso de enfermedad.

NOC: Control de la ansiedad (1402).

NIC: Técnicas de relajación (5880).

Mantener contacto visual con el paciente

Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad

Reafirmar al paciente en su seguridad personal

Permanecer con el paciente.

EL ENFERMO EN ESTADO DE SHOCK

El shock es un estado de hipoperfusión de los órganos que produce disfunción y muerte celular. Los mecanismos pueden incluir una disminución del volumen circulante, disminución del gasto cardíaco y vasodilatación, a veces con derivación de la sangre que saltea los lechos de intercambio capilar. Los síntomas incluyen alteraciones del estado mental, taquicardia, hipotensión y oliguria. El diagnóstico es clínico, incluyendo medición de la presión arterial y en ocasiones marcadores de hipoperfusión tisular (p. ej., el lactato sanguíneo, déficit de bases). El tratamiento consiste en la reanimación con líquidos, incluyendo hemoderivados si es necesario, corrección de la enfermedad subyacente, y a veces vasopresores.

Existen varios mecanismos de hipoperfusión orgánica y shock. El shock puede deberse a

- Un volumen circulante bajo (shock hipovolémico)
- Vasodilatación (shock distributivo)
- Descenso primario del gasto cardíaco (tanto shock cardiogénico como obstructivo)

Las medidas preventivas incluyen identificación de los pacientes de riesgo y la valoración constante del equilibrio hídrico. Los pacientes con shock hipovolémico pueden tener varios diagnósticos de enfermería, dependiendo de la progresión del proceso, la prioridad de éstos es la siguiente:

1. Minimizar la pérdida de líquidos: Limitando el número de muestras de sangre, controlar las pérdidas de las vías venosas y aplicar presión directa sobre las zonas de hemorragia.

2. Contribuir a la sustitución de volumen: Colocar catéteres intravenosos periféricos cortos y de gran diámetro calibre 14 ó 16, rápida administración de líquidos prescritos.

3. Monitorizar al paciente: Con la finalidad de tener todos los parámetros hemodinámicos disponibles para detectar la aparición de manifestaciones clínicas de sobrecarga hídrica, previniendo así otros problemas asociados.

Shock Cardiogénico

El shock Cardiogénico se produce cuando el corazón no puede bombear con eficacia la sangre, produciéndose por alteración del ventrículo derecho, izquierdo o ambos.

Manifestaciones clínicas

- Presión arterial asistólica menor de 90 mmHg.
- Frecuencia cardiaca mayor de 100 pulsaciones por minuto pulso débil y filiforme.
- Disminución de los ruidos cardiacos.
- Alteraciones sensoriales.
- Piel fría, pálida, húmeda.
- VU menor de 30 ml/h.
- Dolor torácico.
- Arritmias.
- Taquipnea.
- Crepitaciones.
- Disminución del GC.
- IC menor de 1,81/m/m².
- Aumento de PAPE.
- PVD aumentada.
- RVS aumentada.

Cuidados de enfermería

Las medidas preventivas incluyen la identificación de los pacientes de riesgo y la valoración cardiopulmonar continua. Los pacientes con shock cardiogénico pueden presentar los siguientes diagnósticos de enfermería:

1. Limitar el consumo de oxígeno miocárdico mediante la administración de medicamentos analgésicos y sedantes, colocar al paciente en una posición cómoda y limitar sus actividades, favorecer la disminución de ansiedad, contribuir a un ambiente tranquilo y silencioso e instruir a los pacientes acerca de su situación.

2. Incrementar la administración de oxígeno al miocardio, colocar dispositivos para proporcionar oxígeno suplementario.

3. Monitorización específicamente del estado respiratorio.

Shock anafiláctico

El shock anafiláctico es de tipo distributivo y se produce por una reacción de hipersensibilidad inmediata, es un proceso grave que requiere una pronta intervención, la repuesta antígenoanticuerpo provoca una disminución de la perfusión tisular a partir de cualquier sustancia; estas sustancias conocidas como antígenos pueden ser introducidas por inyección, ingestión, a través de la piel o del tracto respiratorio.

Manifestaciones clínicas

1. Cardiovasculares: Hipotensión y taquicardia.

2. Respiratoria: Nudo faríngeo, disfagia, ronquidos, estridor, sibilancias, estertores.

3. Cutáneas: Prurito, eritema, urticaria, angioedema.

4. Neurológicas: Somnolencias, inquietud, miedo, ansiedad, disminución del nivel de conciencia.

5. Gastrointestinales: Náuseas, vómitos y diarrea.

6. Genitourinarias: Incontinencia, metrorragias.

Cuidados de enfermería

Las medidas preventivas incluyen la identificación de pacientes de riesgo y la cuidadosa valoración de las respuestas de los enfermos a la administración de fármacos, sangre y productos sanguíneos.

Los pacientes con shock anafiláctico pueden presentar los siguientes diagnósticos de enfermería:

1. Estimular respiración: Colocar a los pacientes en una posición que favorezca la respiración.

2. Favorecer la sustitución de volumen: Colocar catéteres periféricos cortos y de gran calibre 14 ó 16 y administrar rápidamente los líquidos prescritos.

3. Controlar las molestias: Administración de medicamentos y limpieza de piel.

4. Monitorizar.

Shock neurogénico

El shock neurogénico es de tipo distributivo, es el resultado de la pérdida o supresión del tono simpático.

Manifestaciones clínicas

Los pacientes con shock neurogénico suelen presentar inicialmente los siguientes síntomas:

Hipotensión.

Bradicardia.

Hipotermia.

Piel caliente y seca.

Cuidados de enfermería

Entre las diversas medidas preventivas se incluyen la identificación de los pacientes de riesgo y la valoración continua del estado neurológico.

Las prioridades del cuidado de enfermería son:

1. Tratar la hipovolemia.

2. Mantener la normotermia.

3. Prevenir la hipoxia.
4. Vigilar las posibles arritmias.
5. Monitorizar.

EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO

El quirófano es aquella sala o habitación que se halla en sanatorios, hospitales o centros de atención médica y que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo demanden. Asimismo, en el quirófano, se pueden desplegar otras actividades relacionadas, tales como el suministro de anestesia, una acción de reanimación, entre otras, para así, luego, poder llevar a buen puerto la mencionada intervención quirúrgica.

Respecto de las exigencias y las condiciones que debe sí o sí observar un quirófano para cumplir satisfactoriamente con su misión se cuentan:

- debe tratarse de un espacio cerrado
- deberá estar situado en un lugar independiente respecto del resto de la institución médica, aunque, cercano a aquellas áreas sensibles tales como las salas de emergencia, el banco de sangre, el laboratorio de análisis clínico, la farmacia
- la circulación de personas debe ser mínima, únicamente debe permitir el acceso al paciente, al equipo interdisciplinario que suele actuar en una operación: cirujano, anestesista, radiólogo, gastroenterólogo, enfermero de quirófano, auxiliar de enfermería, camillero, instrumentador quirúrgico, entre otros
- la limpieza y la aspiración de lograr un grado cero de contaminación es otra condición sine qua non que debe observar el quirófano y las habitaciones contiguas que se hayan anexado (vestuarios, oficinas); la misma se logrará limitando el acceso de personas a lo necesario, realizando profundas limpiezas y desinsectaciones varias veces al día y removiendo todo el material de desecho.
- El quirófano debe ocupar un lugar central debido a una evidente necesidad de estar cerca de algunas estructuras de acogida o de hospitalización, así como los servicios médico-técnicos, y esto debe guiar su construcción en un nuevo hospital. En el caso de reestructuración o creación de un nuevo quirófano en una estructura arquitectónica antigua, será necesario entonces referirse a

dificultades arquitectónicas vinculadas a la existencia de estos edificios, en particular para el tratamiento del aire y la circulación del material y las personas.

□ El ecosistema del quirófano debe mantenerse a un nivel de contaminación mínimo por medio de una limpieza cuyos ritmos establecidos deberán observarse escrupulosamente. Los principios de la limpieza deben ser codificados por procedimientos escritos discutidos por cada equipo. El preliminar es la evacuación de todos los residuos e instrumentos manchados en sistemas cerrados (contenedores estancos y bolsas herméticamente cerrados). La limpieza de la sala de operaciones se hace varias veces al día, entre cada paciente. Para ello, se desinfectan todas las salas de operaciones utilizadas enteramente después de cada final de programa operatorio con protocolos de higiene, sin olvidar el resto de las partes del quirófano: oficinas, despachos, vestuarios, etcétera.

AREAS DE QUIROFANO:

□ Área no restringida. El personal puede vestir ropa de calle, y el equipo portátil que aún no ha sido desinfectado debe permanecer en el área no restringida. Se trata de un área controlada en donde se detiene a las personas que van llegando al área quirúrgica.

□ Área de transición. En esta zona, las personas se están preparando para ingresar a las áreas semirestringidas o restringidas; se cambia la ropa de calle por la de quirófano, y es necesaria también una autorización de ingreso. Aquí se encuentran los vestidores; se debe mantener la pulcritud y la meticulosidad, para evitar la entrada de polvo y la generación de áreas para la colonización de las bacterias. Los alimentos y las bebidas deben mantenerse lejos de estas áreas.

□ Área semirestringida. Aquí solo se puede tener acceso con ropa quirúrgica, es decir, pijama quirúrgico. Los corredores entre los distintos cuartos del departamento las áreas de procesamiento del instrumental y los implementos, las áreas de almacenamiento o clósets son áreas semirestringidas.

□ Área restringida. Las áreas restringidas son las más limpias del quirófano e incluyen las salas de operaciones, las salas de procedimientos menores y los corredores estériles, donde están los esterilizadores rápidos y donde se deja el material estéril. Estas áreas están estrictamente controladas y las puertas deben permanecer cerradas. Sólo el personal vestido adecuadamente podrá tener acceso.

GENERALIDADES DEL PROCESO QUIRURGICO

La enfermería quirúrgica se conoce también como enfermería de cuidados médicoquirúrgicos. Estos profesionales se encargan de ayudar tanto a los anestesiólogos como a los cirujanos en la atención a los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas. Entre sus labores profesionales están el preparar a cada paciente para la cirugía. Por ejemplo, atendiendo a su historial clínico, proporcionándole medicación si la precisa y preparando la zona de trabajo del cirujano. También se encarga de dar apoyo al anestesiólogo preparando los equipos y tratamientos necesarios así como de velar por la seguridad del paciente durante la administración de la anestesia. Además se encarga de observar los monitores así como otros equipos durante las operaciones para comprobar el estado del paciente en todo momento. En este tiempo también debe dar apoyo al cirujano proporcionándole el instrumental preciso y ocupándose de los apósitos. Tras la intervención, el profesional de enfermería quirúrgica se encarga de dar soporte a los pacientes durante su tiempo de recuperación en el postoperatorio. Entre otras labores profesionales.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA QUIRÚRGICA:

La enfermera quirúrgica es una profesional que tiene la obligación de ejercer su criterio para el análisis de las órdenes y para plantear las observaciones que ella considere convenientes. La visita preoperatoria a cargo del anestesiólogo es un requisito en todo servicio quirúrgico. La participación de la enfermera quirúrgica en esta visita le permitirá enterarse de otros aspectos de enorme trascendencia en la preparación preoperatoria, lo cual le facilita su propio plan de manejo.

La enfermera de salas de cirugía: se afirma que las dos actividades del género humano que emplean las más complejas y sofisticadas tecnologías son la navegación aeroespacial y la cirugía. En el quirófano se congregan máquinas e instrumentos de alta precisión, gracias a los cuales se puede intervenir sobre la totalidad de las funciones orgánicas para ejecutar operaciones que hasta hace poco pertenecían al campo de la ciencia ficción.

La labor de la enfermera quirúrgica no se limita a los oficios rutinarios que ejecuta en las salas de cirugía. Su desempeño sólo puede ser verdaderamente efectivo desde el punto de vista profesional si ella mantiene una continuada inquietud intelectual que debe satisfacer, con un alto nivel de satisfacción propia, mediante lecturas, estudio, investigación y participación activa en las actividades científicas del hospital. De lo contrario sobreviene la rutinización y el creciente debilitamiento de los intereses de la mente. Así como el ingeniero y el técnico

aeroespaciales saben que de sus acciones depende la seguridad y el éxito de la misión, así la enfermera sabe que su desempeño profesional y su estricta disciplina son también la llave de la seguridad y el éxito de la operación. Cinco funciones principales cumple en la actualidad la enfermera en las salas de cirugía:

1. Jefatura y supervisión de los quirófanos.
2. Instrumentación quirúrgica, con especialización en las disciplinas principales: cirugía general, cirugía cardiotorácica, cirugía vascular, neurocirugía, ortopedia, urología, oftalmología y otorrinolaringología.
3. Enfermera circulante, labor que representa una verdadera dirección de orquesta durante la intervención quirúrgica.
4. enfermera de anestesiología, un campo relativamente novedoso que se refiere a la colaboración con la labor del anestesiólogo mediante el desempeño de funciones específicas.
5. Gerencia de las salas de cirugía. La enfermera en los servicios quirúrgicos.