



ALUMNO: *Juan Luis Hernández Santis*

ASIGNATURA: *Enfermería Médico-Quirúrgico 1*

DOCENTE: *Lic. Pedro Alejandro Bravo Hernández*

CUATRIMESTRE: *5° Cuatrimestre*

TRABAJO: *Trabajo de investigación*



4.1. Cuidados de enfermería al paciente con quimioterapia

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).

OBJETIVOS

Conocer los efectos secundarios más habituales asociados a la quimioterapia sobre los principales sistemas corporales. Dispensar cuidados de enfermería tendentes a prevenir o mitigar los problemas que el paciente pueda presentar a consecuencia de dichos efectos secundarios.

PROCEDIMIENTOS

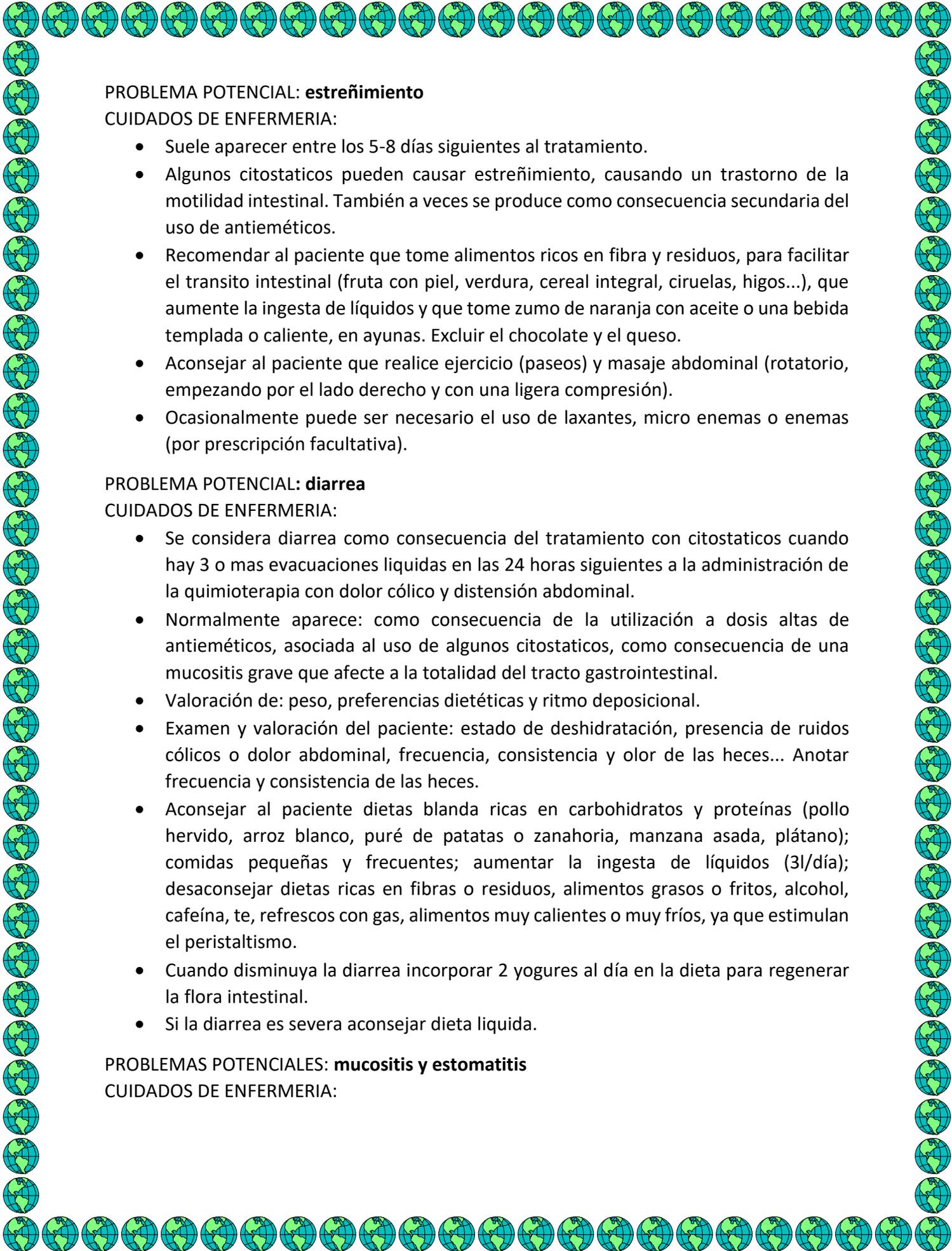
PROBLEMA POTENCIAL: **nauseas**

- 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**

CUIDADOS 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 anomalía 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 te. Evitar cocinar.



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 transito 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).

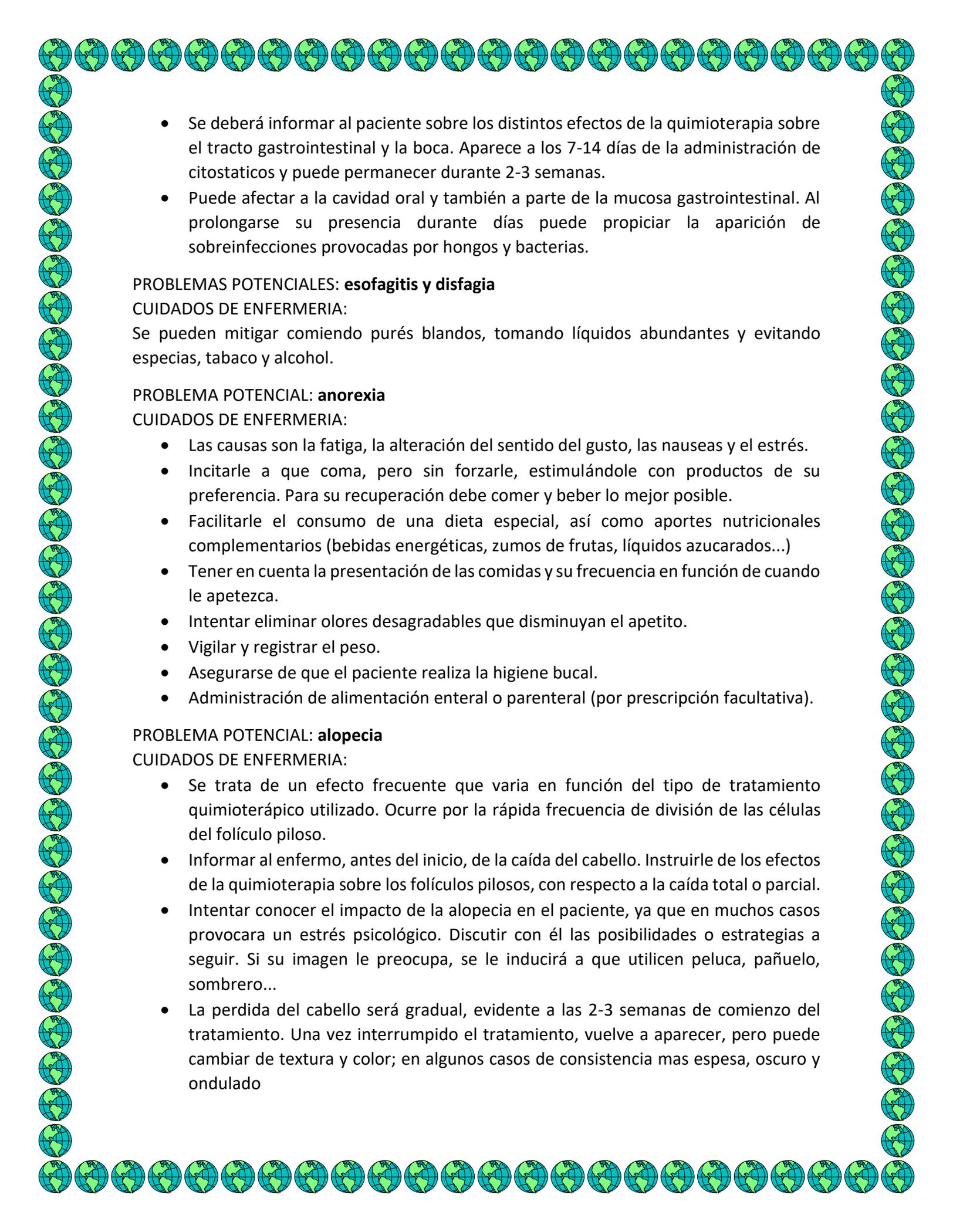
PROBLEMA POTENCIAL: diarrea

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Se considera diarrea como consecuencia del tratamiento con citostaticos cuando hay 3 o mas evacuaciones liquidas 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 liquida.

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).

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

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.

PROBLEMA POTENCIAL: anemia

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Valorar y vigilar principalmente la palidez cutánea, de lechos ungueales, conjuntiva, mucosa oral; disnea, taquicardia, vértigos; toma y valoración de constantes vitales...
- Si la anemia empeora se realizarán 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.

PROBLEMAS POTENCIALES: amenorrea, vaginitis, infecciones fúngicas y esterilidad.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Educación para la salud:

- Se instará a la paciente a que extienda 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.

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...)

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.

PROBLEMAS POTENCIALES: **taquiarritmia, miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardiaca 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.

PROBLEMAS POTENCIALES: **tos, disnea, dolor torácico, fiebre y exudado pulmonar.**

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

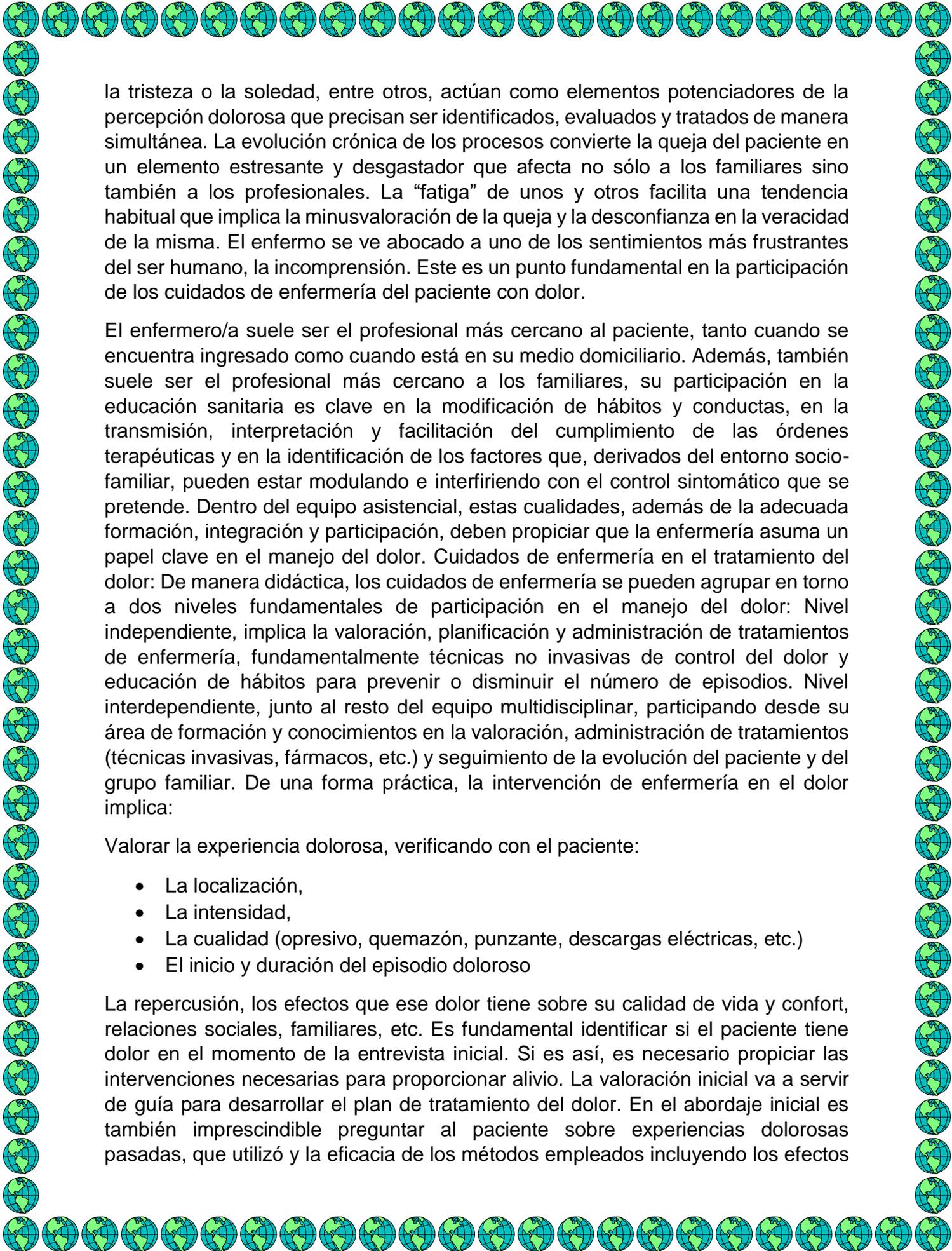
- Detección de signos y síntomas relacionados con estos cuadros.

4.2. Cuidados de enfermería al paciente con dolor.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño.

Esta es una necesidad siempre pero, en el ámbito de los cuidados paliativos, constituye una exigencia imprescindible para que el esfuerzo asistencial alcance su objetivo último, el bienestar del paciente. En el contexto de la enfermedad terminal y los cuidados paliativos, el dolor constituye un síntoma preponderante, responsable de una buena parte de la pérdida de confortabilidad y de la merma funcional en el paciente. El significado del dolor es diferente para cada persona y situación: disminución de la autonomía, amenaza y sufrimiento, mal pronóstico, muerte cercana, pérdida de la calidad de vida, dependencia, etc.

Además, las respuestas del paciente ante el dolor no van a depender únicamente del estímulo nocivo o del daño en alguna parte del cuerpo, si no que factores relacionados con las características personales de cada individuo, experiencias previas y creencias, tanto las propias como las del núcleo social y cultural al que se pertenece, condicionan la respuesta final. En el enfermo paliativo, el dolor no suele ser el único síntoma presente, sino que, habitualmente, se suma a un amplio ramillete sintomático en el que el estreñimiento, la anorexia, la astenia, el insomnio,



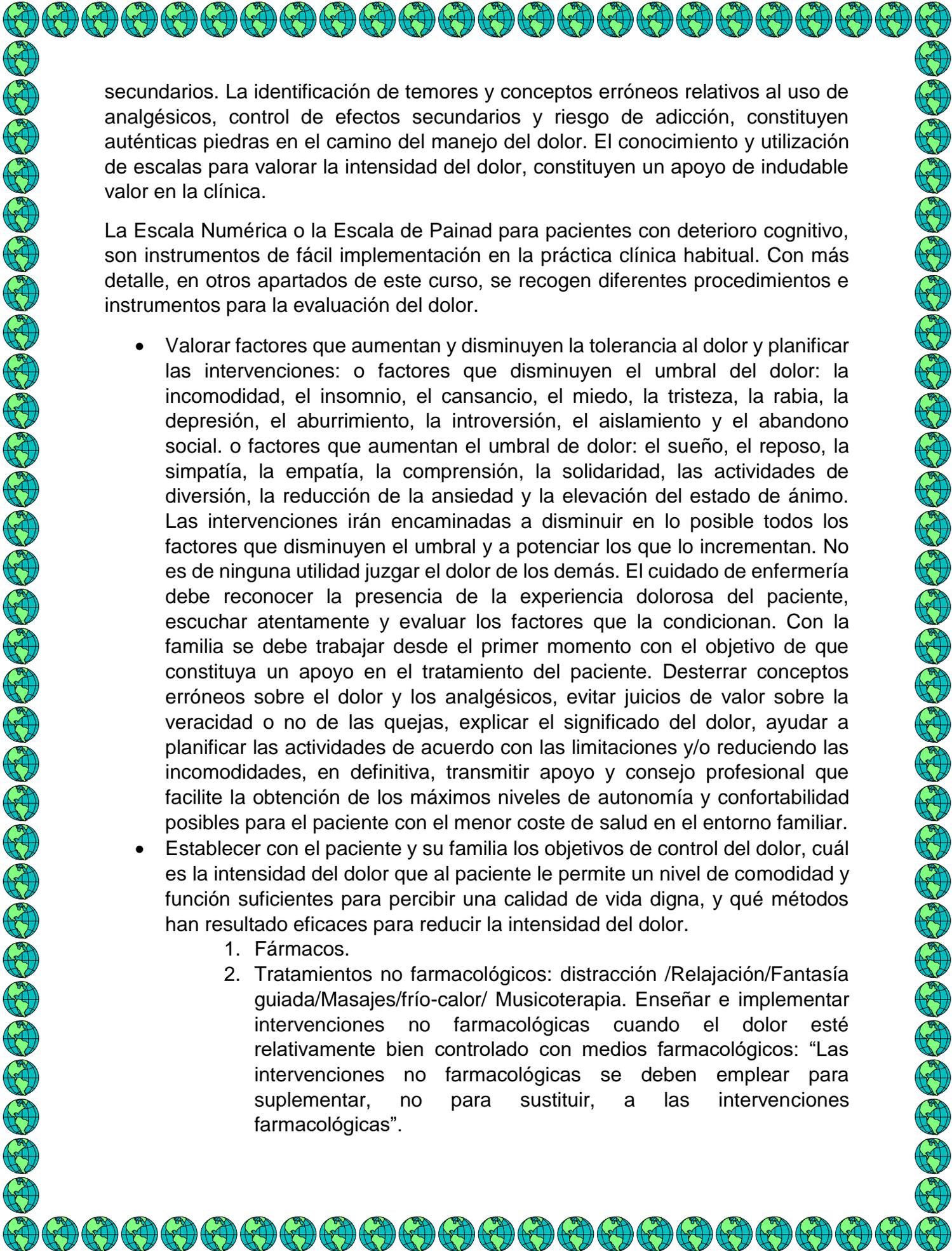
la tristeza o la soledad, entre otros, actúan como elementos potenciadores de la percepción dolorosa que precisan ser identificados, evaluados y tratados de manera simultánea. La evolución crónica de los procesos convierte la queja del paciente en un elemento estresante y desgastador que afecta no sólo a los familiares sino también a los profesionales. La “fatiga” de unos y otros facilita una tendencia habitual que implica la minusvaloración de la queja y la desconfianza en la veracidad de la misma. El enfermo se ve abocado a uno de los sentimientos más frustrantes del ser humano, la incomprensión. Este es un punto fundamental en la participación de los cuidados de enfermería del paciente con dolor.

El enfermero/a suele ser el profesional más cercano al paciente, tanto cuando se encuentra ingresado como cuando está en su medio domiciliario. Además, también suele ser el profesional más cercano a los familiares, su participación en la educación sanitaria es clave en la modificación de hábitos y conductas, en la transmisión, interpretación y facilitación del cumplimiento de las órdenes terapéuticas y en la identificación de los factores que, derivados del entorno socio-familiar, pueden estar modulando e interfiriendo con el control sintomático que se pretende. Dentro del equipo asistencial, estas cualidades, además de la adecuada formación, integración y participación, deben propiciar que la enfermería asuma un papel clave en el manejo del dolor. Cuidados de enfermería en el tratamiento del dolor: De manera didáctica, los cuidados de enfermería se pueden agrupar en torno a dos niveles fundamentales de participación en el manejo del dolor: Nivel independiente, implica la valoración, planificación y administración de tratamientos de enfermería, fundamentalmente técnicas no invasivas de control del dolor y educación de hábitos para prevenir o disminuir el número de episodios. Nivel interdependiente, junto al resto del equipo multidisciplinar, participando desde su área de formación y conocimientos en la valoración, administración de tratamientos (técnicas invasivas, fármacos, etc.) y seguimiento de la evolución del paciente y del grupo familiar. De una forma práctica, la intervención de enfermería en el dolor implica:

Valorar la experiencia dolorosa, verificando con el paciente:

- La localización,
- La intensidad,
- La cualidad (opresivo, quemazón, punzante, descargas eléctricas, etc.)
- El inicio y duración del episodio doloroso

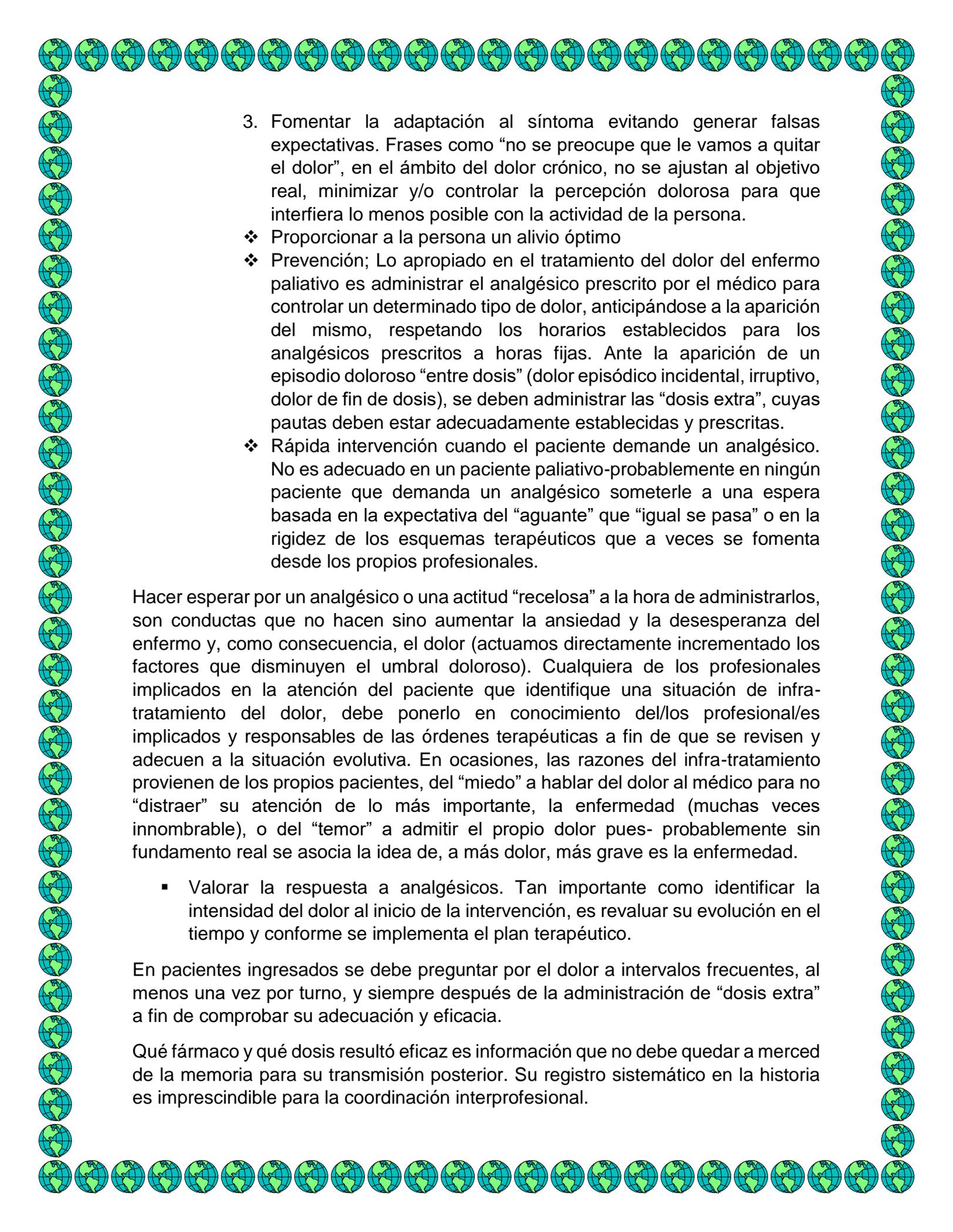
La repercusión, los efectos que ese dolor tiene sobre su calidad de vida y confort, relaciones sociales, familiares, etc. Es fundamental identificar si el paciente tiene dolor en el momento de la entrevista inicial. Si es así, es necesario propiciar las intervenciones necesarias para proporcionar alivio. La valoración inicial va a servir de guía para desarrollar el plan de tratamiento del dolor. En el abordaje inicial es también imprescindible preguntar al paciente sobre experiencias dolorosas pasadas, que utilizó y la eficacia de los métodos empleados incluyendo los efectos



secundarios. La identificación de temores y conceptos erróneos relativos al uso de analgésicos, control de efectos secundarios y riesgo de adicción, constituyen auténticas piedras en el camino del manejo del dolor. El conocimiento y utilización de escalas para valorar la intensidad del dolor, constituyen un apoyo de indudable valor en la clínica.

La Escala Numérica o la Escala de Painad para pacientes con deterioro cognitivo, son instrumentos de fácil implementación en la práctica clínica habitual. Con más detalle, en otros apartados de este curso, se recogen diferentes procedimientos e instrumentos para la evaluación del dolor.

- Valorar factores que aumentan y disminuyen la tolerancia al dolor y planificar las intervenciones: o factores que disminuyen el umbral del dolor: la incomodidad, el insomnio, el cansancio, el miedo, la tristeza, la rabia, la depresión, el aburrimiento, la introversión, el aislamiento y el abandono social. o factores que aumentan el umbral de dolor: el sueño, el reposo, la simpatía, la empatía, la comprensión, la solidaridad, las actividades de diversión, la reducción de la ansiedad y la elevación del estado de ánimo. Las intervenciones irán encaminadas a disminuir en lo posible todos los factores que disminuyen el umbral y a potenciar los que lo incrementan. No es de ninguna utilidad juzgar el dolor de los demás. El cuidado de enfermería debe reconocer la presencia de la experiencia dolorosa del paciente, escuchar atentamente y evaluar los factores que la condicionan. Con la familia se debe trabajar desde el primer momento con el objetivo de que constituya un apoyo en el tratamiento del paciente. Desterrar conceptos erróneos sobre el dolor y los analgésicos, evitar juicios de valor sobre la veracidad o no de las quejas, explicar el significado del dolor, ayudar a planificar las actividades de acuerdo con las limitaciones y/o reduciendo las incomodidades, en definitiva, transmitir apoyo y consejo profesional que facilite la obtención de los máximos niveles de autonomía y confortabilidad posibles para el paciente con el menor coste de salud en el entorno familiar.
- Establecer con el paciente y su familia los objetivos de control del dolor, cuál es la intensidad del dolor que al paciente le permite un nivel de comodidad y función suficientes para percibir una calidad de vida digna, y qué métodos han resultado eficaces para reducir la intensidad del dolor.
 1. Fármacos.
 2. Tratamientos no farmacológicos: distracción /Relajación/Fantasía guiada/Masajes/frío-calor/ Musicoterapia. Enseñar e implementar intervenciones no farmacológicas cuando el dolor esté relativamente bien controlado con medios farmacológicos: “Las intervenciones no farmacológicas se deben emplear para suplementar, no para sustituir, a las intervenciones farmacológicas”.

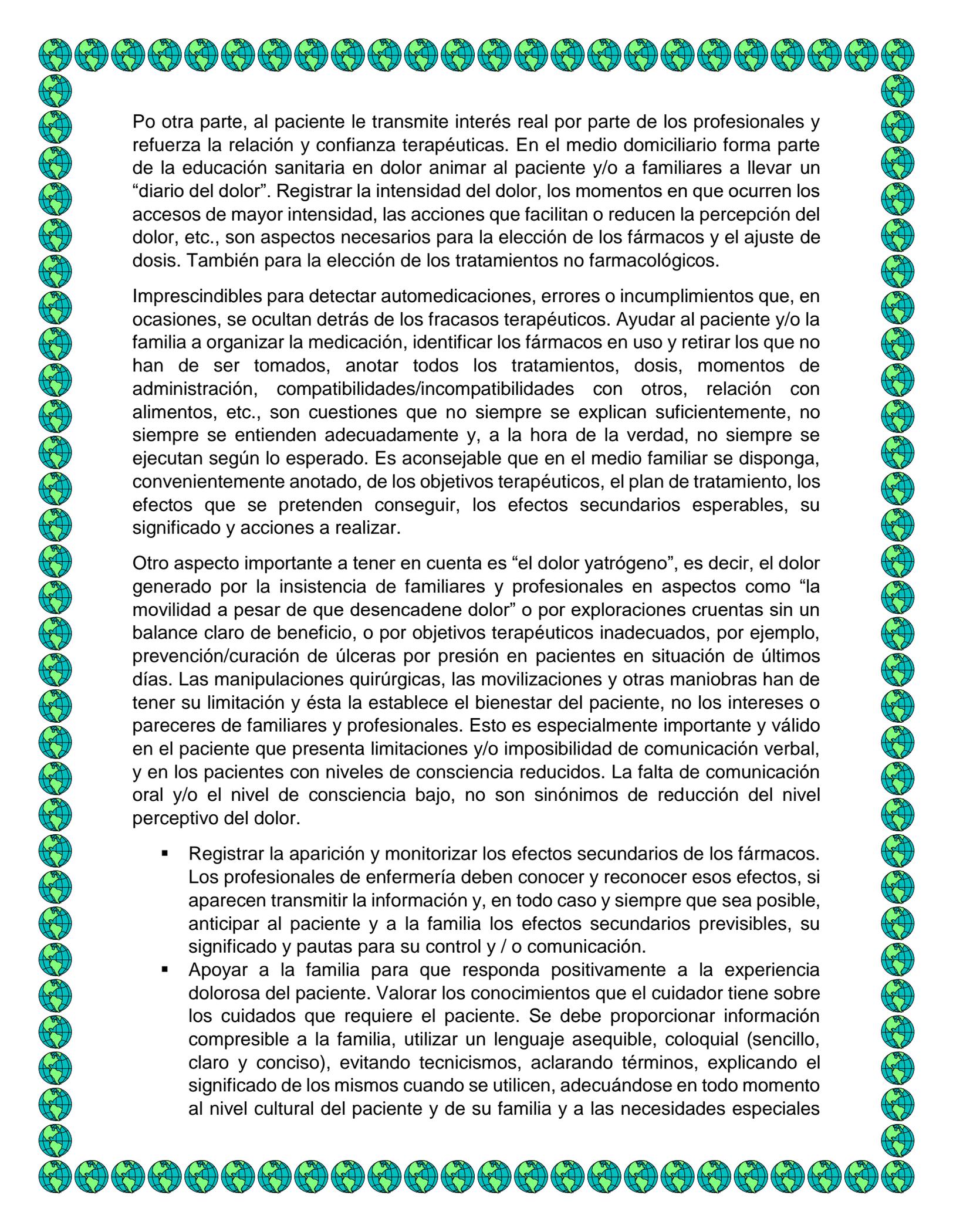
- 
3. Fomentar la adaptación al síntoma evitando generar falsas expectativas. Frases como “no se preocupe que le vamos a quitar el dolor”, en el ámbito del dolor crónico, no se ajustan al objetivo real, minimizar y/o controlar la percepción dolorosa para que interfiera lo menos posible con la actividad de la persona.
- ❖ Proporcionar a la persona un alivio óptimo
 - ❖ Prevención; Lo apropiado en el tratamiento del dolor del enfermo paliativo es administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor, anticipándose a la aparición del mismo, respetando los horarios establecidos para los analgésicos prescritos a horas fijas. Ante la aparición de un episodio doloroso “entre dosis” (dolor episódico incidental, irruptivo, dolor de fin de dosis), se deben administrar las “dosis extra”, cuyas pautas deben estar adecuadamente establecidas y prescritas.
 - ❖ Rápida intervención cuando el paciente demande un analgésico. No es adecuado en un paciente paliativo-probablemente en ningún paciente que demanda un analgésico someterle a una espera basada en la expectativa del “aguante” que “igual se pasa” o en la rigidez de los esquemas terapéuticos que a veces se fomenta desde los propios profesionales.

Hacer esperar por un analgésico o una actitud “recelosa” a la hora de administrarlos, son conductas que no hacen sino aumentar la ansiedad y la desesperanza del enfermo y, como consecuencia, el dolor (actuamos directamente incrementado los factores que disminuyen el umbral doloroso). Cualquiera de los profesionales implicados en la atención del paciente que identifique una situación de infra-tratamiento del dolor, debe ponerlo en conocimiento del/los profesional/es implicados y responsables de las órdenes terapéuticas a fin de que se revisen y adecuen a la situación evolutiva. En ocasiones, las razones del infra-tratamiento provienen de los propios pacientes, del “miedo” a hablar del dolor al médico para no “distraer” su atención de lo más importante, la enfermedad (muchas veces innombrable), o del “temor” a admitir el propio dolor pues- probablemente sin fundamento real se asocia la idea de, a más dolor, más grave es la enfermedad.

- Valorar la respuesta a analgésicos. Tan importante como identificar la intensidad del dolor al inicio de la intervención, es reevaluar su evolución en el tiempo y conforme se implementa el plan terapéutico.

En pacientes ingresados se debe preguntar por el dolor a intervalos frecuentes, al menos una vez por turno, y siempre después de la administración de “dosis extra” a fin de comprobar su adecuación y eficacia.

Qué fármaco y qué dosis resultó eficaz es información que no debe quedar a merced de la memoria para su transmisión posterior. Su registro sistemático en la historia es imprescindible para la coordinación interprofesional.

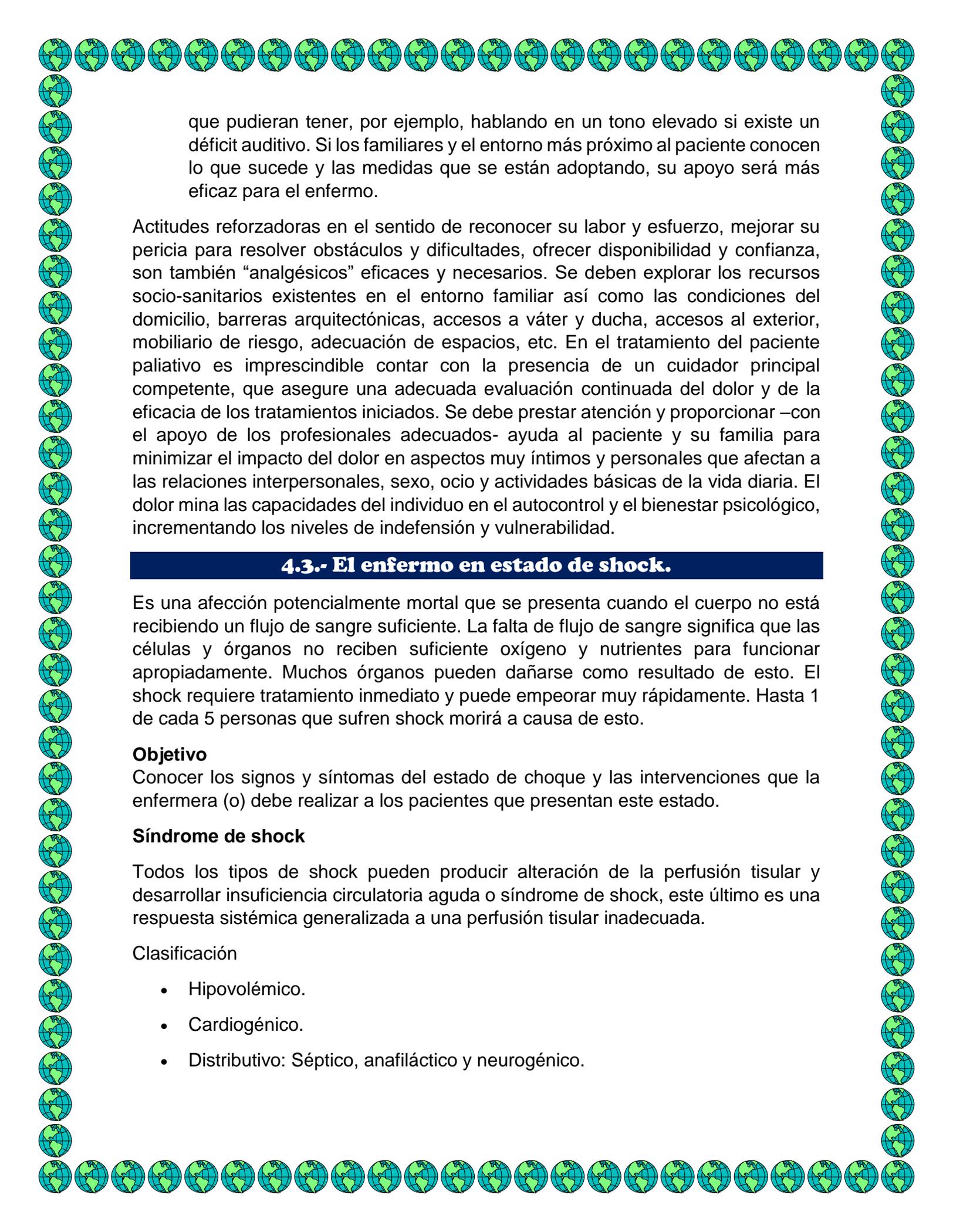
A decorative border consisting of a continuous line of small, stylized globe icons in shades of blue and green, framing the text on all four sides.

Po otra parte, al paciente le transmite interés real por parte de los profesionales y refuerza la relación y confianza terapéuticas. En el medio domiciliario forma parte de la educación sanitaria en dolor animar al paciente y/o a familiares a llevar un “diario del dolor”. Registrar la intensidad del dolor, los momentos en que ocurren los accesos de mayor intensidad, las acciones que facilitan o reducen la percepción del dolor, etc., son aspectos necesarios para la elección de los fármacos y el ajuste de dosis. También para la elección de los tratamientos no farmacológicos.

Imprescindibles para detectar automedicaciones, errores o incumplimientos que, en ocasiones, se ocultan detrás de los fracasos terapéuticos. Ayudar al paciente y/o la familia a organizar la medicación, identificar los fármacos en uso y retirar los que no han de ser tomados, anotar todos los tratamientos, dosis, momentos de administración, compatibilidades/incompatibilidades con otros, relación con alimentos, etc., son cuestiones que no siempre se explican suficientemente, no siempre se entienden adecuadamente y, a la hora de la verdad, no siempre se ejecutan según lo esperado. Es aconsejable que en el medio familiar se disponga, convenientemente anotado, de los objetivos terapéuticos, el plan de tratamiento, los efectos que se pretenden conseguir, los efectos secundarios esperables, su significado y acciones a realizar.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es “el dolor yatrógeno”, es decir, el dolor generado por la insistencia de familiares y profesionales en aspectos como “la movilidad a pesar de que desencadene dolor” o por exploraciones cruentas sin un balance claro de beneficio, o por objetivos terapéuticos inadecuados, por ejemplo, prevención/curación de úlceras por presión en pacientes en situación de últimos días. Las manipulaciones quirúrgicas, las movilizaciones y otras maniobras han de tener su limitación y ésta la establece el bienestar del paciente, no los intereses o pareceres de familiares y profesionales. Esto es especialmente importante y válido en el paciente que presenta limitaciones y/o imposibilidad de comunicación verbal, y en los pacientes con niveles de consciencia reducidos. La falta de comunicación oral y/o el nivel de consciencia bajo, no son sinónimos de reducción del nivel perceptivo del dolor.

- Registrar la aparición y monitorizar los efectos secundarios de los fármacos. Los profesionales de enfermería deben conocer y reconocer esos efectos, si aparecen transmitir la información y, en todo caso y siempre que sea posible, anticipar al paciente y a la familia los efectos secundarios previsibles, su significado y pautas para su control y / o comunicación.
- Apoyar a la familia para que responda positivamente a la experiencia dolorosa del paciente. Valorar los conocimientos que el cuidador tiene sobre los cuidados que requiere el paciente. Se debe proporcionar información comprensible a la familia, utilizar un lenguaje asequible, coloquial (sencillo, claro y conciso), evitando tecnicismos, aclarando términos, explicando el significado de los mismos cuando se utilicen, adecuándose en todo momento al nivel cultural del paciente y de su familia y a las necesidades especiales



que pudieran tener, por ejemplo, hablando en un tono elevado si existe un déficit auditivo. Si los familiares y el entorno más próximo al paciente conocen lo que sucede y las medidas que se están adoptando, su apoyo será más eficaz para el enfermo.

Actitudes reforzadoras en el sentido de reconocer su labor y esfuerzo, mejorar su pericia para resolver obstáculos y dificultades, ofrecer disponibilidad y confianza, son también “analgésicos” eficaces y necesarios. Se deben explorar los recursos socio-sanitarios existentes en el entorno familiar así como las condiciones del domicilio, barreras arquitectónicas, accesos a váter y ducha, accesos al exterior, mobiliario de riesgo, adecuación de espacios, etc. En el tratamiento del paciente paliativo es imprescindible contar con la presencia de un cuidador principal competente, que asegure una adecuada evaluación continuada del dolor y de la eficacia de los tratamientos iniciados. Se debe prestar atención y proporcionar –con el apoyo de los profesionales adecuados- ayuda al paciente y su familia para minimizar el impacto del dolor en aspectos muy íntimos y personales que afectan a las relaciones interpersonales, sexo, ocio y actividades básicas de la vida diaria. El dolor mina las capacidades del individuo en el autocontrol y el bienestar psicológico, incrementando los niveles de indefensión y vulnerabilidad.

4.3.- El enfermo en estado de shock.

Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente. La falta de flujo de sangre significa que las células y órganos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para funcionar apropiadamente. Muchos órganos pueden dañarse como resultado de esto. El shock requiere tratamiento inmediato y puede empeorar muy rápidamente. Hasta 1 de cada 5 personas que sufren shock morirá a causa de esto.

Objetivo

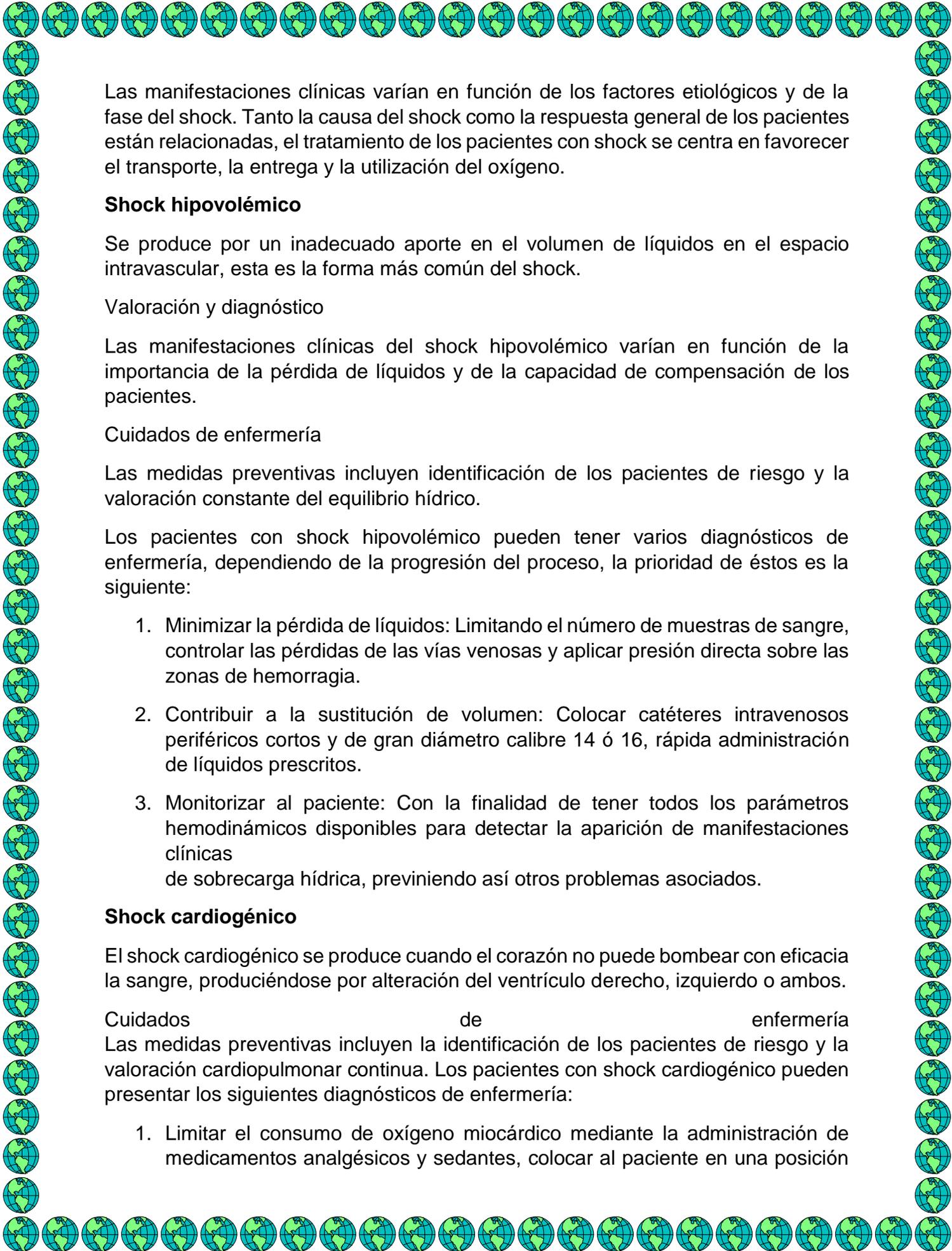
Conocer los signos y síntomas del estado de choque y las intervenciones que la enfermera (o) debe realizar a los pacientes que presentan este estado.

Síndrome de shock

Todos los tipos de shock pueden producir alteración de la perfusión tisular y desarrollar insuficiencia circulatoria aguda o síndrome de shock, este último es una respuesta sistémica generalizada a una perfusión tisular inadecuada.

Clasificación

- Hipovolémico.
- Cardiogénico.
- Distributivo: Séptico, anafiláctico y neurogénico.



Las manifestaciones clínicas varían en función de los factores etiológicos y de la fase del shock. Tanto la causa del shock como la respuesta general de los pacientes están relacionadas, el tratamiento de los pacientes con shock se centra en favorecer el transporte, la entrega y la utilización del oxígeno.

Shock hipovolémico

Se produce por un inadecuado aporte en el volumen de líquidos en el espacio intravascular, esta es la forma más común del shock.

Valoración y diagnóstico

Las manifestaciones clínicas del shock hipovolémico varían en función de la importancia de la pérdida de líquidos y de la capacidad de compensación de los pacientes.

Cuidados de enfermería

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:

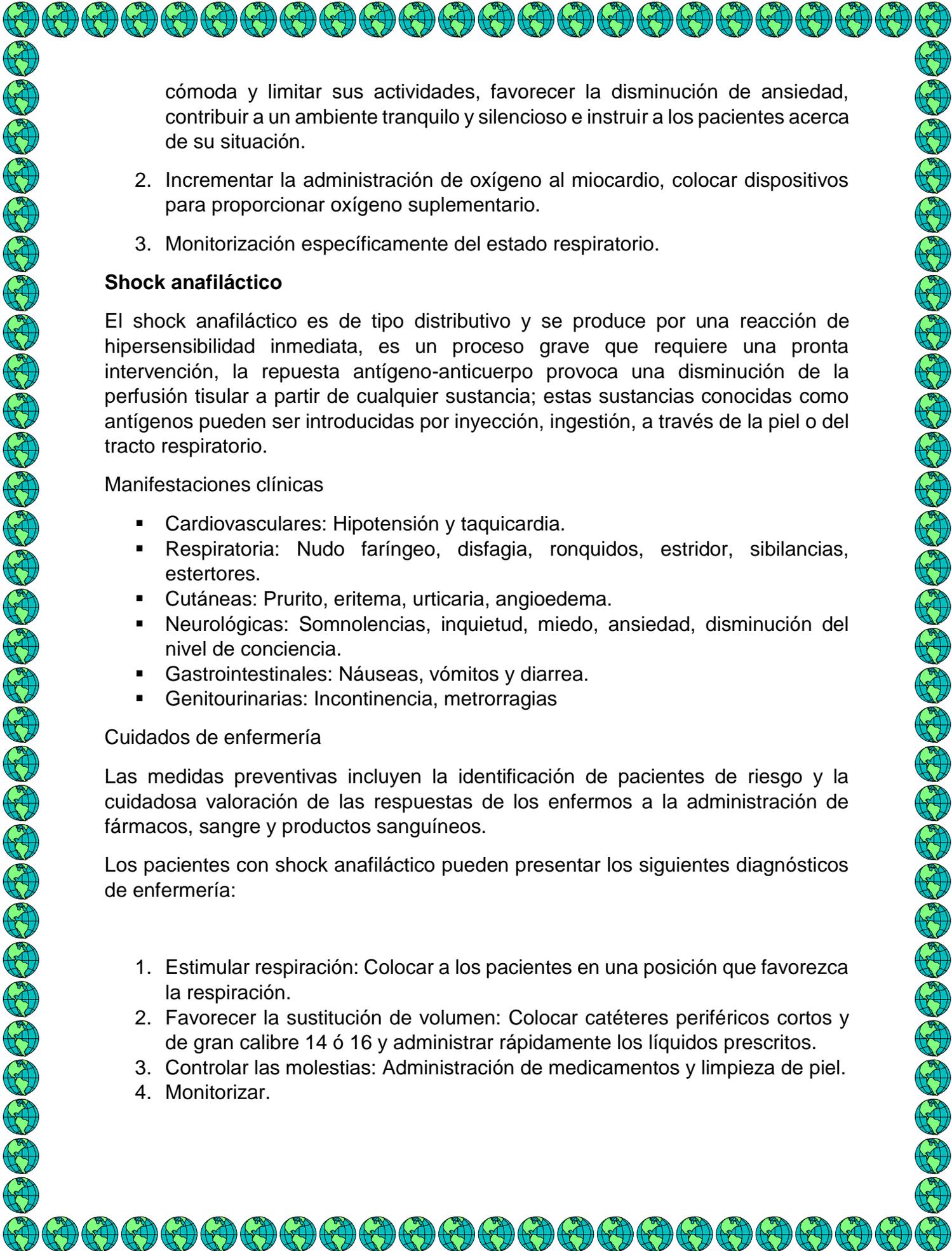
1. Minimizar la pérdida de líquidos: Limitando el número de muestras de sangre, controlar las pérdidas de las vías venosas y aplicar presión directa sobre las zonas de hemorragia.
2. Contribuir a la sustitución de volumen: Colocar catéteres intravenosos periféricos cortos y de gran diámetro calibre 14 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.

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 antígeno-anticuerpo 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

- Cardiovasculares: Hipotensión y taquicardia.
- Respiratoria: Nudo faríngeo, disfagia, ronquidos, estridor, sibilancias, estertores.
- Cutáneas: Prurito, eritema, urticaria, angioedema.
- Neurológicas: Somnolencias, inquietud, miedo, ansiedad, disminución del nivel de conciencia.
- Gastrointestinales: Náuseas, vómitos y diarrea.
- 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.

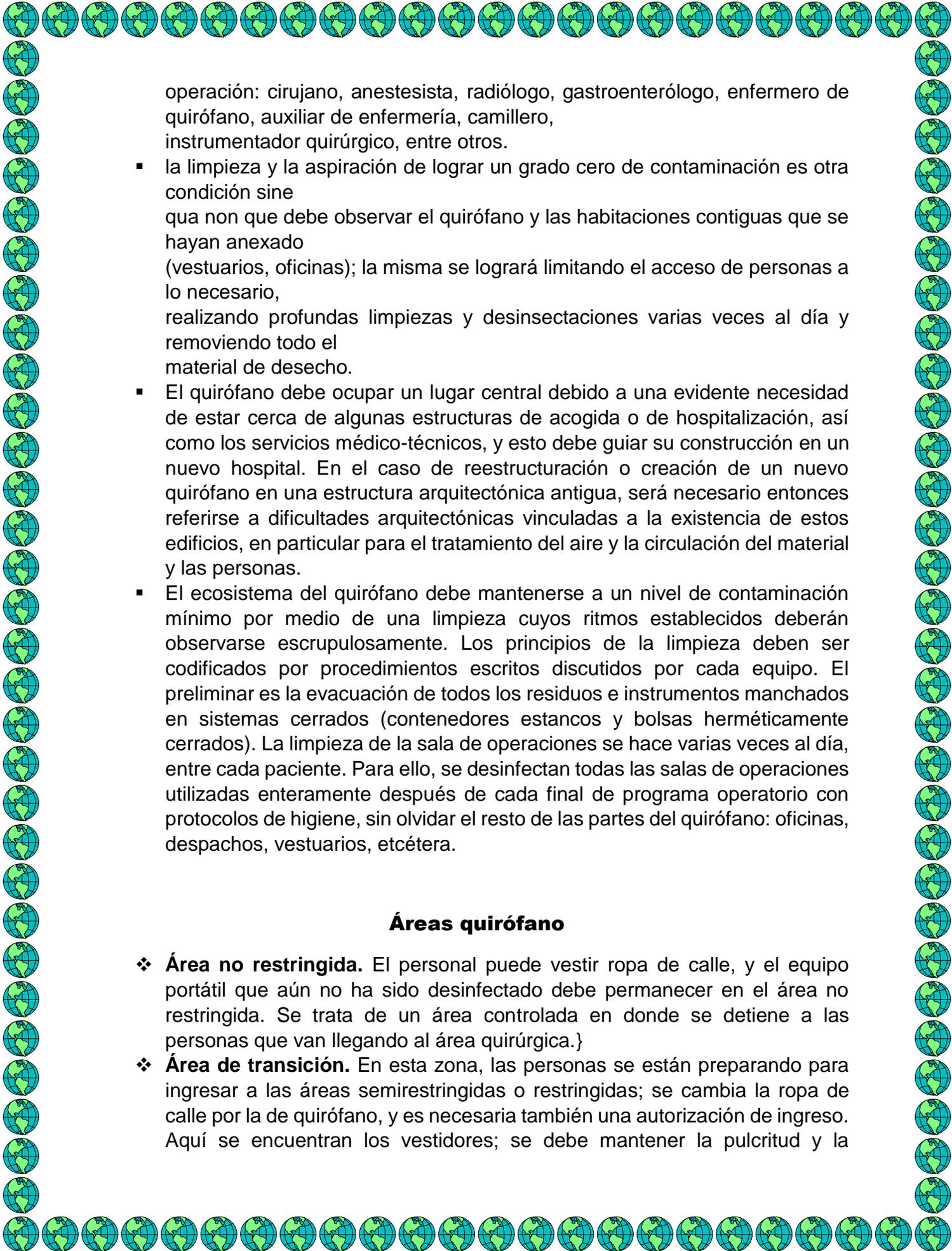
Las prioridades del cuidado de enfermería son:

- Tratar la hipovolemia.
- Mantener la normotermia.
- Prevenir la hipoxia.
- Vigilar las posibles arritmias.
- Monitorizar.

4.4.- El departamento quirúrgico

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

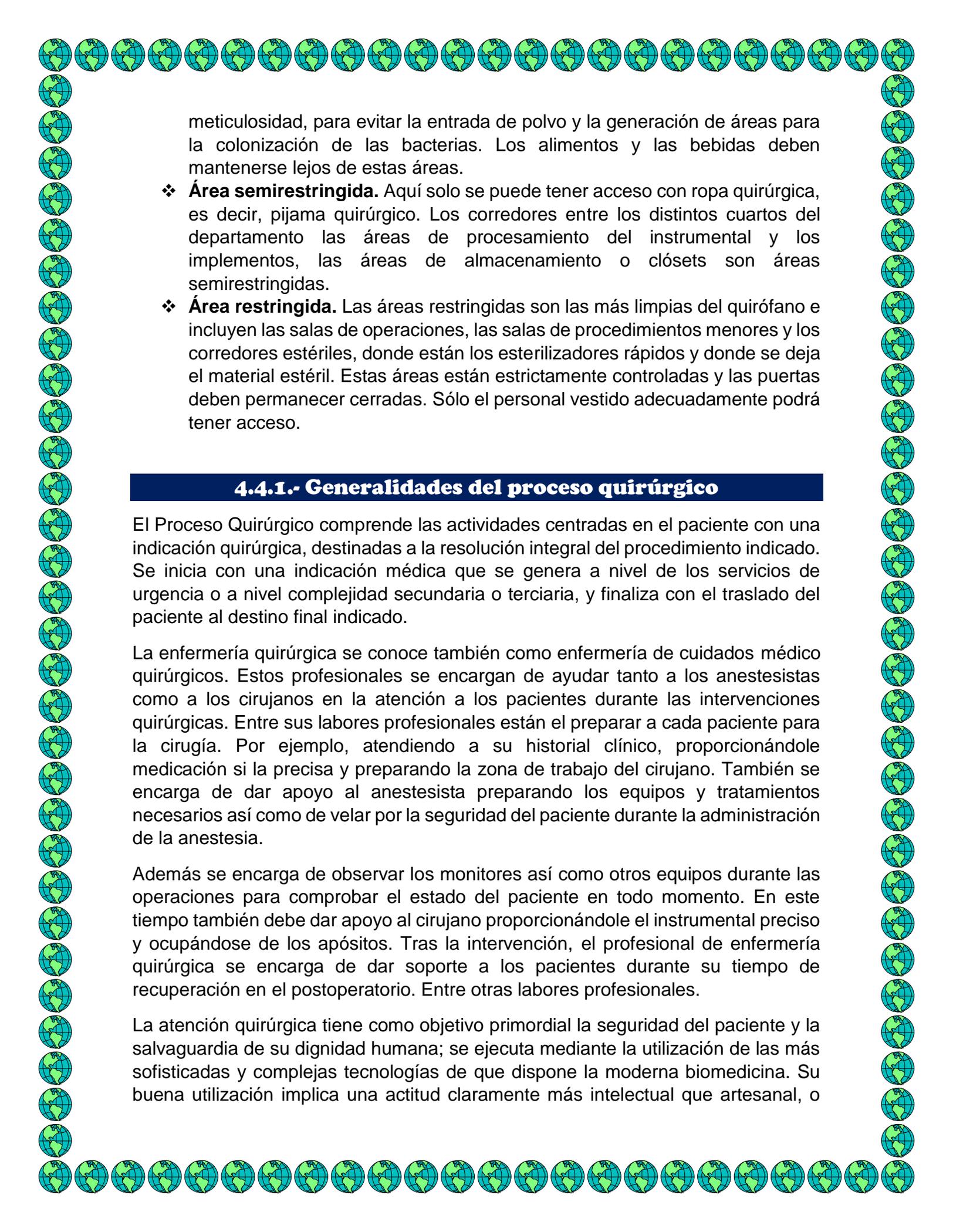


operación: cirujano, anestesista, radiólogo, gastroenterólogo, enfermero de quirófano, auxiliar de enfermería, camillero, instrumentador quirúrgico, entre otros.

- 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.

Áreas quirófano

- ❖ **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.

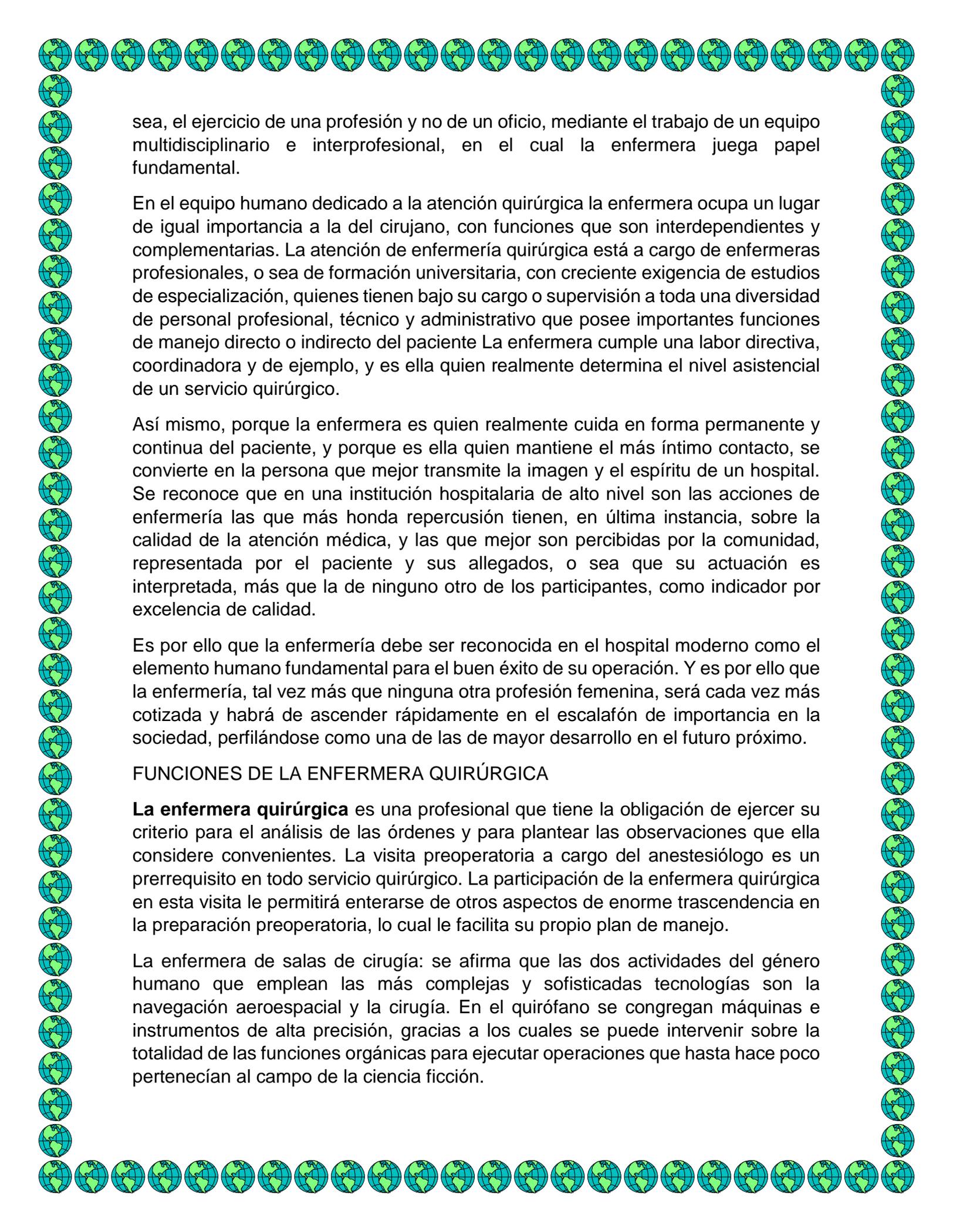
4.4.1.- Generalidades del proceso quirúrgico

El Proceso Quirúrgico comprende las actividades centradas en el paciente con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado. Se inicia con una indicación médica que se genera a nivel de los servicios de urgencia o a nivel complejidad secundaria o terciaria, y finaliza con el traslado del paciente al destino final indicado.

La enfermería quirúrgica se conoce también como enfermería de cuidados médico quirúrgicos. Estos profesionales se encargan de ayudar tanto a los anestesistas 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 anestesista 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.

La atención quirúrgica tiene como objetivo primordial la seguridad del paciente y la salvaguardia de su dignidad humana; se ejecuta mediante la utilización de las más sofisticadas y complejas tecnologías de que dispone la moderna biomedicina. Su buena utilización implica una actitud claramente más intelectual que artesanal, o



sea, el ejercicio de una profesión y no de un oficio, mediante el trabajo de un equipo multidisciplinario e interprofesional, en el cual la enfermera juega papel fundamental.

En el equipo humano dedicado a la atención quirúrgica la enfermera ocupa un lugar de igual importancia a la del cirujano, con funciones que son interdependientes y complementarias. La atención de enfermería quirúrgica está a cargo de enfermeras profesionales, o sea de formación universitaria, con creciente exigencia de estudios de especialización, quienes tienen bajo su cargo o supervisión a toda una diversidad de personal profesional, técnico y administrativo que posee importantes funciones de manejo directo o indirecto del paciente. La enfermera cumple una labor directiva, coordinadora y de ejemplo, y es ella quien realmente determina el nivel asistencial de un servicio quirúrgico.

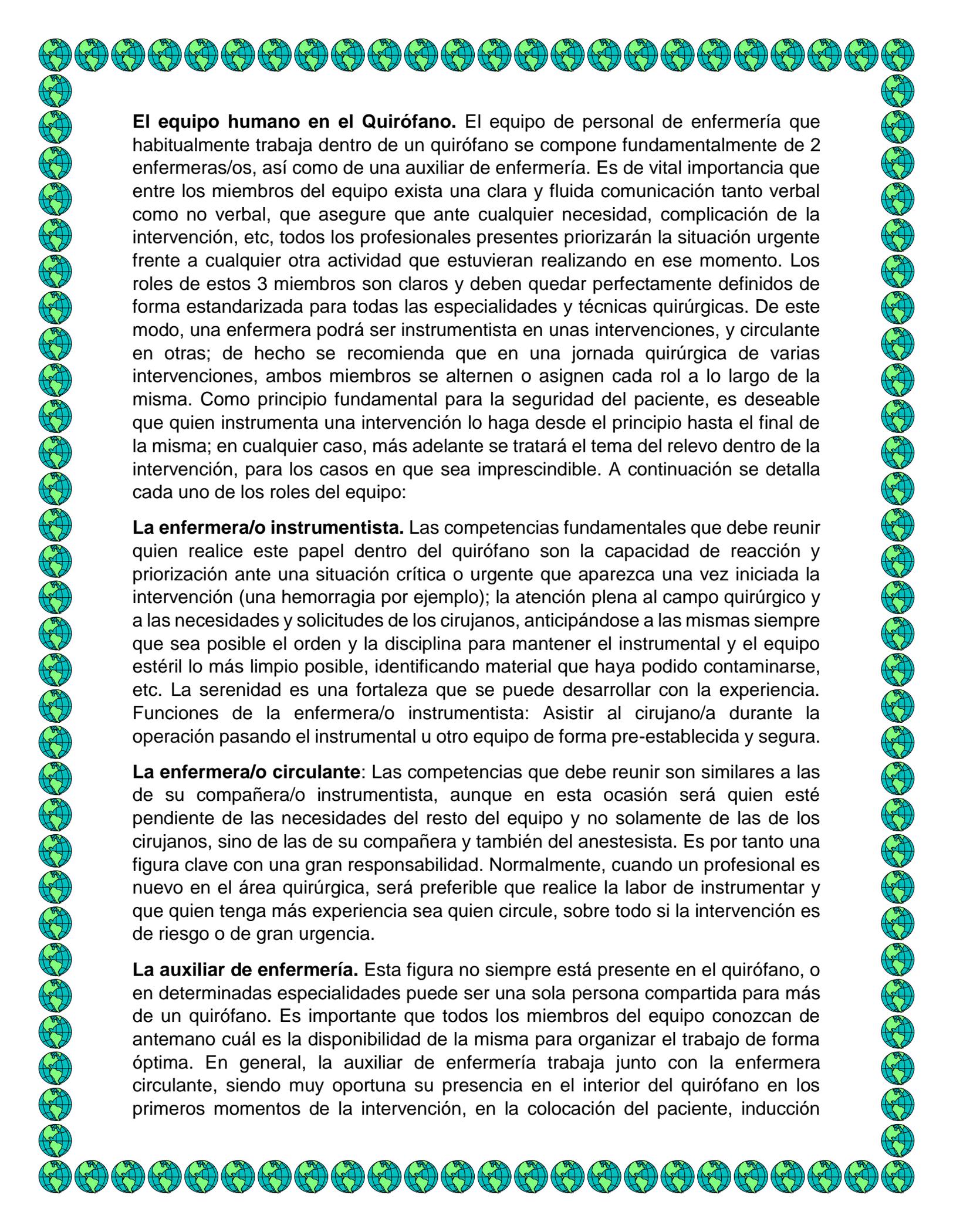
Así mismo, porque la enfermera es quien realmente cuida en forma permanente y continua del paciente, y porque es ella quien mantiene el más íntimo contacto, se convierte en la persona que mejor transmite la imagen y el espíritu de un hospital. Se reconoce que en una institución hospitalaria de alto nivel son las acciones de enfermería las que más honda repercusión tienen, en última instancia, sobre la calidad de la atención médica, y las que mejor son percibidas por la comunidad, representada por el paciente y sus allegados, o sea que su actuación es interpretada, más que la de ninguno otro de los participantes, como indicador por excelencia de calidad.

Es por ello que la enfermería debe ser reconocida en el hospital moderno como el elemento humano fundamental para el buen éxito de su operación. Y es por ello que la enfermería, tal vez más que ninguna otra profesión femenina, será cada vez más cotizada y habrá de ascender rápidamente en el escalafón de importancia en la sociedad, perfilándose como una de las de mayor desarrollo en el futuro próximo.

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 anesthesiólogo es un prerrequisito 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.

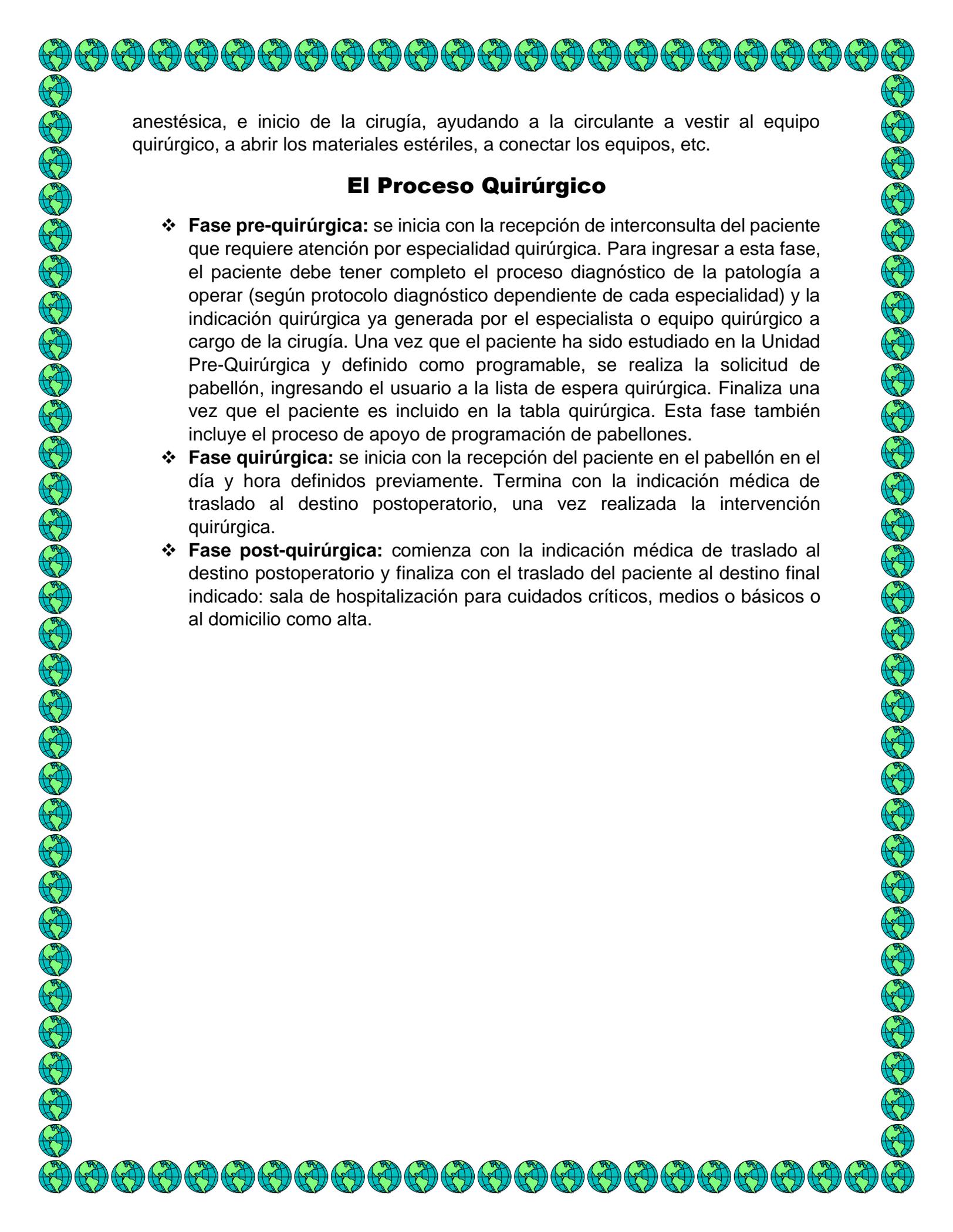
A decorative border consisting of a continuous line of small, stylized globe icons in shades of blue and green, framing the entire page.

El equipo humano en el Quirófano. El equipo de personal de enfermería que habitualmente trabaja dentro de un quirófano se compone fundamentalmente de 2 enfermeras/os, así como de una auxiliar de enfermería. Es de vital importancia que entre los miembros del equipo exista una clara y fluida comunicación tanto verbal como no verbal, que asegure que ante cualquier necesidad, complicación de la intervención, etc, todos los profesionales presentes priorizarán la situación urgente frente a cualquier otra actividad que estuvieran realizando en ese momento. Los roles de estos 3 miembros son claros y deben quedar perfectamente definidos de forma estandarizada para todas las especialidades y técnicas quirúrgicas. De este modo, una enfermera podrá ser instrumentista en unas intervenciones, y circulante en otras; de hecho se recomienda que en una jornada quirúrgica de varias intervenciones, ambos miembros se alternen o asignen cada rol a lo largo de la misma. Como principio fundamental para la seguridad del paciente, es deseable que quien instrumenta una intervención lo haga desde el principio hasta el final de la misma; en cualquier caso, más adelante se tratará el tema del relevo dentro de la intervención, para los casos en que sea imprescindible. A continuación se detalla cada uno de los roles del equipo:

La enfermera/o instrumentista. Las competencias fundamentales que debe reunir quien realice este papel dentro del quirófano son la capacidad de reacción y priorización ante una situación crítica o urgente que aparezca una vez iniciada la intervención (una hemorragia por ejemplo); la atención plena al campo quirúrgico y a las necesidades y solicitudes de los cirujanos, anticipándose a las mismas siempre que sea posible el orden y la disciplina para mantener el instrumental y el equipo estéril lo más limpio posible, identificando material que haya podido contaminarse, etc. La serenidad es una fortaleza que se puede desarrollar con la experiencia. Funciones de la enfermera/o instrumentista: Asistir al cirujano/a durante la operación pasando el instrumental u otro equipo de forma pre-establecida y segura.

La enfermera/o circulante: Las competencias que debe reunir son similares a las de su compañera/o instrumentista, aunque en esta ocasión será quien esté pendiente de las necesidades del resto del equipo y no solamente de las de los cirujanos, sino de las de su compañera y también del anestesista. Es por tanto una figura clave con una gran responsabilidad. Normalmente, cuando un profesional es nuevo en el área quirúrgica, será preferible que realice la labor de instrumentar y que quien tenga más experiencia sea quien circule, sobre todo si la intervención es de riesgo o de gran urgencia.

La auxiliar de enfermería. Esta figura no siempre está presente en el quirófano, o en determinadas especialidades puede ser una sola persona compartida para más de un quirófano. Es importante que todos los miembros del equipo conozcan de antemano cuál es la disponibilidad de la misma para organizar el trabajo de forma óptima. En general, la auxiliar de enfermería trabaja junto con la enfermera circulante, siendo muy oportuna su presencia en el interior del quirófano en los primeros momentos de la intervención, en la colocación del paciente, inducción

A decorative border consisting of a continuous line of small globe icons, each showing a different view of the Earth, surrounding the text.

anestésica, e inicio de la cirugía, ayudando a la circulante a vestir al equipo quirúrgico, a abrir los materiales estériles, a conectar los equipos, etc.

El Proceso Quirúrgico

- ❖ **Fase pre-quirúrgica:** se inicia con la recepción de interconsulta del paciente que requiere atención por especialidad quirúrgica. Para ingresar a esta fase, el paciente debe tener completo el proceso diagnóstico de la patología a operar (según protocolo diagnóstico dependiente de cada especialidad) y la indicación quirúrgica ya generada por el especialista o equipo quirúrgico a cargo de la cirugía. Una vez que el paciente ha sido estudiado en la Unidad Pre-Quirúrgica y definido como programable, se realiza la solicitud de pabellón, ingresando el usuario a la lista de espera quirúrgica. Finaliza una vez que el paciente es incluido en la tabla quirúrgica. Esta fase también incluye el proceso de apoyo de programación de pabellones.
- ❖ **Fase quirúrgica:** se inicia con la recepción del paciente en el pabellón en el día y hora definidos previamente. Termina con la indicación médica de traslado al destino postoperatorio, una vez realizada la intervención quirúrgica.
- ❖ **Fase post-quirúrgica:** comienza con la indicación médica de traslado al destino postoperatorio y finaliza con el traslado del paciente al destino final indicado: sala de hospitalización para cuidados críticos, medios o básicos o al domicilio como alta.