



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del alumno: Adriana de Jerónima Hernández Deara.

Nombre del profesor: EQX Pedro Alejandro Bravo Hernández.

Nombre del trabajo: Unidad IV El enfermo Oncológico

Enfermería Médico quirúrgico.

Grado: 5° cuatrimestre

Carrera: LIC. EN ENFERMERIA.

PASIÓN POR EDUCAR

Ocosingo Chiapas a 10 de abril del 2021

4.1 CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON QUIMIOTERAPIA

QUIMIOTERAPIA: Es una terapia empleada en el tratamiento del cáncer, consiste en emplear diferentes fármacos para destruir las células cancerígenas y reducir o eliminar completamente la enfermedad.

El tratamiento quimioterapico está destinado a eliminar a las células mientras están en procesos de división, cuanto mayor sea la velocidad de división de las células más sensible serán los tratamientos

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.

La quimio terapia no siempre suele ser el único tratamiento de cáncer ya que suele combinar con cirugía y la radioterapia. Según la finalidad y la combinación farmacológica, se distingue los siguientes tipos de quimioterapia.

- ✚ Curativa
- ✚ Paliativa
- ✚ Adyuvante
- ✚ Neoadyuvante o de induccion.

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.

Cuidados de enfermería antes de la quimioterapia:

- ✚ Valorar peso, talla y S.V
- ✚ Conocimiento del tratamiento
- ✚ Selección del acceso vascular
- ✚ Premedicacion

Cuidados de enfermería durante la administración:(Prevenir y controlar complicaciones)

- ✚ Disminuir el riesgo de flebitis y extravacasion
- ✚ Proteger la función renal, vesical y metabólica
- ✚ Controlar náuseas y vómitos
- ✚ Informar sobre el cansancio

- ✚ Atención a la toxicidad: conocer los signos de toxicidad del agente quimioterapéutico que se está usando, informar de forma anticipada que puede experimentar molestias.
- ✚ Valorar el estado de la mucosa oral.
- ✚ Vigilar el estado nutricional del paciente y su equilibrio electrolítico.
- ✚ Atención a la comunicación: Dar información adecuada al paciente y su familia, en lugar apropiado sin prisas y de forma relajada, se exige gran sensibilidad y tener en cuenta la opinión de la familia.
- ✚ Apoyo psicológico: Valorar el estado de ansiedad, miedo, angustia que el paciente puede estar padeciendo.

4.2 CUIDADOS DE ENFERMERIA EL 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 molestia. El dolor puede ser agudo o sordo puede ser intermitente o ser constante.

La multidimensionalidad del dolor implica la necesidad de una intervención interdisciplinar, integral y coordinada entre los diferentes profesionales que forman los equipos asistenciales. 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. 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.

Evolución del dolor:

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.

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.

1.-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.

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.

2.-Valorar factores que aumentan y disminuyen la tolerancia al dolor y planificar las intervenciones:

- ✚ 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. 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.

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.

- + Fármacos.
- + 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”.

- + 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. 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.
- ✚ 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: 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. Por 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 accesos de mayor intensidad, las acciones que facilitan o reducen la percepción del dolor, etc., necesarios para la elección de los fármacos y el ajuste de dosis.

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.

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: 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.

- ✚ 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
- ✚ 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: 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.
- ✚ 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.

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.

ASPECTOS GENERALES DEL USO DE ANALGÉSICOS:

- ✚ Nunca se debe usar placebos, además de representar un comportamiento éticamente discutible, facilita la desconfianza del enfermo en el tratamiento y en el equipo de salud.
- ✚ La potencia del analgésico a utilizar la determinará la intensidad del dolor no el diagnóstico ni el pronóstico de la enfermedad.

- ✚ Siempre que sea posible se usará la vía oral, no obstante, se debe adecuar la elección en función de las características del paciente, del dolor y de las opciones terapéuticas, debiéndose elegir aquellas vías que ofrezcan la mayor eficacia en el control del síndrome doloroso.
- ✚ La percepción del dolor ejerce un efecto de “recuerdo permanente” de la enfermedad. Reducir esa percepción disminuye la cascada de anticipación y de sufrimiento que el dolor
- ✚ Hay que incrementar los esfuerzos de educación y formación de la población, en general, y, también, de los profesionales, en particular.

4.3 EL ENFERMO EN ESTADO DE SHOK

El estado de shock (choque) ha causado motivo de incertidumbre, investigación, discusión y cambios continuos en la terminología y fisiopatología, por tal motivo ha sido y será un reto para la enfermera (o) estar actualizada en los nuevos conceptos del estado de shock.

Concepto: Es un estado fisiopatológico que reúne una cantidad de síntomas y signos, los cuales manifiestan una inadecuada perfusión tisular.

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.

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:

- ✚ 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.

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

Cuadro clínico:

- ✚ 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:

- ✚ 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.

- ✚ Incrementar la administración de oxígeno al miocardio, colocar dispositivos para proporcionar oxígeno suplementario.
- ✚ 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 respuesta antígeno O 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.

Cuadro clínico:

- ✚ 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 presentan los siguientes diagnósticos de enfermería:

- ✚ Estimular respiración: Colocar a los pacientes en una posición que favorezca la respiración.
- ✚ Favorecer la sustitución de volumen: Colocar catéteres periféricos cortos y de gran calibre 14 ó 16 y administrar rápidamente los líquidos prescritos.
- ✚ Controlar las molestias: Administración de medicamentos y limpieza de piel.
- ✚ Monitorizar.

Shock neurogénico:

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

Cuadro clínico:

- ✚ 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.

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

Shock séptico

El shock séptico es una manifestación fisiopatológica de la enfermedad inflamatoria multisistémica, y que habitualmente se acompaña de falla orgánica múltiple. Esta situación obedece en la mayoría de los casos a problemas de índole post-quirúrgico asociada a infección y/o a procesos infecciosos graves y que en la mayoría de los casos no son agudos.

Cuadro clínico:

- ✚ Presión arterial baja
- ✚ Brazos, piernas frías
- ✚ Palidez
- ✚ Escalofríos
- ✚ Dificultad para respirar
- ✚ Disminución de la producción de orina.

Cuidados de enfermería:

- ✚ Optimizar la oxigenación y ventilación
- ✚ Equilibrar la demanda y el aporte de O₂ al miocardio
- ✚ Mejorar la perfusión tisular
- ✚ Controlar y / o prevenir complicaciones
- ✚ Proporcionar apoyo emocional.

4.4 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, etc.
- ✚ La limpieza y la aspiración de lograr un grado cero de contaminación es otra condición sin que no se 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.
- ✚ El ecosistema del quirófano debe mantenerse a un nivel de contaminación mínimo por medio de una limpieza cuyos ritmos establecidos deberán observarse escrupulosamente.
- ✚ 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.

Áreas:

- ✚ **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 QUIRURGICO

La enfermería quirúrgica se conoce también como enfermería de cuidados médicoquirúrgicos. 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.

La atención quirúrgica tiene como objetivo primordial la seguridad del paciente y la salvaguarda de su dignidad humana. 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.

La enfermera cumple una labor directiva, coordinadora y de ejemplo, y es ella quien realmente determina el nivel asistencial de un servicio quirúrgico, 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. 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. 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.

Cinco funciones principales cumple en la actualidad la enfermera en las salas de cirugía:

-  Jefatura y supervisión de los quirófanos.
-  Instrumentación quirúrgica, con especialización en las disciplinas principales: cirugía general, cirugía cardiotorácica, cirugía vascular, neurocirugía, ortopedia, urología, oftalmología y otorrinolaringología.

- ✚ Enfermera circulante, labor que representa una verdadera dirección de orquesta durante la intervención quirúrgica.
- ✚ Enfermera de anestesiología, un campo relativamente novedoso que se refiere a la colaboración con la labor del anestesiólogo mediante el desempeño de funciones específicas.
- ✚ Gerencia de las salas de cirugía. La enfermera en los servicios quirúrgicos.

El Proceso Quirúrgico:

Distinguimos 3 fases en el proceso quirúrgico que incluye desde la preparación del paciente y del quirófano para garantizar el éxito de la intervención, el tiempo intraoperatorio y la labor del personal de enfermería en él, y por último de las primeras horas tras la intervención quirúrgica.

- ✚ En la primera fase trataremos la importancia de la verificación de los equipos e instrumentos a utilizar, garantizando su disponibilidad aun incluso cuando la intervención a priori pueda ser sencilla, pues el personal de enfermería debe considerar de antemano las posibles complicaciones y tener dispuestos los materiales oportunos por si alguna de estas ocurriera. En lo referente a la preparación del paciente, consideramos desde las horas previas a la cirugía, independientemente de que se trate de una cirugía mayor o ambulatoria, programada o urgente.
- ✚ En la segunda fase, el intraoperatorio, se tratarán las intervenciones abdominales y ginecológicas (cesárea) que es preciso conocer por acontecer en ocasiones de forma muy urgente, así como las técnicas y drogas empleadas en la anestesia del paciente, y las actuaciones principales durante la intervención (higiene de manos, instrumentación, recuento de gasas e instrumentos, uso de dispositivos específicos, etc.).
- ✚ En la tercera fase o del postoperatorio, abarcaremos desde la salida del paciente del quirófano y los cuidados oportunos de las primeras horas tras la intervención. Por último, en todas ellas abordaremos la importancia del registro de los acontecimientos y actividades relevantes que formarán parte de la historia clínica del paciente.