



Nombre de alumnos: Cristhian Nájera Jiménez.

Nombre del profesor: Mahonrry De Jesús Ruiz.

Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico "Unidad IV"

Materia: Enfermería Medico Quirúrgica.

Grado: 5to Cuatrimestre.

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 05 de Abril Del 2021.

UNIDAD IV

4.4 EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO

El quirófano es aquella sala o habitación que se halla en sanatorios hospitalares 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 y deberá estar situado en un lugar independiente respecto del resto de la institución médica.
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 anexo (vestuarios, oficinas).

AREAS DE QUIROFANO.

Área no restringida: El persona puede vestir ropa de calle, y el equipo portátil que aún no ha sido desinfectado debe permanecer en el área no restringida.
Área semirestringida: Aquí solo se puede tener acceso con ropa quirúrgica, es decir, pijama quirúrgico

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.

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 médico-quirúrgicos, 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.

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 prerrequisito en todo servicio quirúrgico.

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 aerospacial y la cirugía, la presencia de la enfermera da el toque profesional que garantiza la debida recepción del paciente a su llegada del servicio de hospitalización a través de la información clínica que le transmite la enfermera que tuvo a su cargo la preparación preoperatoria.

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.

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.

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 anestesiólogo, es por tanto una figura clave con una gran responsabilidad.

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 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.

Seguridad del paciente: La seguridad del paciente en el quirófano es un aspecto irrenunciable para todos los miembros del equipo, y por tanto aparecerá de forma transversal en cada uno de los apartados de este manual.

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 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 gases 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.

4.4.2 ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PREOPERATORIO.



Valoración prequirúrgica: La valoración proporciona datos básicos del paciente, iniciando con el sonometría, cifras de signos vitales, anamnesis, historia clínica, el estado nutricional, de hidratación, etc.

Historia clínica: Es importante hacer un interrogatorio completo que incluya datos que deberán tomarse en cuenta y algunos documentarse con fechas, los cuales pueden dar la pauta y prevenir de complicaciones trans y post-operatorias.

Consentimiento del paciente para la práctica de la cirugía Para la intervención quirúrgica del paciente se debe obtener una autorización, y para que ésta tenga validez, debe contener tres criterios básicos: La decisión del paciente debe ser voluntaria, El paciente debe estar informado, El paciente debe ser competente (en pleno uso de sus facultades).

Preparación del paciente para la cirugía Una vez evaluado el paciente de acuerdo al procedimiento quirúrgico que se le va practicar, se prepara el equipo necesario para llevar a efecto los procedimientos de determinación de signos vitales, tricotomía de la zona quirúrgica, instalación de venoclisis, sondas y administración de medicamentos preanestésicos.

Enema: En los pacientes que van a ser sometidos a cirugía abdominal, pélvica o perineal mayor se realiza la evacuación del intestino. La preparación del intestino se realiza para prevenir lesión del colon, para lograr una buena visualización del área y reducir el número de bacterias intestinales. Una forma práctica y rápida es la aplicación de enema por irrigación, para esto se utiliza un equipo desechable el cual ya cuenta con cánula prelubricada.

Venoclisis: La instalación de venoclisis se inicia antes de la cirugía, y la elección de líquidos y electrolitos será de acuerdo a las necesidades del paciente, es importante la elección del sitio de venopunción, debe ser en un sitio donde no exista riesgo de infiltración y que permita el flujo adecuado.

Sondeo: Al paciente sometido a cirugía general abdominal de vías genitourinarias, ortopédicas y gineco-obstétrica, suele indicársele la instalación de sonda urinaria a permanencia, con el propósito de conservar la vejiga vacía y valorar la función renal. La sonda Foley de látex revestida de teflón y de silicona, ofrecen mayor confianza en su instalación, poseen más

Medicamentos pre-operatorios: La selección de los medicamentos preanestésicos se basa en la edad del paciente, estado físico y psicológico, antecedentes patológicos y el tratamiento medicamentoso que está recibiendo el paciente. Los preanestésicos se administran para disminuir la ansiedad y facilitar la inducción de la anestesia e inhibir las secreciones gástricas y faríngeas.

Higiene: El propósito de la práctica del aseo corporal antes de la cirugía, es eliminar las impurezas y microbios que se encuentran en la piel e inhibir su proliferación. El baño con agua tibia ayuda al paciente a sentirse cómodo y relajado. El paciente prequirúrgico requiere ser desmaquillado y sobre todo despintar las uñas de esmalte de las manos y de los pies, con la finalidad de estar valorando el llenado capilar y datos de cianosis.

Objetos de valor y prótesis: El paciente no debe portar alhajas al ingresar al quirófano (los objetos metálicos pueden producir quemaduras cuando se utiliza bisturí eléctrico), las joyas y objetos de valor se deben etiquetar con los datos del paciente y resguardar de acuerdo a las políticas institucionales o entregarse a los familiares con una relación y descripción de los mismos, de preferencia con firma de recibido y en presencia de un testigo, las prótesis dentales se deben retirar para evitar que se desplacen hacia la garganta.

Lista de verificación pre-operatoria: La lista de verificación pre-operatoria sirve para confirmar que la técnica quirúrgica planeada y realizada con un mínimo de error en su preparación, se auxilia de toda la documentación y del expediente clínico.

4.4.4 ATENCION DE ENFERMERIA EN EL POST-OPERATORIO.

Es el tiempo que transcurre desde que el paciente concluye su participación en la cirugía extendiéndose hasta que es dado de alta, para su recuperación total o para que continúe su recuperación en su domicilio, con una finalidad didáctica se divide en inmediato y mediano. Inmediato Se extiende desde la colocación del apósito en la herida quirúrgica extendiéndose hasta que los signos vitales se encuentren en los estándares establecidos. Mediano.-Parte cuando ya se ha estabilizado los signos vitales del paciente extendiéndose hasta que sea dado de alta o logre su recuperación total.

1.-Preparar la unidad de recuperación del paciente. FUNDAMENTACIÓN: Es disponer de recursos físicos y humanos que existan en el hospital, ya que esto aumenta los estándares de calidad en la atención al paciente recién egresado de la cirugía.

2.-Recibir al paciente con el expediente clínico correcto. FUNDAMENTACIÓN: La realización del equipo de salud influye en el paciente, el tener los conocimientos físicos sobre el estado en el que es recibido el paciente (técnica, duración, fármacos administrados, anestesia utilizada, cuenta con drenaje, apósito etc) contribuye a la realización de plan de cuidados para el paciente posquirúrgico.

3.-Colocar y proteger al paciente en la posición indicada o requerida. FUNDAMENTACIÓN: La posición del paciente se determina a partir de dos factores los cuales son anestesia inducida y el tipo de cirugía que fue realizado, así que el cambio de posición favorece la respiración y la circulación de la sangre en el cuerpo.

4.-Mantener vías respiratorias permeables. FUNDAMENTACIÓN: El reflejo faríngeo como laríngeo al ser recuperados fomenta el control de la lengua, tos y deglución.

5.-Conectar y mantener el funcionamiento de los equipos de drenaje, succión etc. FUNDAMENTACIÓN: El mantener la instalación de aparatos en el paciente genera un buen control y cubrimiento de las necesidades fisiológicas del mismo.

6.-Control y registro de los signos vitales. FUNDAMENTACIÓN: La anestesia y la pérdida de los líquidos en el paciente contribuyen en la alteración de los signos vitales.

7.-Participar en la administración de líquidos parenterales y terapéuticos de restitución. FUNDAMENTACIÓN: La restitución la pérdida hídrica se basa en estado clínico, peso, el equilibrio hídrico, hematocrito y química sanguínea primordialmente.

8.-Tranquilizar al paciente. FUNDAMENTACIÓN: La tranquilidad del paciente va a depender del nulo dolor, las complicaciones después de la cirugía, la posición que adopte y el aseo personal.

9.-Detección de manifestaciones clínicas. FUNDAMENTACIÓN: 10.-Enviar al paciente al servicio correspondiente. FUNDAMENTACIÓN: La recuperación y el control de los signos vitales, delimitan el periodo después de la cirugía, haciendo énfasis en el inmediato.

11.-Registrar los procedimientos realizados, estado del paciente y problemas presentados. FUNDAMENTACIÓN: Todo esto para llevar un control e identificar las situaciones que puede correr peligro el paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PERIODO POSOPERATORIO MEDIATO.

1.-Continuar con acciones 6, 7, 8, y 9 mencionadas en el periodo inmediato, y vigilando constantemente la herida y practicar la curación del mismo.

2.-Ayudar a la ambulación del paciente. FUNDAMENTACIÓN: La ambulación temprana evita complicaciones futuras. La aplicación de la mecánica corporal influye en el adecuado funcionamiento gastrointestinal y la correcta circulación de la sangre.

3.-Participar o colaborar en la dietoterapia. FUNDAMENTACIÓN: La dieta prescrita depende del tipo de cirugía practicada y de las necesidades que tenga el paciente. Todo para el restablecimiento de la peristalsis intestinal.

4.-Atención a la diuresis. FUNDAMENTACIÓN: La supresión urinaria después de la cirugía es consecuencia del estrés causado por la intervención quirúrgica, la posición y la presencia de espasmo en el meato urinario.

5.-Atención a las complicaciones. FUNDAMENTACIÓN: Pueden ser menores (náuseas, vómito, distensión abdominal etc.) o mayores (disminución del retorno venoso, embolia etc.). La presencia de complicaciones involucra de tal forma al paciente que prolonga su estancia.

6.-Enviar al paciente al servicio correspondiente. FUNDAMENTACIÓN: La recuperación y el control de los signos vitales, delimitan el periodo después de la cirugía, haciendo énfasis en el inmediato.

7.-Instruir al paciente y al familiar sobre indicaciones específicas según el tipo de intervención, cuidados generales y el proceso de cicatrización. FUNDAMENTACIÓN: Es necesario seguir con los mismos cuidados hacia el paciente y con los cuidados generales ya que de esta forma se pueden identificar posibles problemas que puedan implicar el estado de salud del paciente.