

Nombre del alumno:

Ingrid Karen Morales Morales

Nombre del profesor:

Lic. Rubén Eduardo García Domínguez

Licenciatura:

Enfermería, Grupo “B,” 5to Cuatrimestre - Domingo

Materia:

Enfermería Médico Quirúrgica I

Nombre del trabajo:

Mapa conceptual del tema:

“Unidad III Y Unidad IV”

ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO HIDROELÉCTRICO Y ACIDO BASE

Los conocimientos actuales sobre los mecanismos que poseen las células para relacionarse con el medio extracelular y también entre las distintas estructuras intracelulares permiten una explicación más lógica de lo que sucede durante la hipovolemia, sea que ésta se produzca por deshidratación o por una distribución anómala del volumen intravascular.

Durante la

Enfermedad diarreica aguda se pierden líquidos y electrolitos en forma obligada por la vía intestinal y, secundariamente, se pueden perder también por la vía gástrica a través de los vómitos.

Son tres los mecanismos por los cuales

Se pueden perder líquidos por la vía intestinal en la diarrea acuosa.

Estos son

Primero: por aumento exagerado de la secreción intestinal, como sucede con el estímulo del canal de cloro CFTR (regulador transmembranoso de la fibrosis quística) en la vellosidad intestinal, predominantemente en la cripta por medio de enterotoxinas (*Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* entero-toxigénica, rotavirus).

Segundo: por bloqueo en la absorción intestinal por destrucción de los enterocitos de la vellosidad (rotavirus, *Shigella*) o por destrucción de las micro-vellosidades de los enterocitos (*Cryptosporidium*, *E. coli* enteropatógena y *E. coli* enteroadherente).

Tercero: por un mecanismo mixto de enterotoxinas que estimulan al canal de cloro CFTR y a la citotoxina que produce apoptosis de los enterocitos de la vellosidad intestinal (shigellosis).

Alteraciones del plasma durante la deshidratación

PERDIDA DE AGUA

La pérdida de agua

Se puede estimar de acuerdo con los cambios en el peso corporal o con los signos y síntomas que presenta el paciente.

Se llama deshidratación

TRANSTORNOS EN LOS NIVELES SERICOS DE SODIO

Se consideran

Normales los valores séricos de sodio de 135 a 145 mmol/L.

Anormalidades

TRANSTORNOS EN LOS NIVELES SERICOS DE POTASIO

Se consideran

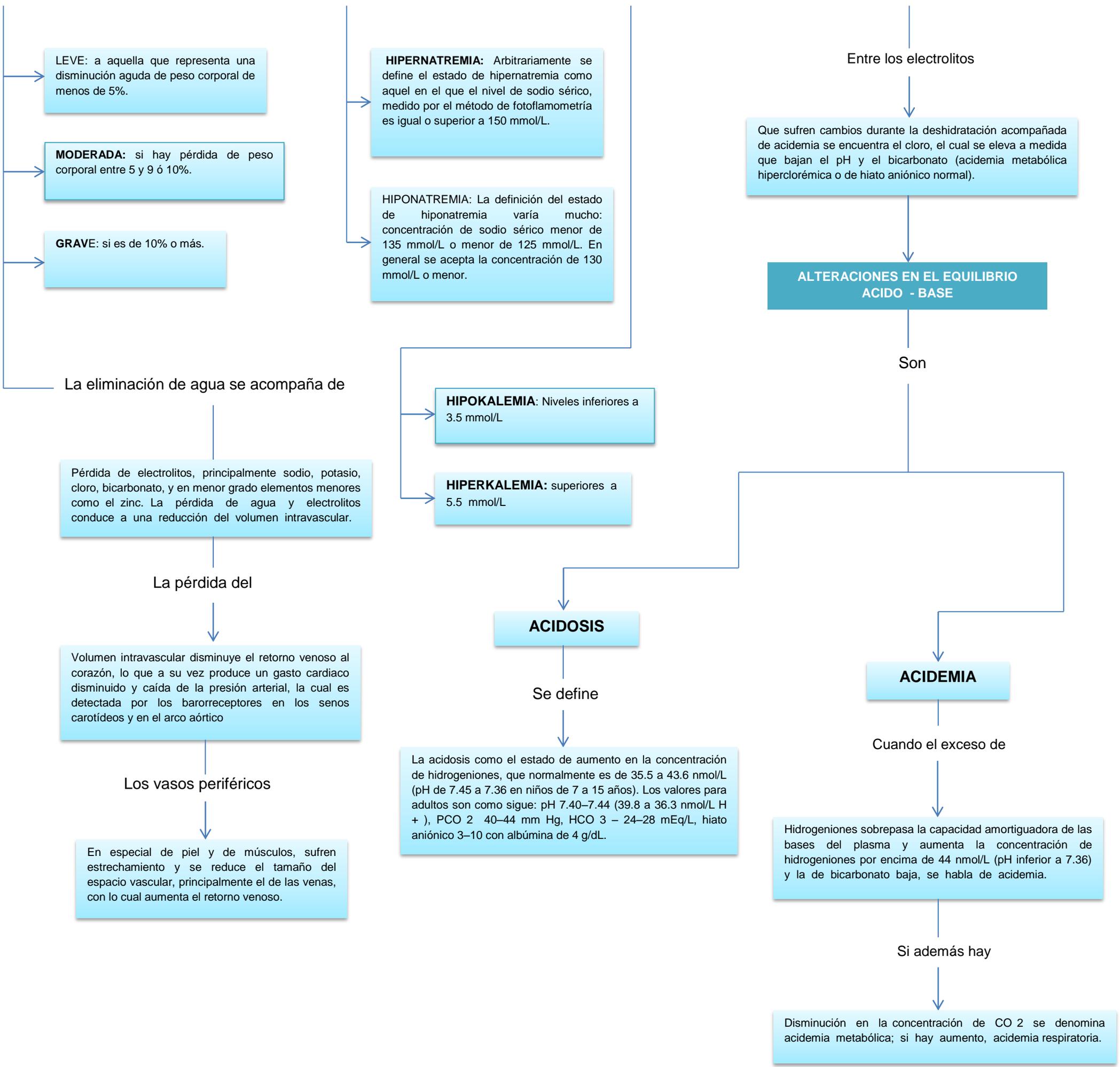
Valores normales de potasio sérico de 3.5 a 5.5 mmol/L.

Anormalidades

ALTERACIONES EN LA CONCENTRACION SERICA DE CLORO

La concentración

Sérica de cloro en todas las edades es de 98 a 119 mmol/L.



Entre los electrolitos

Que sufren cambios durante la deshidratación acompañada de acidemia se encuentra el cloro, el cual se eleva a medida que bajan el pH y el bicarbonato (acidemia metabólica hiperclorémica o de hiato aniónico normal).

ALTERACIONES EN EL EQUILIBRIO ACIDO - BASE

Son

ACIDOSIS

Se define

La acidosis como el estado de aumento en la concentración de hidrogeniones, que normalmente es de 35.5 a 43.6 nmol/L (pH de 7.45 a 7.36 en niños de 7 a 15 años). Los valores para adultos son como sigue: pH 7.40-7.44 (39.8 a 36.3 nmol/L H⁺), PCO₂ 40-44 mm Hg, HCO₃⁻ 24-28 mEq/L, hiato aniónico 3-10 con albúmina de 4 g/dL.

ACIDEMIA

Cuando el exceso de

Hidrogeniones sobrepasa la capacidad amortiguadora de las bases del plasma y aumenta la concentración de hidrogeniones por encima de 44 nmol/L (pH inferior a 7.36) y la de bicarbonato baja, se habla de acidemia.

Si además hay

Disminución en la concentración de CO₂ se denomina acidemia metabólica; si hay aumento, acidemia respiratoria.

LEVE: a aquella que representa una disminución aguda de peso corporal de menos de 5%.

MODERADA: si hay pérdida de peso corporal entre 5 y 9 ó 10%.

GRAVE: si es de 10% o más.

HIPERNATREMIA: Arbitrariamente se define el estado de hipernatremia como aquel en el que el nivel de sodio sérico, medido por el método de fotoflamometría es igual o superior a 150 mmol/L.

HIPONATREMIA: La definición del estado de hiponatremia varía mucho: concentración de sodio sérico menor de 135 mmol/L o menor de 125 mmol/L. En general se acepta la concentración de 130 mmol/L o menor.

HIPOKALEMIA: Niveles inferiores a 3.5 mmol/L

HIPERKALEMIA: superiores a 5.5 mmol/L

La eliminación de agua se acompaña de

Pérdida de electrolitos, principalmente sodio, potasio, cloro, bicarbonato, y en menor grado elementos menores como el zinc. La pérdida de agua y electrolitos conduce a una reducción del volumen intravascular.

La pérdida del

Volumen intravascular disminuye el retorno venoso al corazón, lo que a su vez produce un gasto cardiaco disminuido y caída de la presión arterial, la cual es detectada por los barorreceptores en los senos carotídeos y en el arco aórtico

Los vasos periféricos

En especial de piel y de músculos, sufren estrechamiento y se reduce el tamaño del espacio vascular, principalmente el de las venas, con lo cual aumenta el retorno venoso.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Las dietas hospitalarias ocupan un espacio delicado por naturaleza: representan uno de los grandes retos de la gestión hospitalaria, tanto a nivel de costes como de logística, y a la vez es uno de los puntos más importantes a la hora de valorar los servicios recibidos por parte del paciente.

Las dietas hospitalarias son

Planes de alimentación mediante los cuales se seleccionan los alimentos más adecuados, para garantizar que un enfermo hospitalizado mantenga o alcance un estado de nutrición óptimo. Pueden perseguir un efecto terapéutico, de mantenimiento o preventivo.

Hay enfermos

Que no necesitan un régimen dietético especial, debido a que no tiene déficits nutricionales ni su enfermedad demanda el control de determinados nutrientes. En esos casos se aplicaría lo que se denomina dieta basal o normal.

Cuando una persona

Presenta necesidades nutricionales específicas, entonces se aplica una dieta terapéutica, que no es más que un plan de alimentación adaptado a las características del enfermo y que es parte importante de su tratamiento médico.

Tipos de dietas terapéuticas

DIETAS DE PROGRESIÓN

Son

DIETA LÍQUIDA: indicada a las personas que necesitan muy poca estimulación gastrointestinal o que estén pasando de la alimentación parental a la oral. Está compuesta por alimentos líquidos a una temperatura ambiental, por ejemplo, un caldo.

DIETAS CON RESTRICCIÓN CALORICA

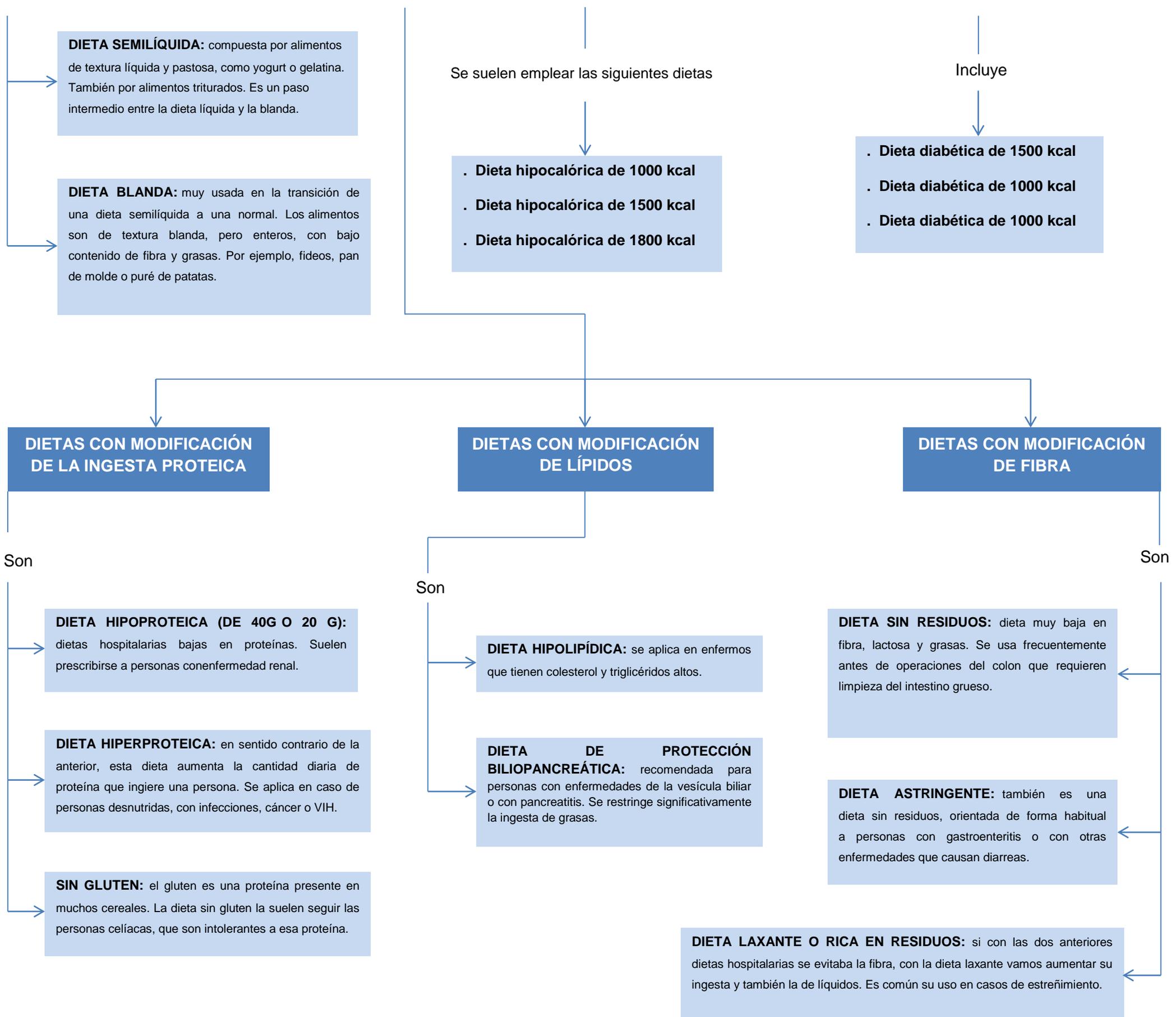
Empleadas habitualmente en

Personas obesas o con sobrepeso. Se restringe la ingesta calórica, pero cuidando la aportación de nutrientes esenciales.

DIETAS CON RESTRICCIÓN GLUCÉMICA

Aunque también

Se restringe la cantidad de calorías diarias, la restricción se hace fundamentalmente sobre la ingesta de carbohidratos.



NUTRICION PARENTERAL Y ENTERAL

PARENTERAL

Es el suministro de

Nutrientes como: Carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales, electrolitos y oligoelementos que se aportan al paciente por vía intravenosa.

Cuando

Por sus condiciones de salud no es posible utilizar las vías digestivas normales y con el propósito de conservar o mejorar su estado nutricional.

Se divide en

NUTRICIÓN PARENTERAL PARCIAL O PERIFERICA

La concentración de dextrosa es menor para proporcionar una fórmula que sea menos hiperosmolar, Para evitar la trombosis venosa.

NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL O CENTRAL

También se menciona a esta terapéutica como hiperalimentación.

Objetivos

.Proporcionar una cantidad y calidad suficiente de sustancias nutritivas por vía intravenosa, para llevar a cabo los procesos anabólicos y promover el aumento de peso en algunos casos.

.Mantener un balance positivo de líquidos y nitrógeno.

.Mantener la masa muscular y proporcionar calorías para las demandas metabólicas.

.Estados de malnutrición pre y post-operatorias, íleo, fístulas entéricas, síndrome de malabsorción, enfermedad inflamatoria del intestino, disminución del intestino delgado, pancreatitis, etc.

.Pacientes con grandes pérdidas de nitrógeno, quemaduras severas y pacientes que están bajo tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

.Pacientes con sepsis, trauma múltiple e insuficiencia renal.

.Pacientes con más de 5 días de ayuno o con problemas neurológicos con impedimento para utilizar el tubo digestivo.

.Pacientes con problemas durante el embarazo (hiperemesis gravídica).

ENTERAL

Los nutrimentos esenciales para

Proporcionar un funcionamiento adecuado del organismo humano son: Carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Cuando al paciente no es posible aportarle los nutrimentos por la vía oral, es necesario utilizar otros métodos alternativos, como la alimentación enteral o por sonda. Con la cual se realiza la introducción de nutrientes directamente al estómago

A corto plazo

SONDA INTRAGÁSTRICA O NASOGÁSTRICA: Es la alimentación por medio de la introducción de una sonda a través de la nariz o boca (bucogástrica) hasta el estómago.

SONDA NASODUODENAL O NASOYEYUNAL: Es la alimentación por medio de la introducción de una sonda a través de la nariz hasta el interior de duodeno o yeyuno.

A largo plazo

GASTROSTOMÍA: Inserción de una sonda en la pared interior del estómago en forma quirúrgica (estoma, ya sea temporal o permanente) por la cual se permite introducir el alimento.

YEYUNOSTOMÍA: Inserción de la sonda en la pared del yeyuno, la forma quirúrgica (estoma) permite el acceso directo del alimento al yeyuno.

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (GEP): Es un método en el que a través del endoscopio se visualiza el interior del estómago, el cirujano realiza una punción en la piel y en el tejido subcutáneo del abdomen e inserta una sonda de GEP en el estómago. La sonda tiene dos toques: Un interno y un externo, además cuenta con un globo inflable de retención que permite mantenerla fija.

Indicados en

Indicado para

1. Enfermedad y/o cirugía gastrointestinal.
2. Estados hipermetabólicos (quemaduras, traumatismos múltiples, infecciones cáncer).
3. Ciertos trastornos neurológicos (accidente vascular cerebral, coma).
4. En pacientes post-quirúrgicos de cirugía de cabeza, cuello y esófago.

GASOMETRIA Y OXIGENOTERAPIA

GASOMETRIA

Es

Un tipo de prueba médica que se realiza extrayendo sangre de una arteria para medir el pH de la sangre, la presión parcial de dióxido de carbono (pCO_2) y oxígeno (pO_2), y el nivel de bicarbonato.

Se requiere

La perforación de una arteria con una aguja fina y una jeringa para extraer un pequeño volumen de sangre.

El sitio más común de

Punción es la arteria radial de la muñeca, pero a veces se utiliza la arteria femoral en la ingle u otras zonas.

El examen generalmente se

Realiza en personas que tienen problemas respiratorios, como el enfisema y el asma, para evaluar la absorción de oxígeno de la sangre, y es una prueba que también se puede utilizar para evaluar la función renal.

ALTERACIONES EN EL EQUILIBRIO ACIDO - BASE

Son

Acidosis respiratoria: una respiración comprometida hace que el CO_2 no pueda salir del cuerpo, y por lo tanto aumenta en la sangre la concentración de CO_2 y el pH disminuye. Las posibles causas incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o la neumonía.

Alcalosis respiratoria: un aumento de la respiración elimina más CO_2 , lo que permite que la concentración de CO_2 en sangre disminuya y el pH aumente. Las posibles causas incluyen hiperventilación, dolor y ciertas enfermedades pulmonares.

Acidosis metabólica: es un pH bajo junto con una disminución de la concentración de bicarbonato en la sangre. Las posibles causas incluyen una diabetes mellitus no regulada y problemas renales graves.

Alcalosis metabólica: hay un aumento del pH con un aumento de la concentración de bicarbonato en la sangre. La posible causa son los vómitos prolongados.

OXIGENOTERAPIA

Es

La administración de oxígeno a los pulmones por medio de algún dispositivo, cuando la persona no puede hacerlo por si misma

El oxígeno es

Esencial para el funcionamiento celular. Una oxigenación insuficiente conduce a la destrucción celular y a la muerte. Los órganos más susceptibles a la falta de oxígeno son el cerebro, las glándulas suprarrenales, el corazón, los riñones y el hígado.

Objetivos de la oxigenoterapia

- .Tratar la hipoxemia.
- .Disminuir el esfuerzo respiratorio.
- .Disminuir la sobrecarga cardiaca.

Equipos para proporcionar oxígeno

Flujo alto: los sistemas de flujo alto administran todos los gases a la concentración de oxígeno que se administra (FiO_2) preseleccionada. Estos sistemas no se ven afectados por los cambios en el patrón ventilatorio. Entre las cuales se encuentra la máscara de Venturi.

Flujo bajo: el paciente respira una cantidad de aire ambiental junto con el oxígeno. Para que el sistema sea eficaz, el paciente debe ser capaz de mantener un volumen corriente normal, tener un patrón respiratorio normal y ser capaz de cooperar. Los sistemas de flujo bajo son la cánula nasal, mascarilla de oxígeno simple, la mascarilla de respiración con bolsa de reserva.

Flujo mixto: utilizan técnicas de flujo bajo y alto. Entre estos se encuentran las campanas de oxígeno, los tubos en T y tiendas de oxígeno.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON QUIMIOTERAPIA

Los cuidados de

Enfermería que estos pacientes precisan, van siempre relacionados con los efectos secundarios originados por el tratamiento.

Sistemas corporales afectados

APARATO DIGESTIVO

Cuidados

NAUSEAS: Administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento (por prescripción. Después de administrar el citostático se pueden dar al paciente bebidas de cola,

VOMITOS: Si los vómitos son graves y prolongados es probable que aparezcan trastornos en el equilibrio electrolítico y deshidratación. Habrá que instaurar reposición por vía i. Desaconsejar comidas pesadas, grasientas, fritos, picantes, alimentos que produzcan gases o sensación de plenitud, alimentos con olores intensos, sabores fuertes, comidas muy calientes y el café o té

ESTREÑIMIENTO: Recomendar al paciente que tome alimentos ricos en fibra y residuos, para facilitar el tránsito intestinal (fruta con piel, verdura, cereal integral, ciruelas, higos...), que aumente la ingesta de líquidos y que tome zumo de naranja con aceite o una bebida templada o caliente, en ayunas.

DIARREA: 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.

SISTEMA EPITELIAL

Cuidados

ALOPECIA: El cuidado del cabello, durante el tratamiento, se realizará con champú de pH neutro con proteínas, para nutrir las células capilares y acondicionadoras cada 2-3 días, secando y peinando con delicadeza. Se utilizará un cepillo con cerdas blandas, dientes anchos para disminuir la tensión sobre el folículo piloso y se evitará el cepillado excesivo.

DERMATITIS, RASH CUTANEO E HIPERPIGMENTACION: Usar talquistina para calmar el prurito y evitar la exposición al sol (fotosensibilidad).

SISTEMA HEMATOLOGICO

Efectos

LEUCOPENIA: Aconsejarle que evite en lo posible pinchazos y cualquier otro tipo de traumatismo en la piel, por el riesgo de infecciones. Instaurar medidas de autocuidado en el paciente y la familia: baño diario, ambiente limpio y ventilado, cuidados de la boca y piel... Excluir la fruta y vegetales crudos de la dieta.

TROMBOCITOPENIA: Aplicar compresión adecuada tras la retirada de catéteres o punciones endovenosas o intramusculares. Evitar la administración de medicamentos por vía im y/o rectal. Si aparece epistaxis, realizar taponamiento de las fosas nasales. Desaconsejar al paciente el uso de ácido acetil salicílico. Evitar el uso de enemas por el riesgo de hemorragias.

ANEMIA: Valorar y vigilar principalmente la palidez cutánea, de lechos inguinales, conjuntiva, mucosa oral; disnea, taquicardia, vértigos; toma y valoración de constantes vitales. Aconsejar dieta nutritiva, rica en hierro, vitamina B-12 y ácido fólico. Administración de aportes suplementarios.

SISTEMA REPRODUCTOR

Cuidados

MUCOSITIS Y ESTOMATITIS: Se deberá informar al paciente sobre los distintos efectos de la quimioterapia sobre el tracto gastrointestinal y la boca. Al prolongarse su presencia durante días puede propiciar la aparición de sobreinfecciones provocadas por hongos y bacterias.

ESOFAGITIS Y DISFAGIA: Se pueden mitigar comiendo purés blandos, tomando líquidos abundantes y evitando especias, tabaco y alcohol.

ANOREXIA: 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).

AMENORREA, VAGINITIS, INFECCIONES FÚNGICAS Y ESTERILIDAD: Educación para la salud: Se instará a la paciente a que extreme las medidas de higiene locales. Proporcionar una orientación adecuada y anticipada a los posibles cambios. En cualquier tratamiento citostático debe evitarse el embarazo.

SISTEMA URINARIO

Cuidados

RETENCIÓN DE LÍQUIDOS, CISTITIS HEMORRÁGICA, ESCOZOR, DISURIA, HEMATURIA, INSUFICIENCIA RENAL (POLAQUIURIA, OLIGURIA, ANURIA Y EDEMAS):

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...)

SISTEMA NEUROLÓGICO

Cuidados

PARESTESIAS, CALAMBRES MUSCULARES, PERDIDA DE REFLEJOS TENDINOSOS, DOLORS NEURÁLGICOS, CANSANCIO, EUFORIA O DEPRESIÓN, ÍLEO PARALÍTICO, LETARGIA PROGRESIVA Y CONVULSIONES.

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.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Cuidados

TAQUIARRITMIA, MIOCARDITIS, PERICARDITIS, INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA Y FLEBITIS EN PUNTO DE INFUSIÓN:

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

SISTEMA RESPIRATORIO

Cuidados

TOS, DISNEA, DOLOR TORÁCICO, FIEBRE Y EXUDADO PULMONAR:
Detección de signos y síntomas relacionados con estos cuadros. Registrar en la historia de enfermería los cuidados e incidencias si las hubiera.

EL ENFERMO EN ESTADO DE SHOCK

Concepto

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

Tipos

HIPOVOLEMICO

Se produce por

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

Valoración 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.

DISTRIBUTIVO

Se clasifica en

CARDIOGENICO

Se produce cuando el

Corazón no puede bombear con eficacia la sangre, produciéndose por alteración del ventrículo derecho, izquierdo o ambos.

Manifestaciones clínicas

- .Presión arterial asistólica menor de 90 mmHg.
- .Frecuencia cardíaca mayor de 100 pulsaciones por minuto pulso débil y filiforme.
- .Disminución de los ruidos cardíacos.
- .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

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.

ANAFILACTICO

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

1. Cardiovasculares: Hipotensión y taquicardia.
2. Respiratoria: Nudo faríngeo, disfagia, ronquidos, estridor, sibilancias, estertores.
3. Cutáneas: Prurito, eritema, urticaria, angioedema.
4. Neurológicas: Somnolencias, inquietud, miedo, ansiedad, disminución del nivel de conciencia.
5. Gastrointestinales: Náuseas, vómitos y diarrea.
6. Genitourinarias: Incontinencia, metrorragias

Diagnóstico 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.

NEUROGENICO

Es el resultado de

La pérdida o supresión del tono simpático.

Manifestaciones clínicas

- .Hipotensión.**
- .Bradicardia.**
- .Hipotermia.**
- .Piel caliente y seca.**

Cuidados de enfermería

1. **Tratar la hipovolemia.**
2. **Mantener la normo termia.**
3. **Prevenir la hipoxia.**
4. **Vigilar las posibles arritmias.**
5. **Monitorizar.**

SEPTICO

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.

Este tipo de patología

Representa manejo especializado en las áreas de terapia intensiva, y de Urgencias, representa el manejo convencional de cualquier estado de choque, y representa la necesidad de transferencia inmediata.

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.

Condiciones y exigencias que debe observar

- .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.
- .La limpieza y la aspiración de lograr un grado cero de contaminación es otra condición que debe observar el quirófano y las habitaciones contiguas que se hayan anexo.
- .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. La limpieza de la sala de operaciones se hace varias veces al día, entre cada paciente.

Área quirúrgica

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.

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.

PERSONAL QUIRURGICO

PERIODOS QUIRURGICOS

Son

Cirujano: lleva a cabo la intervención. Sus responsabilidades son:

- . Dirigir la valoración médica preoperatorio.
- . Realizar la técnica operatoria.
- . Establecer el tratamiento postoperatorio del paciente. El cirujano ayudante colabora con el cirujano

Anestesiólogo: administra la anestesia. La actividad puede estar asumida por la enfermera circulante o por una tercera denominada de anestesia o de soporte.

Enfermera Circulante:

- . Prepara y coordina todo el acto quirúrgico.
- . Responsable de las funciones de enfermería no estériles dentro del quirófano.

Enfermera Instrumentista:

- . Tareas relacionadas con las técnicas que requieren esterilización en el quirófano.
- . Labor de instrumentación.
- . Colaboración directa con la cirugía.
- . Mantenimiento de la asepsia y esterilidad de materiales e instrumentos, así como conservación de la integridad y seguridad del campo quirúrgico.

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. 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.

Tiene tres fases

1.- PRE-OPERATORIO: es el lapso que transcurre desde una decisión para efectuar la intervención quirúrgica al paciente, hasta que es llevado a la sala de operaciones.

.Mediato: A partir de la decisión hasta 12 o 2 horas antes, dependiendo de la intervención quirúrgica, ya sea mayor o menor respectivamente.

. Inmediato: De las 12 a 2 horas Antes de la intervención quirúrgica, hasta la llegada a la sala de operaciones.

Puede ser

2.- PERIODO TRANS-OPERATORIO O INTRA OPERATORIO:

Éste periodo constituye el acto quirúrgico en sí, y en el intervienen diversos miembros del equipo quirúrgico (cirujano, ayudante del cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentista y enfermera circulante), cada uno de ellos con funciones específicas pero unidas en un objetivo común: proporcionar la máxima seguridad. Es el lapso de tiempo que va desde que el paciente es ingresado a la sala de operaciones para llevar a cabo el acto quirúrgico hasta su salida a la sala de recuperación.

3.- PERIODO POST-OPERATORIO: comienza una vez que se ha completado el procedimiento quirúrgico; el paciente debe ser observado en un entorno controlado, como la Unidad de recuperación Pos anestésica, Unidad de Cuidados Intensivos o Reanimación, antes de ser trasladado a una Unidad de Enfermería. Extendiéndose hasta que es dado de alta, para su recuperación total o para que continúe su recuperación en su domicilio.

Se divide en

Inmediato: se extiende desde la colocación del apósito en la herida quirúrgica extendiéndose hasta que los signos vitales se encuentren en los estándares establecidos.

Mediato: parte cuando ya se ha estabilizado los signos vitales del paciente extendiéndose hasta que sea dado de alta o logre su recuperación total.

Tardío: es el periodo que transcurre cuando el enfermo o paciente sale de alta y se incorpora a la sociedad.