



NOMBRE DEL ALUMNO: BEATRIZ LOURDES
VELAZQUEZ GONZALEZ

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC.RUBEN EDUARDO
DOMINGUEZ GARCIA

LICENCIATURA: ENFERMERÍA

MATERIA: Enfermería médico quirúrgico

CUATRIMESTRE Y MODALIDAD: 5to
CUATRIMESTRE, SEMIESCOLARIZADO

NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO: ensayo de,
introducción a la Enfermería médico
quirúrgico e infecciones nosocomiales

Frontera Comalapa, Chiapas a 14 de marzo del 2020.

Introducción

Si bien sabemos enfermería quirúrgica 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. Ya que la enfermera ocupa un lugar de igual importancia a la del cirujano, con funciones que son interdependientes y complementarias en las cuales están al cargo las enfermeras profesionales con exigencia de estudios de especialización, por lo tanto personal de enfermería no solo debe estar en el proceso de la cirugía sino que también debe cumplir diversas funciones.

Como personal de enfermería tenemos que tener en cuenta que nuestro desempeño profesional y su estricta disciplina son también la llave de la seguridad y el éxito de la operación.

De igual manera también hablaremos sobre los cuidados que brindan las enfermeras después de la cirugía, más bien a cómo cuidar un paciente como por ejemplo: Cuando un paciente pasa mucho tiempo en cama se deben extremar los cuidados para evitar las posibles complicaciones. Es aquí donde la enfermera se ocupa del paciente para poder llevar un buen control para que pueda recuperarse. Ya que también se hablara acerca de las heridas, golpes y drenajes que hacer y como poder realizar un buen trabajo como personal de enfermería ya que es necesario conocer los tipos de heridas que se pueden presentar en paciente y que hacer para poder curarlos rápidamente. También es importante hacer un buen diagnóstico ya que es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad.

Tenemos que tener en cuenta también las técnicas de curación para tratar bien al paciente y las técnicas de cuidado de drenaje. Que hacer en caso de que un paciente tenga una enfermedad contagiosa y que tipo de aislamiento podría ser. Y algunas enfermedades que tenemos que saber y qué hacer si un paciente tenga ya que son temas de suma importancia que debemos saber cómo personal de enfermería, también el síndrome hemorrágico y hemostasia y la técnica de sondaje, por último el sondaje nasogástrico, para poder actuar de una manera más correcta hacia nuestros pacientes enfermos.

Generalidades Médico Quirúrgicas

Las enfermeras cumplimos un papel muy importante ya que dentro del quirófano ayudamos tanto a los anestelistas como a los cirujanos en la atención a los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas, también preparar a cada paciente para la cirugía ya que antes de la cirugía las enfermeras están atendiendo su historial clínico, proporcionándole medicación si la precisa y preparando la zona de trabajo del cirujano, las enfermeras se encarga de dar soporte a los pacientes durante su tiempo de recuperación en el postoperatorio.

La enfermera quirúrgica debe de recordar que 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 hacia sus pacientes.

La enfermera que está dentro de la sala quirúrgica sus labores no se limitan a los oficios que día a día realizan, por eso mismo así la enfermera sabe que su desempeño profesional y su estricta disciplina son también la llave de la seguridad y el éxito de la operación. La enfermera quirúrgica tiene también responsabilidades de gran importancia y significación en las otras dependencias y servicios que componen el departamento de cirugía, tales como: sala de recuperación postoperatoria, esterilización central, epidemiología quirúrgica, servicio de urgencia, unidad de trauma, unidad de cuidado intensivo, servicio de soporte metabólico y nutricional, servicios de hospitalización, servicio de cirugía ambulatoria, servicio de cuidado de enterostomías, servicio de cirugía endoscópica, servicio de trasplante de órganos, consulta externa, laboratorios quirúrgicos especiales, laboratorio de cirugía experimental.

El equipo humano en el Quirófano personal de enfermería que habitualmente trabaja dentro de un quirófano se compone fundamentalmente de 2 enfermeras/os, así como de una auxiliar de enfermería que son:

1. Enfermería instrumentista: 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, hay que tener en cuenta los actividades que se llevan a cabo tanto como la enfermera y el cirujano
2. Enfermarían circulante: realiza actividades de más responsabilidad ya que es la responsable del funcionamiento armónico del quirófano, en este caso solo pueden ser enfermeras con experiencias ya que requiere de muchas técnicas y conocimiento, donde se encargan de el material esterilizado, ayuda a colocar al paciente en la mesa

de operaciones, realiza el rasurado, asiste al anestesiista, y en el despertar de la misma. Participa en el recuento de gasas, agujas e instrumental junto con otra personal de enfermería instrumentista que también puede estar especializada, recibe del personal lavado los extremos de cánulas de aspiración, cables eléctricos y otros equipos, anuda las batas del personal lavado, manipula todo el equipo no esterilizado durante la cirugía, registra el desarrollo de la intervención, ayuda y acompaña al paciente en el transporte tras la intervención, hasta la sala de reanimación, registra y preserva cada muestra tomada en la intervención.

3. **Auxiliar en 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, ya que su presencia es importante cuando el paciente ya salió de la cirugía para la colocación de bolsas y equipos de drenaje y en la movilización del paciente hasta su traslado a la sala de reanimación.
4. **El proceso quirúrgico:** son 3 fases, la primera importancia de los instrumentos a utilizar referente a la preparación del paciente, consideramos desde las horas previas a la cirugía, independientemente de que se trate de una cirugía mayor. En la segunda fases 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. En la tercera fase la salida del paciente del quirófano y los cuidados oportunos de las primeras horas tras la intervención.

Problemas potenciales del enfermo encamado

Se trata de un paciente que esta encamado tiende a tener más probabilidades de tener una variedad de complicaciones mayores. Como es un sistema cardiovascular donde la circulación sanguínea se hace más lenta, provocando una trombosis venosa profunda, tromboflebitis, y embolias pulmonares. También es muy probable las complicaciones en el sistema respiratorio ya que provocan la retención de secreciones, infecciones como la neumonía, el sistema urogenital complicaciones en la incontinencia urinaria, esto también provoca complicaciones en el sistema musculoesquelético provoca la inmovilidad de los músculos, en donde las complicaciones en el sistema digestivo pérdida del apetito, complicaciones de la piel, así como el sistema nervioso donde sucede la perdida de atención, es por ello que se debe de extremar los cuidados para evitar estas complicaciones,

que el paciente tenga una buena posición para no tener complicaciones para que paciente no se le complique más su enfermedad y pueda curarse rápidamente, tener una buena higiene de mucosa en estos pacientes, como son ojos, boca colocarle vaselina para que estén hidratado. Ya que también se deben extremar los cuidados para evitar las posibles complicaciones, algunas de las cuales pueden llevarle a la muerte.

Contusiones, heridas y drenajes

Las contusiones son debido a los golpes y caídas en las cueles no ocasionan heridas, un golpe de intensidad moderada podría ocasionar daños en músculos, tendones, e incluso órganos internos, y puede dar lugar a fuertes hemorragias internas. Las contusiones mas comunes son: cabeza, rodilla y manos.

Las heridas un traumatismo en la que se produce una alteración en la integridad de la piel y en las partes blandas de la misma, solamente afectada la piel o pueden estarlo también los tejidos subyacentes. La clasificación de herida son: herida abierta es la separación de la piel y se infecta rápidamente. Herida cerrada es la que supuestamente no ahí lesión sin embargo la hemorragia afecta por debajo de la piel. La clasificación específica: herida simple afectan la piel, sin ocasionar daño en órganos importantes como: rasguños y heridas complicadas extensas y profundas con hemorragia abundante como los órganos externos. Las heridas pueden ser causadas por diferentes tipos de objeto y la forma en que el objeto hirió al paciente.

Métodos complementarios de diagnostico

Como bien sabemos el personal de enfermería debe tener un diagnóstico del paciente para poder saber sus complicaciones en las cuales identificamos cuáles son sus principales dolencias, que presenta un paciente, ya que también debemos de saber que un diagnóstico es el procedimiento por lo cual se identifica una enfermedad de salud en una persona, ya que el diagnostico va encaminado con métodos complementarios como la anamnesis, la historia clínica, la exploración física y la exploración complementaria, con estos métodos todo personal de salud realiza lo que es su diagnóstico, cuándo realizamos nuestra “exploración física” evaluamos lo que es (Síntomas, Signos) . el personal de enfermería debe tener en cuenta que existen otros diagnósticos, esto para las principales dolencias que cada ser humano presenta ya sea en un área determinada otros diagnósticos son: el funcional, el fisiopatológico, el anatomopatologico, el precoz, y el diagnóstico definitivo, dentro del campo de salud existen un sinnúmero de diagnósticos que son de gran utilidad para diagnosticar

cualquier enfermedad que presenta el paciente, para ello debemos saber cómo es el proceso al momento de ampliarlo, con el único fin de diagnosticar enfermedades ya sea externa o interna del cuerpo para poder mejorar la salud de nuestro paciente y así poder combatir a tiempo.

Técnicas de curación.

Como personal de enfermería tenemos que saber técnicas de limpieza de herida que se le puede hacer a un paciente durante la cirugía o cualquier otra herida.

Curación plana: técnica de limpieza que se realiza con rótulas empapadas en solución fisiológica, es una técnica aséptica, por lo que se debe usar material y técnicas asépticas. equipo de curación, solución fisiológica, apósito adicional, cinta quirúrgica plástico porosa y también cinta de papel, es necesario preparar el material, verificar el brazalete de identificación y así mismo verificar los datos de identificación del paciente, colocar al paciente en posición adecuada, abrir el equipo de curación con técnica aséptica, colocarse los guantes estériles, comenzar con la limpieza con la torunda en un solo movimiento, colocar el apósito adecuado al tamaño de la herida: 2 a 3 centímetros más grande del borde de la herida y por último fijar bien el apósito con tela adecuada a la piel del paciente

Curación irrigada: es el lavado de heridas esto para eliminar los agentes contaminantes que pueden provocar infección, en lo cual es como lavar heridas en zonas de difícil acceso, también hay diferentes técnicas como: ducha terapia: es la técnica de irrigación de elección en heridas tipo 3, 4 y 5 quemaduras extensas y heridas traumáticas que permite lavar la herida a una presión adecuada que no daña el tejido, técnica Con Matraz: que consiste en utilizar un matraz de suero rígido y realizarle 20 a 30 orificios con aguja 19, previa desinfección con alcohol. Y realizar la irrigación a la lesión la cual la jeringa y aguja esta técnica de irrigación de elección en heridas tipo 1 y 2, en quemaduras superficiales de pequeña extensión, utiliza una jeringa de 20 – 35 ml y aguja de 19 a una distancia de 15 cm de la lesión para irrigar suavemente.

Técnicas de cuidados de drenaje

El personal de enfermería debe tener en cuenta las técnicas generales de los cuidados de drenaje los cuales. Los drenajes son dispositivo que se utiliza en el campo de la Medicina para evacuar sangre, pus u otros fluidos de un sitio anatómico en un paciente, los cuales se

colocados quirúrgicamente en el paciente cuya finalidad es evacuar al exterior y recoger contenido residual producido por el organismo. La enfermera debe saber sobre los cuidados que debemos tener cuando un paciente aporte un drenaje. Hacer una buena técnica de drenaje al paciente se está previniendo las infecciones locales o generalizadas por acumulación de bacterias y compresión sobre tejidos u órganos adyacentes. Ya que es fundamental el conocimiento por parte de los profesionales de enfermería de los cuidados destinados al manejo, control y curas del paciente portador de drenajes y poder detectar rápidamente complicaciones que pudieran existir como hemorragias, infecciones, pérdida excesiva de líquidos, arrancamientos involuntarios y dehiscencias de la sutura. También es muy importante mantener la permeabilidad del drenaje como técnicas que se deben aplicar como personal de enfermería se debe tener estériles todo los materiales que se van a utilizar debemos realizar el drenaje con las manos lavadas, desinfectadas y con guantes, durante la realización de la limpieza no realizar tracciones bruscas que puedan extraer de forma accidental el drenaje para no dañar al paciente, se debe medir la cantidad del líquido drenado y observar las características del líquido ya realizado esto tenemos que ayudar al paciente levantarse y desembullar con el circuito. Y así hacer una buena técnica al paciente de drenaje.

El enfermo en aislamiento

El aislamiento se realiza si un paciente padece una enfermedad transmisible, en las cuales la presencia de aerosoles en el aire con alto rango de difusión y que quedan en suspensión. Los diferentes tipos de aislamiento se utilizan como medida para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas, en las cuales se clasifican en: aislamiento estricto; se aplica en presencia de aerosoles en el aire con alto rango de difusión y que quedan en suspensión, aislamiento respiratorio; se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio por ejemplo la varicela. El aislamiento de contacto directo con el paciente contacto con lesiones cutáneas, secreciones orales, aislamiento protector donde se aplica en pacientes severamente neutropénicos, con el fin de protegerlos de adquirir infecciones. El aislamiento entérico; previene la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas en otros casos por objetos contaminados. El aislamiento parenteral; aplica en diseminación de enfermedades transmisibles por la sangre orgánicos u objetos contaminados con los mismos. El aislamientos domiciliaria; puede llevarse a cabo siempre de una habitación que reúna condiciones higiénicas suficientes, los aislamientos buscan cortar la incidencia de afección nosocomial, prevenir y controlar brotes, racionalizar

el uso de recursos y mantener calidad en la atención. Las precauciones que se deben llevar a cabo es utilizar batas para protegerse la piel, así mismo la mascarilla al estar en contacto con el paciente que puede provocar salpicones o fluidos de sangre, las gafas, guantes no estériles, el lavado de mano se debe de realizar cuando hay contacto con sangre o secreciones aclarando de que también con guantes debe de cuidarse con objetos cortantes y punzantes, hacer buen uso de la lencería al momento de transportar la ropa contaminada

La inflamación

Es un proceso propio del tejido conectivo vascularizado y en ella participan el plasma y las células circulantes y residentes del tejido conectivo. La inflamación se clasifica por calor, rubor, tumor y dolor, en las cuales las fases de inflamación como son la de liberación de mediadores, efecto de mediadores; una vez liberadas, estas moléculas producen alteraciones vasculares, efectos quimiotácticos que favorecen la llegada de las moléculas, llegada de moléculas y células inmunes al foco inflamatorio, proceden en su mayor parte de la sangre, regulación del proceso inflamatorio, la mayor parte de las respuestas inmunes, el fenómeno inflamatorio se encuentra estrechamente regulado, evitando, así una respuesta exagerada así mismo algunos de los mediadores producen activación, al variar su concentración o actuar sobre distintos receptores, van a producir inhibición, consiguiendo, de esta forma, un equilibrio o modulación de la respuesta inflamatoria. La reparación integran la llegada a la zona de fibroblastos que van a proliferar y sintetizar colágeno, proliferación de células epiteliales y proliferación de vasos dentro de la herida

El síndrome hemorrágico y hemostasia

Son afecciones en las cuales hay un problema con el proceso de coagulación sanguínea del cuerpo, estos trastornos pueden llevar a sangrado intenso y prolongado después de una lesión tomando en cuenta que la hemostasia. La hemostasia es el conjunto de maniobras que tienen por finalidad prevenir una hemorragia y la hemorragia es salida de sangre del sistema vascular a través de una solución de continuidad en el mismo, la hemorragia se clasifica según el origen de anatómico de la arteria venosa capilar, está según la ubicación de la colecta externa ya que la sangre termina en el exterior del animal e internas se acumulan en las cavidades torácicas, las inmediatas y mediatas, recurrentes, infecciosas, de tal forma que en el curso: Agudas o crónicas por múltiples razones es conveniente evitar una hemorragia. La pérdida de sangre provocada por una hemorragia puede derivar en un shock hipovolémico para esto es necesario que se conozca como los signos y síntomas del

shock; alteración de conciencia, mareo confusión, estado ansioso, pulso rápido y débil, respiración rápida y superficial, palidez de la mucosa. Para la evaluación es necesario que se observe los signos y síntomas de la persona para evaluar su estado y analiza la herida para decidir el método de actuación: localización, extensión, profundidad, lesión de órganos, suciedad, mecanismo causante.

Técnica de sonda vesical: la sonda vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria, ya que la sonda vesical persigue varios fines diagnósticos y terapéuticos. Al tratarse de una técnica estéril, la deberían realizar conjuntamente el enfermero/a y el auxiliar de enfermería, pero un enfermero capacitado para ello puede realizar solo este procedimiento ayuda a la expulsión de la orina en caso de retención, control de diuresis, tratamiento intra y postoperatorio de algunas intervenciones quirúrgicas, mantener una higiene adecuada en caso de escaras genitales y tratamiento crónico en aquellos pacientes que no vacían espontáneamente la vejiga. El procedimiento se debe de preparar el material necesario y lo introduciremos en la batea, nos lavaremos las manos y nos colocaremos los guantes no estériles, identificaremos al paciente al que le vamos a colocar la sonda y le informaremos del procedimiento tanto a él como a su familia, en hombres, agarraremos el pene en ángulo recto y con el prepucio retraído, una vez que salga la orina a través de la sonda, la pinzaremos o la conectaremos a la bolsa colectora, pero sin embargo debemos de seguir las consideraciones como por ejemplo si al introducir la sonda nos muestra obstrucción, no forzaremos la entrada ya que podríamos producir daños, en los varones es necesario seguir las instrucciones pero sin llegar a inflar el balón. Si hablamos del cateterismo vesical se considera a la introducción de una sonda, a través de la uretra al interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos, considerando que es una maniobra invasiva y potencialmente traumática a la estructura de las vías urinarias estériles, pero en la parte final de la uretra que se considera no estéril ya que en el procedimiento del cateterismo vesical se estima que existe un alto riesgo de infección del tracto urinario, por la introducción de microorganismos al interior de la vejiga, para el cateterismo vesical puede ser transitoria, intermitente y permanente; la transitoria solo debe de tardar 5 minutos y se utiliza para fines de diagnóstico y el intermitente se utiliza por lo general en pacientes con vejiga neuropática y permanente suele mantenerse por días o meses. Para este procedimiento es necesario realizar la asepsia diariamente del meato urinario y de la sonda, así como su fijación, son medidas fundamentales para evitar complicaciones

Técnica de sondaje nasogástrico: técnica invasiva que consiste en la inserción de una sonda o tubo flexible de plástico a través del orificio nasal o de la boca hasta el estómago esta técnica se realiza administrar alimentos, administración de medicación, aspiración de contenido gástrico y lavado de estómago. Esta técnica la podría realizar individualmente un enfermero/a que estuviera entrenado para ello, pero lo ideal es que sea una tarea conjunta con el auxiliar de enfermería. Los materiales que se utilizan son Sonda nasogástrica, lubricante hidrosoluble, tapón para la sonda, apósitos para fijación de SNG, guantes no estériles, jeringa de 50 ml o de alimentación, vaso con agua, gasas, fonendoscopio, empapadera, bolsa colectora si fuese necesario y para el procedimiento comenzaremos con la técnica de medición de la longitud de la sonda, para ello colocaremos el extremo de ésta en la nariz, pasándolo por el lóbulo de la oreja y llegando hasta el apófisis xifoideo, esa es la longitud a introducir, la sonda tiene unas marcas que nos indican la longitud, en los adultos lo normal es que oscile entre II y III, se colocara la empapadera sobre el torso del paciente, se lubrica la punta del tubo con el lubricante hidrosoluble y un poco de agua, introduciremos la sonda por el orificio nasal seleccionado, el primer tramo más complicado de pasar son las coanas, por lo que tendremos cuidado de no arañar la mucosa nasal, una vez pasado este punto, inclinaremos la cabeza del paciente y le pediremos que trague saliva para facilitar el acceso de la sonda al esófago por la deglución y que no se dirija a la tráquea, continuaremos introduciendo hasta la longitud medida anteriormente, se realiza la comprobación; aspiraremos contenido gástrico con la jeringa, para finalizar pondremos un tapón a la sonda, conectaremos bolsa colectora o iniciaremos la nutrición, dependiendo de la finalidad del sondaje y fijaremos bien la sonda a la nariz. La retirada se producirá siempre bajo prescripción médica y tienen una duración aproximada de un mes, las de larga duración son de poliuretano y duran unos tres meses.

Conclusiones

Como bien sabemos la enfermera cumple varias funciones dentro del quirófano en las cuales se integra en el cuidado total del paciente que va a ser intervenido, es decir, tiene un papel multidisciplinar en su cuidado.

Los profesionales de enfermería y demás personal sanitario, debemos saber cómo actuar con los pacientes en éste ámbito y valorar la importancia de las funciones de enfermería en este entorno. Desde mi punto de vista, además de adquirir conocimientos técnicos para controlar y manejar los nuevos avances que cuentan en quirófano, también debemos de estar dotados para proporcionar una atención individualizada y humanizada al paciente, a pesar que durante la intervención, esté bajo anestesia, el apoyo antes, durante y después de la cirugía es imprescindible para que ésta se lleve a cabo con la mejor eficacia. También pude comprender enfermería en quirófano, circulante, instrumentista y auxiliar, son relevantes pues garantizan la técnica aséptica y la seguridad del paciente, mantienen la coordinación del equipo quirúrgico y es el enlace durante el acto quirúrgico entre quirófano y el resto de los servicios del hospital.

Ya que la enfermera también debe saber técnicas para poder curar al paciente con heridas, es necesario saber los tipos de heridas y contusiones que pueden suceder y que objetos lo produjeron para poder intervenir en la curación de acuerdo a su diagnóstico. Ya que también aprendí los tipos de aislamiento y cuando aislar a una persona enferma la cual puede contagiar a las demás personas, y cuáles son los cuidados que les podemos brindar durante su aislamiento. Y algunas técnicas que se le brinda al paciente durante un cuidado de drenaje vesical. Como personal de enfermería es de gran ayuda ya que con estos conocimientos podemos ayudar mas a nuestros pacientes.

Referencia

1. Brunner- Suddarth (2010) "Enfermería Medico Quirúrgica" 12 Edición, Editorial Wolters Klower.
2. Le Mone Priscila, (2010) "Enfermería Medico Quirúrgica Vol. II", Editorial.