



NOMBRE DEL ALUMNO:

Estrella Libertad Coronel Hernández

NOMBRE DEL PROFESOR:

Mahonrry De Jesús

MATERIA:

Enfermería Medico
Quirúrgica II

GRADO:

6to cuatrimestre

GRUPO:

“A”



DERMATITIS

GENERALIDADES

Es un término general que describe una inflamación de la piel. Puede tener distintas causas y manifestarse de muchas formas. Generalmente, produce una erupción con comezón sobre la piel enrojecida e inflamada. La piel afectada por la dermatitis puede formar ampollas, supurar, formar una costra o descamarse. Es una afección frecuente que no es contagiosa, pero puede hacerte sentir incómodo y cohibido. Una combinación de pasos de autocuidado y medicamentos puede ayudar a tratar la dermatitis. Ejemplos de dermatitis incluyen la dermatitis atópica (eccema), la caspa y las erupciones cutáneas provocadas por el contacto con distintas sustancias, como la hiedra venenosa, los jabones y las joyas con níquel.

SINTOMAS

- Sarpullido (frecuentemente en brazos y detrás de rodillas).
- Erupciones
- Prurito intenso
- Piel seca, agrietada y escamosa
- Bultos y ampollas (a veces con secreciones y costras)
- Hinchazón
- Ardor

TIPOS

❖ Atópica (eccema)

Relacionada con diversos factores, entre ellos, la piel seca, una variación genética, una disfunción del sistema inmunitario, la presencia de bacterias en la piel y las condiciones ambientales. Erupción cutánea rojiza con picazón, que por lo general comienza en la infancia, se localiza en los pliegues de la piel, como en los codos, detrás de las rodillas y la parte de adelante del cuello. Si uno se rasca, la erupción puede despedir líquido y se pueden formar costras.

❖ De contacto

Aparece como resultado del contacto directo con varias sustancias que irritan la piel o alérgenos, tales como la hiedra venenosa, las alhajas que contienen níquel, los productos de limpieza, los perfumes, los productos cosméticos e, incluso, los conservantes incluidos en cremas y lociones. Se produce en partes del cuerpo que estuvieron en contacto con sustancias que irritan la piel o que provocan una reacción alérgica, como la hiedra venenosa, el jabón y los aceites esenciales. La erupción rojiza puede producir ardor, escozor o picazón. Pueden aparecer ampollas.

❖ Seborreica

Puede ser causada por una levadura (hongo) presente en la grasa de la piel. Esta afección produce manchas escamosas, piel rojiza y capa persistente. Por lo general, afecta a las zonas grasosas del cuerpo, como el rostro, la parte superior del pecho y la espalda. Puede tratarse de una afección a largo plazo con períodos de remisión y exacerbaciones. Cuando este tipo de dermatitis afecta a bebés se conoce como “costra láctea”.

FACTORES DE RIESGO

- Edad
- Alergias y asma
- Ocupaciones (empleos que implican contacto con metales, solventes o insumos de limpieza)
- Enfermedades

COMPLICACIONES

- Al rascarse en la zona de prurito se pueden originar una infección. Estas infecciones en la piel de la piel se pueden esparcir y, en casos muy raros, pueden ser mortales.
- Las infecciones son provocadas por microorganismos que invaden los tejidos.

PREVENCIÓN

Uno de los factores que puede ayudar a prevenir la dermatitis es evitar la piel seca

- Baños cortos con agua tibia
- Usar productos de limpieza suaves, que no contengan fragancias ya que algunos pueden secar la piel.
- Secar con cuidado la piel de forma que no se irrite. Usar toallas suaves y secar dando palmadas suaves.
- Humectar la piel.

ENFERMEDADES PAPULODESCAMATIVAS

PSORIASIS

Generalidades

Es una enfermedad crónica, inflamatoria y proliferativa, genéticamente determinada, con un gran polimorfismo clínico. La lesión más típica es una placa eritematosa de bordes netos, cubierta por escamas gruesas, blanquecinas, de aspecto céreo, no adherentes, que se distribuyen preferentemente por zonas de extensión.

Factores

Genéticos

La base genética de la psoriasis se apoya en la acumulación de casos familiares, sobre todo en la psoriasis de comienzo precoz. La intensidad de las manifestaciones cutáneas dentro de los miembros de una misma familia es muy variable. En la mayoría de los casos la herencia sería poligénica multifactorial.

Exógenos

- Traumatismos.
- La luz
- La infección estreptocócica
- Alteraciones endocrinas
- Factores metabólicos
- Factores psicógenos
- Fármacos

Tipos

- ❖ Vulgar
- ❖ Gutatta
- ❖ Invertida
- ❖ De uñas
- ❖ De cuero cabelludo
- ❖ Palmo-plantar
- ❖ De mucosas
- ❖ Sebopsoriasis / Psoriasis eczematosa.

Tratamiento

- El objetivo del tratamiento es quitar las escamas y evitar que las células cutáneas crezcan con tanta rapidez. Puede ser mediante
- ❖ Hidratación cutánea (pomadas cutáneas)
 - ❖ Fototerapia
 - ❖ Fármaco biológico

DERMATITIS SEBORREICA

Generalidades

Es un proceso común de causa desconocida, crónico, que cursa con brotes, que afecta a lactantes y adultos la piel del cuero cabelludo, las zonas ricas en glándulas sebáceas y flexuras. Se presenta como placas eritematoescamosas, con descamación blanquecino-amarillenta, adherentes de bordes mal definidos. Se observa predisposición familiar y se presenta de forma más intensa en pacientes portadores del VIH. Afecta a los lactantes durante los tres primeros meses de vida y los adultos tras la pubertad

Tipos

Del lactante

Suele aparecer en los tres primeros meses de vida, aunque puede hacerlo hasta los 18 meses. Las zonas más afectadas son la zona parietal, la zona central de la cara, el cuello y los grandes pliegues del cuerpo incluyendo la zona del pañal. Son lesiones descamativas amarillentas. En los más intensos hay placas eritemato-escamosas amarillentas de límites mal definidos e irregulares que afectan las áreas seborreicas de la cara, el cuero cabelludo, cuello, pliegues axilares, genitocrurales y la zona del pañal. Las lesiones producen escaso prurito. Son frecuentes las infecciones secundarias por bacterias o por hongos

Del adulto

- Eczemátide Seborreica: La forma menos intensa, consiste en hiperproducción sebácea, junto con descamación fururácea (Descamación seca) o grasienta (pitiriasis esteatoides) del cuero cabelludo, área centro facial, retroauricular, conducto auditivo externo y zona esternal.
- Dermatitis Seborreica en placas: Es la forma más común. Se presenta como placas eritematoescamosas de límites netos e irregulares con escamas untuosas, localizadas en las llamadas áreas seborreicas. También se puede localizar en el ombligo y zona perianal. En casos raros puede ocasionar una eritrodermia.

Diagnostico

Del lactante

- Dermatitis atópica. Suele aparecer después de los tres meses de edad con mayor prurito y lesiones en mejillas, tronco, cara de extensión de extremidades.
- Histiocitosis X, las lesiones suelen ser purpúricas.
- Escabiosis: prurito intenso y lesiones nodulares en palmas y plantas.

Del adulto

- En el adulto se debe diferenciar de la psoriasis, pitiriasis rosada, pitiriasis versicolor, eccema de párpados de contacto y eccema atópico. La del conducto auditivo con otomicosis.

PARAPSIORIASIS

Generalidades

Es de causa no definida, mantiene un curso crónico, se presenta falla de respuesta tópica y se caracteriza por la falta de síntomas. Fue en 1902 que Brocq acuñó el término "parapsoriasis" para un grupo de procesos cutáneos eritemato-papulo-escamosos de naturaleza desconocida y evolución crónica

Tipos

En pequeñas placas

- ❖ Clínica: Preferentemente en varones adultos, como numerosas placas rojo-amarillentas, ovaladas, digitiformes o irregulares, de 2-5 cm de diámetro, borde neto y superficie descamativa dispuestas en tronco y en raíz de extremidades. Asintomáticas, estables durante años.
- ❖ Histología: Inespecífica., focos dispersos de acantosis, espongirosis, exocitosis y paraqueratosis con escaso infiltrado linfocitario perivaascular.
- ❖ Tratamiento: Corticoides tópicos y/o PUVA Mejorías parciales y pasajeras.

En grandes placas

- ❖ Clínica: Predomina en varones adultos. Se caracteriza por grandes placas violáceas o parduzcas, de superficie atrófica, ligeramente descamativa, poiquilodérmicas, poco numerosas, relativamente simétricas en tronco, raíz de miembros y grandes pliegues. La dermatosis es crónica y en bastantes enfermos, al cabo de 10-30 años, se desarrolla infiltración, mostrando el desarrollo a un linfoma cutáneo de células T.
- ❖ Histología: Inespecífica al principio, se aprecia atrofia epidérmica, infiltrado en banda superficial, en ocasiones epidermotropo. Progresiva aparición de células grandes hiperclomáticas.
- ❖ Diagnóstico: Diagnóstico diferencial con el resto de poiquilodermias. Se puede realizar un estudio de reordenamiento genético para confirmar la presencia de monoclonalidad.
- ❖ Tratamiento: Corticoides.

SISTEMA DIGESTIVO

Fisiopatología

Tubo digestivo

El tubo digestivo empieza por la boca y acaba por el ano. Consta de: boca, faringe, estómago, intestino delgado, intestino grueso y ano. Es un gran tubo que tiene unos diez o doce metros de longitud y unas glándulas anexas.

Glándulas anexas

Están fuera del aparato digestivo, pero segregan sustancias hacia este y tienen funciones muy importantes en la digestión. Las cuales son:

- ❖ Las glándulas salivales. Son 6 glándulas que segregan saliva a la boca.
- ❖ El hígado tiene funciones importantes en el organismo. Segrega bilis que se almacena en la vesícula biliar y luego pasa al duodeno.
- ❖ El páncreas tiene una doble función exocrina y endocrina. Aquí nos interesa la exocrina y consiste en que segrega jugo pancreático hacia el duodeno.

Boca

Es una cavidad por donde entra el alimento que se tritura y corta por los dientes y que con la lengua se mezcla con la saliva que lo humedece, actúa sobre todo en los glúcidos y se forma el bolo alimenticio que baja por la faringe hacia el esófago. Es aquí donde se forma el bolo alimentario

- La lengua que es un músculo con papilas gustativas responsables del sentido del gusto.

Faringe

Por la faringe pasa el alimento que llegará al esófago y el aire que llegará a la laringe. La faringe se divide en dos tubos:

- ✓ La laringe, que irá por delante y seguirá por la tráquea bifurcándose por los bronquios hacia los pulmones. Es el aparato respiratorio.
- ✓ El esófago que va por detrás y llega hasta el estómago.

El alimento no entra hacia la laringe porque hay un pequeño repliegue que hace de válvula a ese nivel, la epiglotis, y que se cierra cuando entra el alimento. Eso evita que entre el alimento por la laringe y ocurra una broncoaspiración.

Esófago

El esófago es un tubo de unos veinticinco centímetros que lleva hasta el estómago el bolo alimenticio gracias a los movimientos peristálticos: contracciones y relajaciones sucesivas de la parte muscular del esófago. En esófago y el estómago se comunican por el orificio llamado cardias.

Estomago

El estómago hay músculos potentes que también generan un movimiento del alimento y una mucosa gástrica que genera secreciones, concretamente las células parietales y las células principales.

- Las células parietales segregan el ácido clorhídrico que mata la flora bacteriana que ha entrado desde fuera, así como el factor intrínseco, que servirá para la absorción posteriormente en el intestino delgado de la vitamina B12.
- Las células principales segregan el pepsinógeno que gracias a la acción del ácido clorhídrico se transforma en pepsina y participa en la digestión de las proteínas.

Intestino delgado

El intestino delgado es muy largo (varía de 6 a 7 metros aproximadamente) y tiene tres partes: el duodeno, yeyuno e íleon. Tienen unos capilares muy finos hacia donde se absorben los nutrientes obtenidos durante la digestión hacia la sangre. Hacia el duodeno se segregan sustancias desde el hígado, la vesícula biliar o desde el páncreas. A nivel de intestino delgado (duodeno, yeyuno e íleon) hay una serie de vellosidades intestinales en su mucosa que tienen la función de absorción.

Intestino grueso

El intestino grueso tiene mayor amplitud que el intestino delgado y es la parte final del tubo digestivo. En el intestino grueso es donde se forman las heces definitivas que se expulsan a través del ano. La parte inicial del intestino grueso ascendente se llama ciego y de él surge un pequeño apéndice vermiforme. Tiene varias partes: el colon ascendente, colon transverso, colon descendente, sigma y recto. El ano es el orificio final.

FUNCIONES

1. Mecánico (transporte)
2. Química (secreción)
3. Absortiva (absorción)
4. Defecatoria

Valoración del paciente con problemas digestivos

Anamnesis

Utilizando entrevistas con preguntas abiertas, el médico identifica la localización y calidad de los síntomas, y cualquier factor que los agrave o alivie. Interrogar a los pacientes acerca de la irradiación del dolor puede ayudar a esclarecer el diagnóstico. Solicitar a los pacientes que describan el carácter del dolor (es decir, agudo y constante, oleadas de dolor sordo) y su aparición (repentina, como resultado de una perforación de una víscera o la ruptura de un embarazo ectópico) puede ayudar a diferenciar las causas.

En las mujeres, es importante una anamnesis ginecológica, porque los trastornos ginecológicos y obstétricos pueden manifestarse por síntomas gastrointestinales. Los elementos importantes de los antecedentes personales comprenden trastornos gastrointestinales diagnosticados previamente, cirugía abdominal previa, y el uso de medicamentos y sustancias que podrían causar síntomas gastrointestinales

Examen físico

La exploración física podría comenzar con la **inspección** de la orofaringe para evaluar la hidratación, úlceras o posible inflamación. El abdomen con el paciente en decúbito supino puede confirmar a la inspección un aspecto convexo en caso de obstrucción intestinal, ascitis, o rara vez en presencia de una masa de gran tamaño. Luego, debe realizarse la **auscultación** para determinar la presencia de ruidos hidroaéreos. La **percusión** revela hiperresonancia (timpanismo) cuando hay obstrucción intestinal y matidez cuando hay ascitis, y puede determinar los límites del hígado. La **palpación** debe ser sistemática, al principio suave para identificar zonas de dolor a la palpación y, si es tolerada, más intensa a fin de localizar masas u organomegalias.

Deben palparse las regiones inguinales y todas las cicatrices quirúrgicas para investigar hernias.

El tacto rectal con búsqueda de sangre oculta y (en las mujeres) las exploraciones pelvianas completan la evaluación del abdomen.

Estudios complementarios

Los pacientes con síntomas agudos, inespecíficos (p. ej., dispepsia, náuseas) y un examen físico sin particularidades rara vez requieren estudios complementarios. Los hallazgos sugestivos de enfermedad significativa (síntomas de alarma) deben instar a una evaluación adicional: Anorexia, Anemia, disfagia, fiebre, diarrea, entre otros

INTESTINOS

Alteraciones intestinales

Generalidades

En general, las alteraciones intestinales son crónicas, con síntomas y signos diversos, como dolor abdominal, hinchazón, distensión y anomalías en el hábito evacuatorio (constipación, diarrea o la combinación de ambos). Es caracterizado por la inflamación constante de todo el tracto digestivo o parte de él.

Coloproctología

Es la especialidad de la medicina derivada de la cirugía general que brinda diagnóstico y tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de las enfermedades del colon, recto y ano. El espectro del ejercicio de la Coloproctología incluye el manejo de ostomías, colonoscopias, cirugía laparoscópica, manometría anal, disfunción del piso pélvico y la defecografía, entre otros. Las patologías que trata el coloproctólogo se pueden dividir entre las que afecten al colon y el recto o las que afecten al ano. Dentro del colon y recto la patología más importante es el cáncer colorrectal.

Enfermedades frecuentes

- ❖ Hemorroides
- ❖ Incontinencia fecal y estreñimiento.
- ❖ Hemorroides o enfermedad hemorroidal.
- ❖ Fisura anal.
- ❖ Abscesos, Fístulas e Infecciones Anorrectales.
- ❖ Dermatitis Perianales.
- ❖ Prolapso y Úlcera Rectal.
- ❖ Tumores del Colon Recto y Ano
- ❖ Pólipos de colon y recto
- ❖ Cáncer de Colon, Recto y Ano
- ❖ Vólvulo
- ❖ Rectocele

Cuidados de enfermería

Cuidado del paciente

- ❖ Comenzar con pequeñas caminatas
- ❖ Aumentar el ejercicio lentamente
- ❖ Evitar que el paciente maniobre maquinaria pesada
- ❖ Colocar una almohada sobre la incisión cuando necesite toser o estornudar para ayudar a disminuir el dolor
- ❖ Mantener la integridad de la piel perianal
- ❖ Determinar la relación entre el comienzo de la infección y el inicio de la alimentación enteral
- ❖ Nutrir e hidratar al paciente con pequeñas porciones durante todo el día
- ❖ Consumir proteínas todos los días
- ❖ Evitar alimentos que causen gases, heces sueltas o estreñimiento.
- ❖ Agregar alimentos nuevos lentamente, en periodos largos de forma que no afecte en el tratamiento del paciente
- ❖ Vigilar constantemente la eliminación y sus posibles anomalías
- ❖ Mantener una sana y correcta higiene corporal del paciente
- ❖ Valorar características de la deposición
- ❖ Levantarse y caminar constantemente

Cuidado de la herida

- ❖ Mantener la herida seca el resto del tiempo
- ❖ Las cintas se caerán por si solas después de unas semanas
- ❖ Cambiar el apósito frecuentemente conforme las indicaciones medicas
- ❖ Desinfectar la herida con agua y jabón todos los días. Vigilar síntomas de infección o anormalidades que la herida presente
- ❖ Secar la herida con toques suaves. No frotarla
- ❖ No colocar fragancias, pomadas o ungüentos que no indique el medico
- ❖ Evitar el uso de ropa pegada que pueda rozar con la herida mientras esta sanando

PANCREAS

Alteraciones

Generalidades

El lugar donde predominantemente asientan los tumores del páncreas es en la cabeza (75%) y el resto en el cuerpo y cola (25%). En general, la cirugía de páncreas suele realizarse por tumores malignos por lo que se debe ser agresivo y radical, a la vez que tratar de conservar el máximo de páncreas restante para no dejar una diabetes.

Intervenciones

➤ Duodeno-pancreatectomía

Es la intervención que se realiza para extirpar los tumores de la cabeza del páncreas, y consiste en extirpar la cabeza del páncreas (50% de la glándula), el duodeno, la vesícula biliar, el conducto biliar y, en ocasiones, una parte del estómago. Es una intervención asociada a un riesgo de complicaciones alto (40%) y mortalidad no despreciable (5%), cuando se realiza por cirujanos expertos.

➤ Pancreatectomía distal

Es la intervención que se realiza para extirpar los tumores de cuerpo y cola del páncreas. El cuerpo y cola del páncreas representan el restante 50% de glándula pancreática. Cuando se realiza por tumores malignos, se debe extirpar además el bazo, órgano adherido a la cola del páncreas, para extirpar así los ganglios linfáticos de ese territorio. Es una intervención con una tasa menor de complicaciones (20%) y menor mortalidad (2%).

➤ Laparoscopia

Todas las intervenciones del páncreas pueden realizarse por laparoscopia, evitando así grandes incisiones abdominales, si bien dicho abordaje se reserva únicamente a cirujanos muy expertos. En las operaciones realizadas por laparoscopia al paciente se le realizan entre 4 y 5 pequeñas incisiones de entre 5 y 12 mm, y otra mayor de 5 cm para extraer el tumor de dentro del abdomen una vez extirpado.

Tumores

➤ Carcinoma

El carcinoma de páncreas puede operarse con intención curativa, si bien se requiere realizar una intervención quirúrgica agresiva y compleja, pero bien estandarizada y con resultados buenos. En el momento del diagnóstico solamente son extirpables un 30-40%, existiendo metástasis (diseminación del tumor en otros órganos) en el resto de los casos.

➤ Ampuloma

Es un tumor que se origina en la papila de Vater que es la desembocadura del conducto pancreático en el duodeno. Su tratamiento requiere la realización de una duodeno-pancreatectomía, teniéndose que extirpar la cabeza del páncreas y el duodeno en bloque.

➤ Colangiocarcinoma distal

Es un tumor maligno que en realidad se origina en las células del conducto biliar, el cual atraviesa el páncreas y lo afecta por contigüidad. Al igual que el ampuloma, el colangiocarcinoma requiere para su tratamiento la realización de una duodeno-pancreatectomía.

➤ Neuroendocrinos

Son los que tienen mejor pronóstico, si bien también se consideran malignos y su tratamiento es la extirpación quirúrgica.

➤ Tumores quísticos.

Algunos tienen un comportamiento benigno (neoplasia quística serosa, quistes simples), pero otros tienen riesgo de transformación en un tumor maligno (neoplasia quística mucinosa, neoplasia mucinosa papilar intraductal). En caso de diagnosticarse un tumor quístico del páncreas, es muy importante realizar un correcto diagnóstico de qué tipo de tumor es puesto que el tratamiento puede ser desde no hacer nada hasta realizar una extirpación del páncreas.

Cuidados de enfermería

Papel principal de enfermería

- Colaboración en el proceso diagnóstico (analítica y determinación de enzimas pancreáticas en sangre y orina, radiografías, ecografías, TAC, etc.).
- Control regular de constantes vitales, diuresis, registro del balance hídrico y del estado general del paciente.
- Instauración y control de las vías venosas necesarias para la administración de medicamentos, perfusión endovenosa y control de la presión venosa central (PVC)
- Control de la glucemia, atención a los signos de hiperglucemia.
- Preparación del paciente para la cirugía cuando esté indicado.
- Educación sanitaria.
- Realización de sondaje nasogástrico, para reducir la estimulación del páncreas, evitar los vómitos y eliminar aire y líquidos retenidos como consecuencia del íleo paralítico. Inicialmente está indicada la dieta absoluta.
- Alivio del dolor mediante la administración de analgésicos bajo prescripción médica. tranquilizar al enfermo, generalmente muy inquieto, buscando la postura que le proporcione mayor alivio; si está indicado el reposo absoluto se realizarán cambios posturales.

PADECIMIENTOS GÁSTRICOS Y VÍAS BILIARES

Alteraciones del hígado y vías biliares

Quistes hepáticos

Abscesos hepáticos

Son los abscesos subfrénicos, que se localizan en los espacios hepatofrénicos derecho o izquierdo, pudiendo ser anteriores o posteriores según su ubicación en ellos. Los de localización subhepática son más infrecuentes. El drenaje quirúrgico del absceso hepático amebiano se hace a cielo abierto, es decir por laparotomía para tener mayor maniobrabilidad y evitar a la vez difusión a otros espacios del abdomen.

Poliquistosis del Hígado

Llamada también enfermedad poliquística del hígado, es una afección caracterizada por la presencia de quistes pequeños o medianos por toda la glándula, o con predominancia en el lóbulo derecho. Raramente existen quistes grandes entre ellos. Se debe a una alteración en el desarrollo de los conductos biliares, por tanto, es congénita. Generalmente se asocia con la presencia de múltiples quistes en los riñones (poliquistosis renal). Sintomatológicamente es muda. Presenta hepatomegalia como signo. La ecografía y la TAC son muy útiles para hacer la presunción diagnóstica. Es la laparoscopia la que da la confirmación. No requiere operación a no ser que se complique, como que se rompan por traumatismo o espontáneamente, o se infecten. Excepcionalmente se puede practicar quistectomía de los más grandes o superficiales.

Quistes no Parasitarios

Denominados también como quistes solitarios por ser únicos. Alcanzan dimensiones de hasta 20 cm de diámetro. Hay reportes de casos con mayor dimensión y contenido de varios litros. El origen es también congénito a partir de conductos biliares intrahepáticos. Pueden tener una sola cavidad (Unilocular) o múltiples cavidades (multiloculares). El contenido de estos quistes puede ser de tipo bilioso o mucoso. Clínicamente puede haber dolor, explicado por la expansión y compresión de elementos vecinos. Muy pocas veces se infectan secundariamente. Los medios más efectivos para el diagnóstico son la ecografía, la TAC y la laparoscopia en la actualidad. Como tratamiento, en los casos que realmente sea necesario, se practica la quistectomía, o sea, la ablación total del quiste.

Quiste Hidatídico

La afección parasitaria hepática por la Taenia echinococcus o Equinococcus granuloso en su forma larvaria en el hombre, es de frecuencia importante en la patología nacional.

Cuidados de enfermería en paciente con alteraciones gástricas

Intervenciones

El postoperatorio inmediato de un enfermo sometido a un proceso quirúrgico bajo anestesia general, loco-regional y/o sedación, se caracteriza por la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención. Es este un periodo crítico donde pueden sobrevenir complicaciones, algunas de ellas previsibles. La mayoría de los problemas anestésicos graves suelen suceder en el postoperatorio inmediato. Este periodo se considera finalizado cuando el enfermo recupera una conciencia normal y una autonomía completa de sus funciones. Esta recuperación puede ser más o menos rápida de un paciente a otro, dependiendo del tipo de anestesia y de la cirugía a la que haya sido sometido el paciente.

Complicaciones potenciales

- ❖ Obstrucción de la vía aérea
- ❖ Trastornos del ritmo cardiaco
- ❖ Accidente cerebro vascular
- ❖ Hiperglucemia
- ❖ Laringo-espasmo
- ❖ Agitación
- ❖ Respiratorias
- ❖ Cardiovasculares
- ❖ Neurológicos
- ❖ Hipertensión arterial
- ❖ Confusión o adormecimiento
- ❖ Desequilibrio electrolítico
- ❖ Aspiración del contenido gástrico o síndrome de Mendelson
- ❖ Edema pulmonar
- ❖ Neumotórax
- ❖ Embolia pulmonar
- ❖ Parada cardiorrespiratoria
- ❖ Shock
- ❖ Cefalea
- ❖ Vómitos
- ❖ Edema laríngeo
- ❖ Contractura muscular
- ❖ Dolor
- ❖ Depresión respiratoria
- ❖ Hemorragia