



Mi Universidad

ENSAYO.

NOMBRE DEL ALUMNO: María José Hidalgo Roblero.

TEMA: El Enfermero Oncológico

PARCIAL: I

MATERIA: Enfermería Medico Quirúrgica.

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez.

LICENCIATURA: Enfermería.

CUATRIMESTRE: 5

El enfermero oncológico

Cuidados de enfermería al paciente con quimioterapia.

Los cuidados de enfermería en estos pacientes precisan, siempre van relacionados con los efectos secundarios originados del tratamiento. La aparición de efectos tóxicos estará condicionada por el estado general del paciente.

El objetivo es conocer los efectos secundarios asociados a las quimioterapias sobre los sistemas corporales. Otorgar los cuidados de enfermería con el fin de prevenir o mitigar los problemas que el paciente presente a consecuencia de los efectos secundarios.

Aparato digestivo:

*nauseas: suele aparecer a las 2-3 horas después de la quimioterapia y su duración puede ser de 72 horas. Disminuir ansiedad, administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento.

*vómitos: pueden ser agudos, anticipatorios y retardados. Se tiene que vigilar la deshidratación. Si los vómitos son graves y prolongados es probable que aparezcan trastornos en el equilibrio electrolítico y deshidratación. Se instaura reposición por vía iv. Se vigila sobre la persistencia de vómitos severos, dolorosos o sangrado o otra anomalía y se registra en la hoja de enfermería. Si hay pérdidas significativas se informa al facultativo para valorar aportes nutricionales extras. Desaconsejar comidas pesadas, grasientas, fritos, picantes, alimentos que produzcan gases o sensación de plenitud, alimentos con olores intensos, sabores fuertes, comidas calientes, café y evitar cocinar.

*estreñimiento: aparece entre los 5-8 días después del tratamiento. Algunos citostáticos causan estreñimiento, causando un trastorno de motilidad intestinal. A veces se produce como consecuencia secundaria del uso de antieméticos. Se recomienda al paciente que consuma alimentos ricos en fibra y residuos, para facilitar el tránsito intestinal, que aumente la ingesta de líquidos y que tome zumo de naranja con aceite o una bebida templada o caliente, en ayunas.

*diarrea: se considera diarrea cuando hay 3 o más evacuaciones líquidas en 24 horas después de la administración de la quimioterapia con dolor cólico y distensión abdominal. Aparece como consecuencia de la utilización de dosis altas de antieméticos, asociado al uso de citostáticos, como consecuencia de una mucositis grave que afecte a la totalidad del tracto digestivo.

*Mucositis y estomatitis: se informa al paciente de los distintos efectos de la quimioterapia sobre el tracto gastrointestinal y la boca. Aparecen a los 7-14 días después y permanece hasta 2-3 semanas. Puede llegar a afectar la cavidad oral y parte de la mucosa gastrointestinal. Al prolongarse su presencia puede propiciar la aparición de sobreinfecciones provocadas por hongos y bacterias.

Sistema epitelial:

*alopecia: efecto frecuente que varía en su función del tipo de tratamiento de quimioterapia utilizado. Esto pasa por la rápida frecuencia de división de las células del folículo piloso. Se

informa al enfermero, antes del inicio, de la caída del cabello. Se da indicación de los efectos de la quimioterapia sobre los folículos pilosos, con respecto a la caída del cabello ya sea total o parcial. Intentar conocer el impacto de la alopecia en el paciente, ya que en variados casos causa un estrés psicológico. Discutir las posibilidades o estrategias que se puedan seguir. Si su imagen le preocupa, se le inducirá a utilizar peluca, pañuelo o sombreros.

*dermatitis, rash cutáneo, e hiperpigmentación: se usa talquistina para calmar el prurito y evitar la exposición al sol.

Sistema hematológico:

*leucopenia: la incidencia máxima en cuanto a la disminución de las cifras de leucocitos se produce aproximadamente entre los 7 y 14 días de iniciado el tratamiento. Extremar las medidas de asepsia para prevenir la infección. Evitar el uso de sondas vesicales. Aislamiento del enfermo. Control de la temperatura cada 8 horas, comunicando si hay alteraciones. Examinar diariamente la boca en busca de ulceraciones, eritema o placas blanquecinas. Enseñar a los pacientes y familiares a detectar y valorar cualquier signo de posible infección, como fiebre, tumefacción, dolor, tos, exudado... Aconsejarle que evite en lo posible pinchazos y cualquier otro tipo de traumatismo en la piel, por el riesgo de infecciones.

*trombocitopenia: es la presión máxima del estado plaquetario se produce entre los 7-14 días después de iniciado el tratamiento. Se hace presión sobre el punto de inyección de 2-3 minutos para evitar una hemorragia. 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 la palidez cutánea, de lechos inguinales, conjuntiva, mucosa oral; disnea taquicardia, vértigo; toma y valoración de constantes vitales. Si esta empeora se realizarán transfusiones de concentrados de hematíes, previo control de hemoglobina y hematocrito. El paciente debe permanecer cómodo y en reposo, se le dará más tiempo para realizar sus tareas rutinarias para evitar fatiga innecesaria.

Sistema reproductor:

*amenorrea, vaginitis, infecciones fúngicas y esterilidad: se le informara al 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. Si están en edad fértil se les aconsejara consultar a su médico o a planificación familiar.

Sistema urinario:

*: retención de líquidos, cistitis hemorrágica, escozor, disuria, hematuria, insuficiencia renal. Control de ingesta y eliminación, 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.

Sistema neurológico:

*parestias, calambres musculares, pérdida de reflejos tendinosos, dolores 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:

*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:

*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.

Cuidados de enfermería al paciente con dolor.

Esta es una necesidad siempre, pero, en el ámbito de los cuidados paliativos, constituye una exigencia imprescindible para que el esfuerzo asistencial alcance su objetivo último, el bienestar del paciente. En el contexto de la enfermedad terminal y los cuidados paliativos, el dolor constituye un síntoma preponderante, responsable de una buena parte de la pérdida de confortabilidad y de la merma funcional en el paciente. La evolución crónica de los procesos convierte la queja del paciente en un elemento estresante y desgastador que afecta no sólo a los familiares sino también a los profesionales. Este es un punto fundamental en la participación de los cuidados de enfermería del paciente con dolor. El enfermero/a suele ser el profesional más cercano al paciente, tanto cuando se encuentra ingresado como cuando está en su medio domiciliario. Dentro del equipo asistencial, estas cualidades, además de la adecuada formación, integración y participación, deben propiciar que la enfermería asuma un papel clave en el manejo del dolor. Nivel interdependiente, junto al resto del equipo multidisciplinar, participando desde su área de formación y conocimientos en la valoración, administración de tratamientos y seguimiento de la evolución del paciente y del grupo familiar. La repercusión, los efectos que ese dolor tiene sobre su calidad de vida y confort, relaciones sociales, familiares, etc. Es fundamental identificar si el paciente tiene dolor en el momento de la entrevista inicial. En el abordaje inicial es también imprescindible preguntar al paciente sobre experiencias dolorosas pasadas, que utilizó y la eficacia de los métodos empleados incluyendo los efectos secundarios. La identificación de temores y conceptos erróneos relativos al uso de analgésicos, control de efectos secundarios y riesgo de adicción, constituyen auténticas piedras en el camino del manejo del dolor. Las intervenciones irán encaminadas a disminuir en lo posible todos los factores que disminuyen el umbral y a potenciar los que lo incrementan. No es de ninguna utilidad juzgar el dolor de los demás. El cuidado de enfermería debe reconocer la presencia de la experiencia dolorosa del paciente, escuchar atentamente y evaluar los factores que la condicionan. Con la familia se debe trabajar desde el primer momento con el objetivo de que constituya un apoyo en el tratamiento del paciente.

Desterrar conceptos erróneos sobre el dolor y los analgésicos, evitar juicios de valor sobre la veracidad o no de las quejas, explicar el significado del dolor, ayudar a planificar las actividades de acuerdo con las limitaciones y/o reduciendo las incomodidades, en definitiva, transmitir apoyo y consejo profesional que facilite la obtención de los máximos niveles de autonomía y confortabilidad posibles para el paciente con el menor coste de salud en el entorno familiar.

- Establecer con el paciente y su familia los objetivos de control del dolor, cuál es la intensidad del dolor que al paciente le permite un nivel de comodidad y función suficientes para percibir una calidad de vida digna, y qué métodos han resultado eficaces para reducir la intensidad del dolor.
- Rápida intervención cuando el paciente demande un analgésico. No es adecuado en un paciente paliativo-probablemente en ningún paciente que demanda un analgésico someterle a una espera basada en la expectativa del «aguante» que «igual se pasa» o en la rigidez de los esquemas terapéuticos que a veces se fomenta desde los propios profesionales. Hacer esperar por un analgésico o una actitud «recelosa» a la hora de administrarlos, son conductas que no hacen sino aumentar la ansiedad y la desesperanza del enfermo y, como consecuencia, el dolor. Cualquiera de los profesionales implicados en la atención del paciente que identifique una situación de infra tratamiento del dolor, debe ponerlo en conocimiento del/los profesionales implicados y responsables de las órdenes terapéuticas a fin de que se revisen y adecuen a la situación evolutiva. Qué fármaco y qué dosis resultó eficaz es información que no debe quedar a merced de la memoria para su transmisión posterior. Por otra parte, al paciente le transmite interés real por parte de los profesionales y refuerza la relación y confianza terapéuticas. En el medio domiciliario forma parte de la educación sanitaria en dolor animar al paciente y/o a familiares a llevar un «diario del dolor». Registrar la intensidad del dolor, los momentos en que ocurren los accesos de mayor intensidad, las acciones que facilitan o reducen la percepción del dolor, etc., son aspectos necesarios para la elección de los fármacos y el ajuste de dosis.

Ayudar al paciente y/o la familia a organizar la medicación, identificar los fármacos en uso y retirar los que no han de ser tomados, anotar todos los tratamientos, dosis, momentos de administración, compatibilidades/incompatibilidades con otros, relación con alimentos, etc., son cuestiones que no siempre se explican suficientemente, no siempre se entienden adecuadamente y, a la hora de la verdad, no siempre se ejecutan según lo esperado. Las manipulaciones quirúrgicas, las movilizaciones y otras maniobras han de tener su limitación y ésta la establece el bienestar del paciente, no los intereses o pareceres de familiares y profesionales. Esto es especialmente importante y válido en el paciente que presenta limitaciones y/o imposibilidad de comunicación verbal, y en los pacientes con niveles de consciencia reducidos.

- Registrar la aparición y monitorizar los efectos secundarios de los fármacos. Los profesionales de enfermería deben conocer y reconocer esos efectos, si aparecen transmitir la información y, en todo caso y siempre que sea posible, anticipar al paciente y a la familia los efectos secundarios previsibles, su significado y pautas para su control y / o comunicación.
- Se debe proporcionar información comprensible a la familia, utilizar un lenguaje asequible, coloquial, evitando tecnicismos, aclarando términos, explicando el significado de los mismos cuando se utilicen, adecuándose en todo momento al nivel cultural del paciente y de su familia y a las necesidades especiales que pudieran tener, por ejemplo, hablando en un tono elevado si existe un déficit auditivo. Si los familiares y el entorno más próximo al paciente conocen lo que sucede y las medidas que se están adoptando, su apoyo será más eficaz para el enfermo. En el tratamiento del paciente paliativo es imprescindible contar con la presencia de un cuidador principal competente, que asegure una adecuada evaluación continuada del dolor y de la eficacia de los tratamientos iniciados.

El enfermero en estado de shock

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

Síndrome de shock: todos los tipos de shock pueden producir alteración de la perfusión tisular y desarrollar insuficiencia circulatoria aguda o síndrome de shock, este último es una respuesta sistémica generalizada a una perfusión tisular inadecuada.

Clasificación:

*hipovolémico.

*cardiogénico.

*distributivo: séptico, anafiláctico y neurogénico.

Shock hipovolémico: se produce por un inadecuado aporte en el volumen de los líquidos en el espacio intravascular, esta es la forma más común de shock. Sus manifestaciones varían en función de la importancia de la pérdida de líquidos y de la capacidad de compensación de los pacientes. Cuidados de enfermería: 1. 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. 2. Contribuir a la sustitución de volumen: Colocar catéteres intravenosos periféricos cortos y de gran diámetro calibre 14 ó 16, rápida administración de líquidos prescritos. 3. Monitorizar al paciente: Con la finalidad de tener todos los parámetros hemodinámicos disponibles para detectar la aparición de manifestaciones clínicas de sobrecarga hídrica, previniendo así otros problemas asociados.

Shock cardiogénico: se produce cuando el corazón no puede bombear con eficiencia la sangre, produciéndose por alteración del ventrículo derecho, izquierdo o ambos. Sus manifestaciones son:

- 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.

Shock anafiláctico: es de tipo distributivo y se produce por una reacción de hipersensibilidad inmediata, es un proceso grave que requiere una pronta intervención, la respuesta antígeno-anticuerpo provoca una disminución de la perfusión tisular a partir de cualquier sustancia. Sus manifestaciones son:

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.

Cuidados 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.

Shock neurológico: es de tipo distributivo, es el resultado de la pérdida o supresión del tono simpático. Manifestaciones:

- 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.

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

El departamento quirúrgico

El quirófano es la sala o habitación que hay en sanatorios, hospitales o centros de atención médica y están especialmente acondicionadas para la práctica de operaciones quirúrgicas en los pacientes que así lo requieran. Este mismo puede tener otras funciones: suministro de anestesia, acción de reanimación entre otros.

Condiciones que debe tener un quirófano para cumplir satisfactoriamente con su misión:

- Debe ser un espacio cerrado
- Debe ser un espacio independiente respecto al resto de la institución médica, pero, cercano a las áreas sensibles como la sala de emergencia, el banco de sangre, laboratorio de análisis clínicos, farmacia.
- La circulación de personas es mínima, solo se permite el acceso al paciente, el equipo interdisciplinario que actúa en la operación: cirujano, anestesista, radiólogo, gastroenterólogo, enfermero de quirófano, auxiliar de enfermería, camillero, instrumentador quirúrgico.
- La limpieza y aspiración de lograr un grado cero de contaminación es otra condición sin embargo se debe observar el quirófano y las habitaciones contiguas que se hayan anexado; la misma se logrará limitando el acceso de personas a lo necesario, realizando profundas limpiezas y desinsectaciones varias veces al día y removiendo todo el material de desecho.
 - El quirófano debe ocupar un lugar central debido a una evidente necesidad de estar cerca de algunas estructuras de acogida o de hospitalización, así como los servicios médico-técnicos, y esto debe guiar su construcción en un nuevo hospital.
 - El ecosistema del quirófano debe mantenerse a un nivel de contaminación mínimo por medio de una limpieza cuyos ritmos establecidos deberán observarse escrupulosamente. Los principios de la limpieza deben ser codificados por procedimientos escritos discutidos por cada equipo.

Áreas de quirófano:

*área no restringida: el personal puede vestir ropa de calle, el equipo portátil que aun no ha sido desinfectado debe permanecer en esta área. Es un área controlada en donde se detiene a las personas que van llegando al área quirúrgica.

*área de transición: las personas se están preparando para ingresar a las áreas semirrestringidas; se cambia la ropa de calle por ropa de quirófano y es necesario también una autorización de ingreso. Aquí se encuentran los vestidores; se debe mantener pulcritud y meticulosidad, para evitar entrar polvo y la generación de áreas para la colonización de bacterias.

*área semirrestringida: acá solo se permite acceso con ropa quirúrgica. Los corredores entre los distintos cuartos del departamento las áreas de procesamiento del instrumental y los implementos, las áreas de almacenamiento o closets son áreas semirrestringidas.

*área restringida: es el área más limpia del quirófano incluye 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 de estar cerradas. Solo el personal vestido adecuadamente puede entrar.

Generalidades del proceso quirúrgico

La enfermería quirúrgica se conoce también como enfermería de cuidados médico-quirúrgicos. Entre sus labores profesionales están el preparar a cada paciente para la cirugía. También se encarga de dar apoyo al anestesista preparando los equipos y tratamientos necesarios, así como de velar por la seguridad del paciente durante la administración de la anestesia. Además, se encarga de observar los monitores, así como otros equipos durante las operaciones para comprobar el estado del paciente en todo momento.

Tras la intervención, el profesional de enfermería quirúrgica se encarga de dar soporte a los pacientes durante su tiempo de recuperación en el postoperatorio. En el equipo humano dedicado a la atención quirúrgica la enfermera ocupa un lugar de igual importancia a la del cirujano, con funciones que son interdependientes y complementarias.

Funciones de 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 participación de esta enfermera en la visita le permite enterarse de otros aspectos de enorme trascendencia en la preparación preoperatoria, lo cual le facilita su propio plan de manejo.

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 aeroespacial y la cirugía. En el quirófano se congregan máquinas e instrumentos de alta precisión, gracias a los cuales se puede intervenir sobre la totalidad de las funciones orgánicas para ejecutar operaciones que hasta hace poco pertenecían al campo de la ciencia ficción.

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; 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 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 anestesista. 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. Es recomendable constituir una Comisión de Seguridad del Paciente para el bloque Quirúrgico, debido a que no hay ninguna actuación del personal que no tenga impacto directa o indirectamente en el paciente.