



ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: RAQUEL LOPEZ ROBLERO

MATERIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA I

NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ

LICENCIATURA: EN ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE: QUINTO CUATRIMESTRE

Frontera Comalapa, Chiapas 2022

INTRODUCCION

EN ESTE ENSAYO VEREMOS UNOS TEMAS MUY IMPORTANTES QUE NOS AYUDARA A SABER Y ENTENDER AL PACIENTE CUANDO LLEGA ENFERMO Y ASI TENER UN POCO MAS DE CONOCIMIENTO PARA HACER BIEN NUESTRO TRABAJO COMO ENFERMEROS UN EJEMPLO SERIA EL ENFERMO ONCOLOGICO Y SUS CUIDADOS QUE DEBE LLEVAR ,EL OBJETIVO Y LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARA ACABO O QUE HACER CUANDO LLEGA CON DOLOR

EL ENFERMO ONCOLÓGICO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON QUIMIOTERAPIA.

Este tema trata sobre los cuidados de enfermería que estos pacientes precisan, ya que van siempre relacionados con los efectos secundarios originados por el tratamiento es así como tienen relación al paciente y la aparición de efectos tóxicos.

Estará condicionada por el estado general del paciente ya sea físico y psíquico.

Uno de sus objetivos es conocer los efectos secundarios más habituales asociados a la quimioterapia sobre los principales sistemas corporales para así prevenir o mitigar los problemas que el paciente pueda presentar a consecuencia de dichos efectos secundarios. Sus procedimientos serían:

A- APARATO DIGESTIVO PROBLEMA POTENCIAL: náuseas

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Informar de su aparición, suele ser a las 2-3 horas de la administración de la quimioterapia y pueden durar hasta 72 horas. Disminuir la ansiedad. Administrar antieméticos antes, durante y después del tratamiento.

PROBLEMA POTENCIAL: vómitos

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Pueden ser agudos (primeras 24 horas, siendo muy intensos), anticipatorios (antes de la quimioterapia) y retardados (aparecen después de las primeras 24 horas, Vigilar la deshidratación. Si los vómitos son graves y prolongados es probable que aparezcan trastornos en el equilibrio electrolítico y deshidratación y aconsejar comidas hipercalóricas e hiperproteicas pequeñas y frecuentes, líquidos abundantes: sopas, zumos, bebidas energéticas

PROBLEMA POTENCIAL: estreñimiento

CUIDADOS DE ENFERMERIA: *f* Suele aparecer entre los 5-8 días siguientes al tratamiento. Algunos citostáticos pueden causar estreñimiento, causando un trastorno de la motilidad intestinal y se debe recomendar al paciente que tome alimentos ricos en fibra y residuos, para facilitar el tránsito intestinal (fruta con piel, verdura, cereal integral, ciruelas, higos también aconsejar al paciente que realice ejercicio (paseos) y masaje abdominal (rotatorio, empezando por el lado derecho y con una ligera compresión).

PROBLEMA POTENCIAL: diarrea

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Se considera diarrea como consecuencia del tratamiento con citostaticos cuando hay 3 o más evacuaciones liquidas en las 24 horas siguientes a la administración de la quimioterapia con dolor cólico y distensión abdominal. Normalmente aparece: como consecuencia de la utilización a dosis altas de antieméticos, asociada al uso de algunos citostaticos, como consecuencia de una mucositis grave que afecte a la totalidad del tracto gastrointestinal.

PROBLEMAS POTENCIALES: mucositis y estomatitis

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Se deberá informar al paciente sobre los distintos efectos de la quimioterapia sobre el tracto gastrointestinal y la boca. Aparece a los 7-14 días de la administración de citostaticos y puede permanecer durante 2-3 semanas. Puede afectar a la cavidad oral y también a parte de la mucosa gastrointestinal.

PROBLEMAS POTENCIALES: esofagitis y disfagia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Se pueden mitigar comiendo purés blandos, tomando líquidos abundantes y evitando especias, tabaco y alcohol.

PROBLEMA POTENCIAL: anorexia **CUIDADOS DE ENFERMERIA:** Las causas son la fatiga, la alteración del sentido del gusto, las náuseas y el estrés.

B- SISTEMA EPITELIAL

PROBLEMA POTENCIAL: alopecia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Se trata de un efecto frecuente que varía en función del tipo de tratamiento quimioterápico utilizado. Ocurre por la rápida frecuencia de división de las células del folículo piloso.

PROBLEMAS POTENCIALES: dermatitis, rash cutáneo e hiperpigmentación

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Usar talquistina para calmar el prurito y evitar la exposición al sol (fotosensibilidad).

C- SISTEMA HEMATOLÓGICO PROBLEMA POTENCIAL: leucopenia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: 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. Lavado de manos antes y después de realizar cualquier técnica. Utilizar guantes desechables. Realizar una manipulación aséptica de la vía endovenosa, así como vigilancia y mantenimiento de los catéteres implantados

PROBLEMA POTENCIAL: trombocitopenia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: La depresión máxima del estado plaquetario se produce aproximadamente entre los 7-14 días de iniciado el tratamiento. Hacer presión sobre el punto de inyección 2-3 minutos para evitar hemorragias y evitar la administración de medicamentos por vía im y/o rectal.

PROBLEMA POTENCIAL: anemia

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Valorar y vigilar principalmente la palidez cutánea, de lechos inguinales, conjuntiva, mucosa oral; disnea, taquicardia, vértigos; toma y valoración de constantes vitales mas Si la anemia empeora se realizaran transfusiones de concentrados de hematíes, previo control de hemoglobina y hematocrito.

D- SISTEMA REPRODUCTOR

PROBLEMAS POTENCIALES: amenorrea, vaginitis, infecciones fúngicas y esterilidad

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Educación para la salud: Se instará a la paciente a que extreme las medidas de higiene locales. En cualquier tratamiento citostatico debe evitarse el embarazo.

E- SISTEMA URINARIO

PROBLEMAS POTENCIALES: retención de líquidos, cistitis hemorrágica, escozor, disuria, hematuria, insuficiencia renal (polaquiuria, oliguria, anuria y edemas).

CUIDADOS DE ENFERMERIA: 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...)

F- SISTEMA NEUROLÓGICO

PROBLEMAS POTENCIALES: parestesias, calambres musculares, pérdida de reflejos tendinosos, dolores neurálgicos, cansancio, euforia o depresión, íleo paralítico, letargia progresiva y convulsiones.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: 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.

G- SISTEMA CARDIOVASCULAR

PROBLEMAS POTENCIALES: taquiarritmia, miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardiaca congestiva y flebitis en punto de infusión

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Revisión de la vía canalizada para la infusión del citostatico. Detección de signos y síntomas relacionados con estos cuadros.

H- SISTEMA RESPIRATORIO

PROBLEMAS POTENCIALES: tos, disnea, dolor torácico, fiebre y exudado pulmonar.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: 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

En este subtema veremos sobre que cuidados deberíamos de ofrecer al paciente con dolor ya que la multidimensionalidad del dolor implica la necesidad de una intervención interdisciplinar, integral y coordinada entre los diferentes profesionales que forman los equipos asistenciales. Y su objetivo sería el bienestar del paciente. El significado del dolor es diferente para cada persona y situación: disminución de la autonomía, amenaza y sufrimiento, mal pronóstico, muerte cercana, pérdida de la calidad de vida, dependencia, también nos dice que al hablar del contexto de enfermedad podemos encontrar 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.

En el enfermo paliativo, el dolor no suele ser el único síntoma presente, sino que, habitualmente, se suma a un amplio ramillete sintomático en el que el estreñimiento, la anorexia, la astenia, el insomnio, la tristeza o la soledad, entre otros, actúan como elementos potenciadores de la percepción dolorosa que precisan ser identificados, evaluados y tratados de manera simultánea.

Los cuidados de enfermería en el tratamiento del dolor: De manera didáctica, los cuidados de enfermería se pueden agrupar en torno a dos niveles fundamentales de participación en el manejo del dolor: Nivel independiente, implica la valoración, planificación y administración de tratamientos de enfermería, fundamentalmente técnicas no invasivas de control del dolor y educación de hábitos para prevenir o disminuir el número de episodios

la intervención de enfermería en el dolor implica:

- Valorar la experiencia dolorosa, verificando con el paciente:
- La localización,
- La intensidad,
- La cualidad (opresivo, quemazón, punzante, descargas eléctricas, etc.)

- El inicio y duración del episodio doloroso.

Es fundamental identificar si el paciente tiene dolor en el momento de la entrevista inicial. Si es así, es necesario propiciar las intervenciones necesarias para proporcionar alivio. La valoración inicial va a servir de guía para desarrollar el plan de tratamiento del dolor.

- Valorar factores que aumentan y disminuyen la tolerancia al dolor y planificar las intervenciones: o factores que disminuyen el umbral del dolor: la incomodidad, el insomnio, el cansancio, el miedo, la tristeza, la rabia, la depresión, el aburrimiento, la introversión, el aislamiento y el abandono social. o factores que aumentan el umbral de dolor: el sueño, el reposo, la simpatía, la empatía, la comprensión, la solidaridad, las actividades de diversión, la reducción de la ansiedad y la elevación del estado de ánimo.
- 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.
- Fármacos.
- Tratamientos no farmacológicos
- Fomentar la adaptación al síntoma evitando generar falsas expectativas. Frases como “no se preocupe que le vamos a quitar el dolor”, en el ámbito del dolor crónico, no se ajustan al objetivo real, minimizar y/o controlar la percepción dolorosa para que interfiera lo menos posible con la actividad de la persona.
- Proporcionar a la persona un alivio óptimo
- Prevención; Lo apropiado en el tratamiento del dolor del enfermo paliativo es administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor
- Rápida intervención cuando el paciente demande un analgésico.
- Valorar la respuesta a analgésicos. Tan importante como identificar la intensidad del dolor al inicio de la intervención, es reevaluar su evolución en el tiempo y conforme se implementa el plan terapéutico.
- Otro aspecto importante a tener en cuenta es “el dolor yatrógeno”, es decir, el dolor generado por la insistencia de familiares y profesionales en aspectos como “la movilidad a pesar de que desencadene dolor” o por exploraciones cruentas sin un balance claro de beneficio, o por objetivos terapéuticos inadecuados, por ejemplo,

prevención/curación de úlceras por presión en pacientes en situación de últimos días.

- Registrar la aparición y monitorizar los efectos secundarios de los fármacos.
- Apoyar a la familia para que responda positivamente a la experiencia dolorosa del paciente.

- **ASPECTOS GENERALES DEL USO DE ANALGÉSICOS:**

- Nunca se debe usar placebos pues, además de representar un comportamiento éticamente discutible, facilita la desconfianza del enfermo en el tratamiento y en el equipo de salud.
- La potencia del analgésico a utilizar la determinará la intensidad del dolor no el diagnóstico ni el pronóstico de la enfermedad.
- Siempre que sea posible se usará la vía oral, debiéndose elegir aquella/s vía/s que ofrezca/n la mayor eficacia en el control del síndrome doloroso.
- La percepción del dolor ejerce un efecto de “recuerdo permanente” de la enfermedad. Reducir esa percepción disminuye la cascada de anticipación y de sufrimiento que el dolor desencadena y facilita la mayor eficacia analgésica con las menores dosis.
- Hay que incrementar los esfuerzos de educación y formación de la población, en general, y, también, de los profesionales, en particular.
- El objetivo es desterrar mitos como “la morfina conduce a la drogadicción”, “un buen paciente tiene que saber aguantar el dolor”, o “si tomo más medicación, cuándo tenga más dolor no me hará efecto”.
- El uso de fármacos, en general, y analgésicos, en particular, debe apoyarse siempre mediante una “hoja de tratamiento” en la que quedan recogidos los nombres y pautas de todos los fármacos que se prescriben.

- **ASPECTOS PRÁCTICOS EN LA UTILIZACIÓN DE OPIOIDES:**

- Los fármacos opioides constituyen el grupo analgésico más comúnmente utilizado en el tratamiento del dolor moderado e intenso, habitual en el ámbito de los cuidados paliativos.
- Hay que explicar los efectos secundarios que pueden aparecer al utilizar este grupo farmacológico.

- □ Nauseas y/o vómitos, que pueden aparecer al inicio del tratamiento y que son transitorios, hasta que “el cuerpo se acostumbra a la medicación o también sequedad de boca.

EL ENFERMO EN ESTADO DE SHOCK

Atención de Enfermería al Paciente en Estado de Choque

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

El estado de shock (choque) ha causado motivo de incertidumbre, investigación, discusión y cambios continuos en la terminología y fisiopatología, por tal motivo ha sido y será un reto para la enfermera (o) estar actualizada en los nuevos conceptos del estado de shock su objetivo Conocer los signos y síntomas del estado de choque y las intervenciones que la enfermera (o) debe realizar a los pacientes que presentan este estado.

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 líquidos en el espacio intravascular, esta es la forma más común del shock.

Valoración y 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

Las medidas preventivas incluyen identificación de los pacientes de riesgo y la valoración constante del equilibrio hídrico. Los pacientes con shock hipovolémico pueden tener varios diagnósticos de enfermería, dependiendo de la progresión del proceso, la prioridad de éstos es la siguiente:

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

El shock Cardiogénico 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 sistólica menor de 90 mmHg.
- ❖ Frecuencia cardíaca mayor de 100 pulsaciones por minuto pulso débil y filiforme.
- ❖ Disminución de los ruidos cardiacos.

- ❖ Alteraciones sensoriales.
- ❖ Piel fría, pálida, húmeda.
- ❖ VU menor de 30 ml/h.
- ❖ Dolor torácico.
- ❖ Arritmias.
- ❖ Taquipnea.

Cuidados de enfermería

Las medidas preventivas incluyen la identificación de los pacientes de riesgo y la valoración cardiopulmonar continua. Los pacientes con shock cardiogénico pueden presentar los siguientes diagnósticos 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

El shock anafiláctico es de tipo distributivo y se produce por una reacción de hipersensibilidad inmediata, es un proceso grave que requiere una pronta intervención

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

Cuidados de enfermería

Las medidas preventivas incluyen la identificación de pacientes de riesgo y la cuidadosa valoración de las respuestas de los enfermos a la administración de fármacos, sangre y productos sanguíneos.

Shock neurogénico

El shock neurogénico es de tipo distributivo, es el resultado de la pérdida o supresión del tono simpático. Manifestaciones clínicas

Los pacientes con shock neurogénico suelen presentar inicialmente los siguientes síntomas:

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

Cuidados de enfermería

Entre las diversas medidas preventivas se incluyen la identificación de los pacientes de riesgo y la valoración continua del estado neurológico.

Las prioridades del cuidado de enfermería son:

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

El departamento quirúrgico

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 demande y un quirófano debe cumplir satisfactoriamente con su misión se cuentan:

- 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: cirujano, anestesista, radiólogo, gastroenterólogo, enfermero de quirófano, auxiliar de enfermería, camillero, instrumentador quirúrgico

Áreas de quirófano

- 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.
- Área de transición. En esta zona, las personas se están preparando para ingresar a las áreas semirestringidas o restringidas; se cambia la ropa de calle por la de quirófano, y es necesaria también una autorización de ingreso.
- Área semirestringida. Aquí solo se puede tener acceso con ropa quirúrgica, es decir, pijama quirúrgico.

- 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.

Generalidades del proceso quirúrgico

enfermería quirúrgica se conoce también como enfermería de cuidados médico-quirúrgicos. Estos profesionales se encargan de ayudar tanto a los anestesiólogos como a los cirujanos en la atención a los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas. Entre sus labores profesionales están el preparar a cada paciente para la cirugía. También se encarga de dar apoyo al anestesiólogo preparando los equipos y tratamientos necesarios, así como de velar por la seguridad del paciente durante la administración de la anestesia.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA QUIRÚRGICA: 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.

Cinco funciones principales cumple en la actualidad la enfermera en las salas de cirugía:

1. Jefatura y supervisión de los quirófanos.
2. Instrumentación quirúrgica, con especialización en las disciplinas principales: cirugía general, cirugía cardiotorácica, cirugía vascular, neurocirugía, ortopedia, urología, oftalmología y otorrinolaringología.
3. Enfermera circulante, labor que representa una verdadera dirección de orquesta durante la intervención quirúrgica.
4. enfermera de anestesiología, un campo relativamente novedoso que se refiere a la colaboración con la labor del anestesiólogo mediante el desempeño de funciones específicas.
5. Gerencia de las salas de cirugía. La enfermera en los servicios quirúrgicos. 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 postoperatoria.
 - Esterilización central.
 - Epidemiología quirúrgica (control y vigilancia de la infección quirúrgica).
 - Servicio de urgencia.
 - Unidad de trauma.
 - Unidad de cuidado intensivo

La enfermera/o instrumentista. Las competencias fundamentales que debe reunir quien realice este papel dentro del quirófano son la capacidad de reacción y priorización ante una situación crítica o urgente que aparezca una vez iniciada la intervención (una hemorragia por ejemplo); la atención plena al campo quirúrgico y a las necesidades y solicitudes de los cirujanos, anticipándose a las mismas siempre que sea posible el orden y la disciplina para mantener el instrumental y el equipo estéril lo más limpio posible, identificando material que haya podido contaminarse

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.

Atención de Enfermería en el preoperatorio

Cuidados Pre-operatorios

En el contexto hospitalario, y en especial en el escenario quirúrgico, el paciente será el centro de atención constante para brindar una atención integral y de calidad en la que el personal de enfermería juega un papel importante, sin embargo, el trabajo en equipo es indispensable para lograr la calidad durante las etapas peri-operatorias, clasificadas de la siguiente manera:

Valoración prequirúrgica

La valoración proporciona datos básicos del paciente, iniciando con al somatometría, cifras de signos vitales, anamnesis, historia clínica, el estado nutricional, de hidratación, etc.
Historia clínica

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

Atención de Enfermería en el post- operatorio.

Es el tiempo que transcurre desde que el paciente concluye su participación en la cirugía extendiéndose hasta que es dado de alta, para su recuperación total o para que continúe su recuperación en su domicilio, con una finalidad didáctica se divide en inmediato y mediato. 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.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO POSOPERATORIO INMEDIATO.

- 1.-Preparar la unidad de recuperación del paciente.
- 2.-Recibir al paciente con el expediente clínico correcto.
- 3.-Colocar y proteger al paciente en la posición indicada o requerida.
- 4.-Mantener vías respiratorias permeables.
- 5.-Conectar y mantener el funcionamiento de los equipos de drenaje, succión etc.
- 6.-Control y registro de los signos vitales.
- 7.-Participar en la administración de líquidos parenterales y terapéuticos de restitución.
- 8.-Tranquilizar al paciente.
- 9.-Detección de manifestaciones clínicas.

CONCLUSION

DESPUÉS DE TODO LO MENCIONADO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y EN QUE LO PODEMOS UTILIZAR A LO LARGO DE NUESTRO TRABAJO COMO ENFERMEROS , TAMBIÉN DE CÓMO PONERLO EN PRÁCTICA CON PACIENTES QUE LLEGAN Y DARLES UNA MEJOR ATENCION, COMO POR EJEMPLO:

TODA HERIDA REQUIERE DE PRIMEROS AUXILIOS SEA DE MENOR O DE MAYOR GRADO, MUY IMPORTANTE PRESTAR ATENCIÓN LAS HEMORRAGIAS ARTERIALES YA QUE ESTAS SON LAS MÁS ABUNDANTES QUE DE NO SER CONTROLADA INMEDIATAMENTE, PROVOCA LA MUERTE DEL PACIENTE. TENER PRESENTE QUE, AUNQUE TRAS UN GOLPE NO SE OBSERVE HEMORRAGIA EXTERNA PUEDE QUE EXISTA INTERNAMENTE LO CUAL PUEDE AFECTAR A LA PERSONA. EXISTEN VARIOS TIPOS DE DIAGNÓSTICOS PARA SABER EXACTAMENTE LA ENFERMEDAD O EL ÓRGANO AFECTADO EN ALGUNOS PACIENTES QUE HOY EN DÍA SON UTILIZADOS, ENTRE ELLOS LA BIOPSIA, RADIOLOGÍAS Y ULTRASONIDOS

BIBLIOGRAFIA

Bibliografía básica:

2. Navarro Gómez María Victoria, (2005), "Enfermería Medico Quirúrgica, Necesidad de comunicación y seguimiento", Editorial Masson.
3. Lidon Barrachina Belles (2006) "Enfermería Medico Quirúrgica Generalidades", Editorial Masson.
4. Chocarro González Lourdes, "Procedimientos y cuidados en enfermería Medico Quirúrgica" Editorial Elsevier España.

Bibliografía Complementaria:

1. Brunner- Suddarth (2010) "Enfermería Medico Quirúrgica" 12 Edición, Editorial Wolters Klower.
2. Le Mone Priscila, (2010) "Enfermería Medico Quirúrgica Vol. II", Editorial Preason.
3. C. Suzonne, Smeltzer (2011)" Enfermería Medico Quirúrgica Vol I", Editorial Mc Graw Hill.