



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: Handy Rodríguez Moreno.

TEMA: Técnicas y procedimientos y el enfermo oncológico.

PARCIAL: I.

MATERIA: Enfermería medico quirúrgica I.

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García.

LICENCIATURA: En enfermería.

CUATRIMESTRE: 5to.

Frontera Comalapa Chiapas a 14 de febrero del 2023.

UNIDAD III

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base

Ante todo trastorno del equilibrio ácido-base se debe trazar la siguiente estrategia.

Identificar de qué tipo de trastorno se trata.

Saber si la compensación es adecuada.

Conocer la causa del trastorno ácido-base.

Parámetros básicos que se emplean.

Son

- Concentración plasmática de H^+ que en la práctica se mide como pH (logaritmo negativo de la concentración de H^+).
- La presión parcial de CO_2 arterial (pCO_2).
- La concentración plasmática de bicarbonato o CO_2 total.
- El anión Gap (intervalo o brecha aniónica).

Clasificación de los trastornos ácidos base.

Son

- ✓ Acidosis: Proceso que tiende a disminuir el pH (por incremento de la concentración de H^+), inducida por una disminución en la concentración de Bicarbonato o por un aumento en la pCO_2 .
- ✓ Alcalosis: Proceso que tiende a incrementar el pH (por reducción de la concentración de H^+), inducida por una elevación en la concentración de Bicarbonato o por una disminución en la pCO_2 .
- ✓ Los términos metabólicos o respiratorios se refieren según se modifiquen respectivamente la concentración de bicarbonato o la pCO_2 .

Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base

Hiponatremia

La hiponatremia se produce cuando la concentración de sodio en la sangre es anormalmente baja.

Síntomas

- Náuseas y vómitos.
- Dolor de cabeza.
- Desorientación.
- Pérdida de energía, somnolencia y cansancio.
- Agitación e irritabilidad.
- Debilidad, espasmos o calambres musculares.
- Convulsiones.
- Coma.

Causas

• **Algunos medicamentos.** Algunos medicamentos, como algunas píldoras de agua (diuréticos), antidepresivos y analgésicos, pueden interferir en los procesos renales y hormonales normales que mantienen las concentraciones de sodio dentro del nivel normal saludable.

- **Problemas cardíacos, renales y hepáticos.** La insuficiencia cardíaca congestiva y determinadas enfermedades que afectan los riñones o el hígado pueden provocar la acumulación de líquidos en el cuerpo, lo que diluye el sodio en el cuerpo, y disminuye el nivel total.
- **Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética.** En este trastorno, se producen niveles altos de la hormona antidiurética (HAD), lo que hace que el cuerpo retenga agua en lugar de excretarla con normalidad en la orina.
- **Vómitos o diarrea crónica o intensa y otras causas de deshidratación.** Esto hace que el cuerpo pierda electrolitos, como el sodio, y también aumenta los niveles de la HAD.
- **Beber demasiada agua.** Beber una cantidad excesiva de agua puede provocar un nivel bajo de sodio, ya que la capacidad de los riñones de excretar agua se ve sobrepasada. Debido a que se pierde sodio a través de la sudoración.

Hipercalcemia

La hipercalcemia es una enfermedad en la que el nivel de calcio en la sangre está por encima del normal.

Síntomas

Los riñones. El exceso de calcio hace que los riñones trabajen más duro para filtrarlo. Esto puede provocar sed excesiva y micción frecuente.

Aparato digestivo. La hipercalcemia puede causar malestar estomacal, náuseas, vómitos y estreñimiento.

Huesos y músculos. En la mayoría de los casos, el exceso de calcio en la sangre proviene de los huesos, lo cual los debilita. Esto puede causar dolor en los huesos y debilidad muscular.

Cerebro. La hipercalcemia puede interferir en el funcionamiento del cerebro, lo que provoca confusión, letargo y fatiga. También puede causar depresión.

Corazón. En raras ocasiones, la hipercalcemia grave puede interferir en la función cardíaca, lo cual causa palpitaciones y desmayos, indicaciones de arritmia cardíaca y otros problemas cardíacos.

Causas

Es causada por

- ✦ Glándulas paratiroides hiperactivas (hiperparatiroidismo).
- ✦ Cáncer.
- ✦ Factores hereditarios.
- ✦ Inmovilidad.
- ✦ Deshidratación grave.
- ✦ Medicamentos.
- ✦ Suplementos.
- ✦ Otras enfermedades. Algunas enfermedades, como la tuberculosis y la sarcoidosis.

Hipocalcemia

Es un trastorno hidroelectrolítico que consiste en la falta de calcio en la sangre, inferior a 8,5 mg/dL. Puede ser de dos tipos según su origen: por reducción del calcio ionizado o por deficiencia de la hormona paratiroidea.

Síntomas

Los síntomas más comunes en la hipocalcemia son parestesias (adormecimiento y hormigueo de los dedos), espasmos faciales o del carpo, reflejos hiperactivos, irritabilidad, entre otros.

Causas

Es causada por

- Hipoparatiroidismo.
- Pancreatitis aguda.
- Déficit de vitamina D.
- Síndrome de Di George.
- Alcoholismo crónico.
- Hipoalbuminemia.
- Hiperfosfatemia.
- Alcoholismo crónico.

Venoclisis

Significa

La introducción de líquido a la luz de una vena y se refiere a establecer una vía permeable entre un contenedor de solución y el torrente sanguíneo venoso.

Material a utilizar

Para la canalización

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - batea y/o mesa auxiliar - esponja jabonosa y toalla - empapador - compresor - catéter endovenoso (con sistema de seguridad), del calibre adecuado. - válvula antirreflujo - tira adhesiva de 1x 10 (esparadrapo) - gasas estériles | <ul style="list-style-type: none"> - solución antiséptica: clorhexidina acuosa al 2% o alcohol 70%, o en su defecto povidona yodada al 10% - apósito quirúrgico estéril 5 x 9 cm. - guantes no estériles - contenedor de material punzante y otro contenedor para material usado |
|---|--|

Para sueroterapia continua

- sistema de infusión que incluya llave de tres pasos y alargadera de 20 cm.
- suero a perfundir
- pie de gotero
- tiras de esparadrapo para fijar el sistema de infusión.

Para uso intermitente

- Ampolla monodosis de suero salino 0,9 %
- Jeringa de 2cc

Para extracción de muestras exclusivamente

- Llave de tres pasos
- Heparina sódica diluida (Fibrilin® 20 UI/ml)
- Jeringa de 2cc y aguja IV (25 x 9)

Técnica a realizar

Técnicas

Asepsia del personal

- Lavado higiénico de manos con agua y jabón antiséptico, al menos durante 20 s. Secar con toalla de papel desechable y cerrar el grifo usando la misma toalla, evitando el contacto de las manos con el grifo.
- Cuando no es posible acceder a lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución hidroalcohólica.
- Colocarse los guantes no estériles. El uso de guantes no sustituye al lavado de manos.

Selección del catéter

Se deberá elegir el catéter de menor calibre posible, en función de su propósito. En cualquier caso, el calibre del catéter debería ser inferior al de la vena elegida, para permitir el paso de sangre en el vaso y la hemodilución de los preparados que se infunden.

Elección del punto de inserción

En adultos priorizar las extremidades superiores a las inferiores, Priorizar venas distales sobre proximales, en el orden siguiente: mano, antebrazo y brazo . Evitar la zona interna de la muñeca al menos en 5 cm para evitar daño en el nervio radial, así como las zonas de flexión. En caso de presencia de flebitis la elección se hará: en primer lugar el otro miembro y en segundo lugar en el mismo miembro en una zona más proximal. No canalizar venas varicosas, trombosadas ni utilizadas previamente o Si se prevén procedimientos intervencionistas, utilizar el brazo contrario a la zona donde se va a actuar. No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar axilar. Tener en cuenta procesos previos: emplear la extremidad no afectada por ACV, por una FAV, por quemaduras, por implantación de marcapasos, etc... Elección del miembro no dominante (diestro – zurdo). En todo caso atender en lo posible las consideraciones del propio paciente.

Ejecución

Colocarse los guantes no estériles. Lavar la piel de la zona de punción con agua y jabón, y secar. Aplicar la solución antiséptica elegida en la zona, realizando círculos de dentro a fuera. No volver a palpar el punto de punción tras la desinfección. Coger el catéter con la mano dominante. Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre. Retirar el compresor. Conectar al catéter la válvula de seguridad o llave de tres pasos (ya purgada). Si el catéter es para sueroterapia continua, conectar el equipo de infusión, previamente purgado, a la válvula de seguridad, abrir la llave de goteo y comprobar el correcto flujo de la perfusión y la correcta situación del catéter. Si el catéter es para uso intermitente, irrigarlo con suero fisiológico.

Tipos de dietas hospitalarias

Dieta de líquidos claros

ES

Es una dieta de transición, se considera como una etapa intermedia entre el ayuno y el inicio de la alimentación, nutricionalmente inadecuada debido a su pobre o nulo aporte calórico.

Indicaciones

En general se indica en:

- En etapa pre y post operatoria.
- En exámenes de colonoscopia y otras pruebas diagnósticas.
- En pruebas de gabinete que requieren reducción de materia fecal.
- En condiciones agudas de disturbios gastrointestinales obstructivos e inflamatorias.
- En etapa inicial de la transición de la alimentación parenteral a enteral.
- En intolerancia a la alimentación sólida.
- En trastornos de deglución, como estenosis de esófago.

Valor nutricional

Este tipo de dieta aporta aproximadamente de 400 a 600 Kilocalorías.

Dieta de líquidos generales

ES

Es la dieta intermedia entre los líquidos claros y dieta blanda, el cambio debe realizarse de acuerdo a la tolerancia del paciente, es de fácil digestión, contiene poco residuo y ningún condimento, todos los alimentos se proporcionan en consistencia líquida.

Indicaciones

En general se indica para progresar a la siguiente dieta: Cuando el paciente ya ha tolerado la dieta líquida clara, se puede iniciar la líquida general, esta dieta es por vía oral, por lo que el paciente puede paladar el sabor de los alimentos, es la diferencia fundamental de la dieta licuada o enteral, por lo que es de suma importancia verificar buen sabor de los mismos. Es muy útil en alteraciones o patologías que afecten el esófago, laringe y estómago.

Valor nutricional

La dieta aporta aproximadamente un valor de entre 1500 a 1800 Kilocalorías.

Dieta licuada o enteral

La dieta licuada también identificada como alimentación enteral es aquella nutricionalmente completa (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, fibra, vitaminas, minerales y agua) y que es liberada en alguna sección del tracto digestivo, puede ser estómago o intestino (duodeno y yeyuno) y que pasa a través de un dispositivo enteral (sonda), las fórmulas que se utilizan para este tipo de alimentación puede ser: Fórmula industrializada (dieta polimérica) o fórmula artesanal (con alimentos).

Indicaciones

Está indicada en pacientes que requieren apoyo nutricional, por no alcanzar su requerimiento nutricional por vía oral, o tienen imposibilitada la vía natural para el consumo de alimentos, en general son pacientes que no pueden o no deben utilizar la primera porción del tracto digestivo, puede ministrarse durante tiempos prolongados, incluso meses.

Valor nutricional

El valor nutricional puede cubrir en la totalidad las necesidades nutricionales del paciente en una distribución normal de nutrientes.

Dieta semisólida (papilla)

Este tipo de dieta es completa en cuanto a que logra cubrir los requerimientos nutricionales del enfermo, únicamente que la textura esta modificada, pues los alimentos se procesan o muelen, para que quede una consistencia en puré.

Indicaciones

- Parálisis cerebral infantil (sin mayor dificultad para deglutir).
- En presencia de enfermedades o problemas dentales.
- Acalasia (problema de esófago)
- Post operatorio de laringe, esófago.
- Post operaciones estéticas de cuello y cara.
- Carcinoma de esófago.
- Accidente cerebro vascular (sin mayor dificultad para deglutir).
- Y todas aquellas condiciones que afecten la masticación y deglución.

Valor nutricional

El valor puede cubrir en la totalidad las necesidades del paciente en una distribución normal de nutrientes solo cambia la consistencia.

Técnica de nutrición parenteral y enteral

Nutrición parenteral

Nutrición enteral

Es

Es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal (TGI) mediante sonda.

Se toma en cuenta lo siguiente

Valoración nutricional: Para la identificación de los pacientes en el primer momento de la exploración.

Edad del paciente. Es una consideración que habitualmente realiza el pediatra ya que todos conocemos que en la valoración de requerimientos es un factor determinante.

Diagnóstico de la enfermedad de base. Es el factor más importante y decisivo. Se debe valorar la repercusión de la sintomatología en el balance energético proteico.

INDICACIONES DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL

-Todo paciente hospitalizado tiene derecho a recibir el soporte nutricional más adecuado a su situación clínica.

-La NP está la forma de nutrición seleccionada cuando la vía enteral no pueda usarse de una forma segura y con garantías.

-La NP está indicada en pacientes cuyo tracto gastrointestinal no es utilizable para la administración, digestión o absorción de nutrientes debido a alguna causa patológica.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Se divide en

VÍA PERIFÉRICA

Por esta vía

Los nutrientes pueden ser administrados al torrente circulatorio por medio de una vía periférica, generalmente colocada en miembros superiores. Este tipo de acceso sólo está indicado durante cortos periodos de tiempo.

VÍA CENTRAL

Por esta vía

La nutrición parenteral central engloba al conjunto de técnicas de administración de nutrientes que han de ser infundidos en una vía venosa central, debida principalmente a la elevada osmolaridad de la solución que sobrepasa los 900 mOsm/L.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTO

Son

Técnica de gasometría

Consiste

Esta técnica consiste en la compresión simultánea de ambas arterias con el objetivo de obstruir el flujo sanguíneo. Se solicitará al paciente que abra y cierre la mano rápidamente varias veces.

Colocación correcta del paciente

Para la colocación correcta del paciente, habrá que colocar la muñeca, con la cara palmar hacia arriba, en hiperextensión. Deberemos de tener preferencia por la mano no dominante del paciente, en el caso de que se pueda.

Técnica de aspiración de secreciones

Técnica a realizar

La aspiración de secreciones debe realizarse cada vez que la persona tosa y movilice secreciones, o lo noten con dificultad respiratoria o cambio en la coloración de la piel, o escuchen ruidos de secreciones bronquiales, o perciban frémitos en el tórax palpables.

Técnica de aspiración

1. Conectar la sonda al aspirador.
2. Encender el aspirador (chequear que aspire).
3. Colocar un guante estéril en la mano hábil y un guante limpio en la otra mano.
4. Desconectar al paciente de la humidificación a la que se encuentre conectado.
5. Tomar la sonda con la mano hábil (que tiene el guante estéril colocado) e introducirla suavemente sin aspirar en la cánula de traqueostomía, hasta sentir un tope. Retirar la sonda, aspirando.
6. En caso de constatar secreciones más espesas de lo habitual, algún tapón mucoso o dificultad en progresar la sonda a través de la cánula, con una jeringa inyectar solución fisiológica a través de la cánula (1-3 ml) con una jeringa al momento de la aspiración.
7. Esperar unos minutos a que el paciente se recupere.
8. Repetir procedimiento.
9. Controlar la endocánula y en caso de estar tapizada con secreciones, limpiarla con agua, cepillo para tal fin, y secar con gasa antes de recolocar o guardar.
10. Aspirar puerto de aspiración subglótica en caso de contar con una cánula de estas características.
11. Si fuera necesario, aspirar la boca.
12. Reconectar a humidificación.
13. Descartar material y repetir el lavado de manos.
14. Controlar oximetría al finalizar la técnica de aspiración.

Técnica de oxigenoterapia y aerosol terapia

Es

La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo.

Oxigenoterapia que se utilizan con más frecuencia

Son

Oxigenoterapia normobárica: En esta opción el médico incorpora el oxígeno a diferentes concentraciones, normalmente entre el 21 y el cien por cien. La administración se puede realizar mediante cánulas nasales o mascarillas, entre otras opciones.

Oxigenoterapia hiperbárica: En este tipo de oxigenoterapia el oxígeno se administra siempre al cien por cien de concentración. Para incorporarlo utiliza un casco u una mascarilla. La administración se realiza mientras que el paciente está en el interior de una cámara hiperbárica.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTO

De

Técnica de catéteres venosos

Técnica de presión venosa central

Concepto

La PVC está determinada por el volumen sanguíneo, tono vascular y la función del ventrículo derecho|| .

PREPARACION

Preparación del paciente

- > Informar adecuadamente al paciente de la técnica que se le va a realizar.
- > Monitorizar el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento.
- > Colocar al paciente en posición decúbito supino o Trendelemburg, según nos permita la patología del paciente.
- > Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa antecubital.
- > Aplicar el antiséptico de forma circular de dentro hacia fuera.

Preparación del personal

- > **Utilizar técnica estéril en todo momento.** Esto implica que la enfermera/o responsable del procedimiento realizará lavado quirúrgico de sus manos, previa colocación de mascarilla y gorro.

Realización de la técnica

- > Colocar un empapador bajo el brazo elegido.
- > Preparar una mesa auxiliar con paños estériles y todo el material necesario.
- > Colocar paño fenestrado sobre el brazo y ampliar el campo estéril con otro paño, puesto que la longitud del catéter y de la guía hace que sea más complicado que no se salgan del campo.
- > Canalizar vena mediante un Abocath® .
- > Retirar la guía con cuidado y comprobar el reflujo de sangre en las dos luces con jeringas de 10 ml, conectando después los equipos de suero previamente purgados en cada luz.

Venas de eleccion

Son

Vena yugular interna: es la más frecuente por su fácil identificación y accesibilidad, por el bajo riesgo de complicaciones y la facilidad de compresión si hay sangrado.

Vena subclavia: las referencias óseas son fáciles de identificar, es cómoda y presenta una tasa de infecciones inferior a las otras vías de acceso.

- **Vena femoral:** Puede ser canalizada sin riesgo de neumotórax y sin interferir en la RCP por el contrario presenta mayor tasa de infección del catéter

UNIDAD IV

EL ENFERMO ONCOLÓGICO.

Cuidados de Enfermería al paciente con quimioterapia

Concepto

Los cuidados de enfermería que estos pacientes precisan, van siempre relacionados con los efectos secundarios originados por el tratamiento.

Problemas potenciales

NAUSEAS

Los

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Son

- 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 (por prescripción facultativa).
- Después de administrar el citostático se pueden dar al paciente bebidas de cola, tostadas o galletas saladas y progresivamente pequeñas cantidades de alimentos, según tolerancia.

ESTREÑIMIENTO

Los

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Son

- Recomendar al paciente que tome alimentos ricos en fibra y residuos, para facilitar el tránsito intestinal.
- Aconsejar al paciente que realice ejercicio (paseos) y masaje abdominal (rotatorio, empezando por el lado derecho y con una ligera compresión).
- Ocasionalmente puede ser necesario el uso de laxantes, micro enemas o enemas (por prescripción facultativa).

ALOPECIA

Los

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Son

- Informar al enfermo, antes del inicio, de la caída del cabello. Instruirle de los efectos de la quimioterapia sobre los folículos pilosos, con respecto a la caída total o parcial.
- Intentar conocer el impacto de la alopecia en el paciente, ya que en muchos casos provocara un estrés psicológico.
- La pérdida del cabello será gradual, evidente a las 2-3 semanas de comienzo del tratamiento. Una vez interrumpido el tratamiento, vuelve a aparecer, pero puede cambiar de textura y color; en algunos casos de consistencia más espesa, oscuro y ondulado.
- El cuidado del cabello, durante el tratamiento, se realizará con champú de pH neutro con proteínas, para nutrir las células capilares y acondicionadoras cada 2-3 días, secando y peinando con delicadeza.

VOMITOS

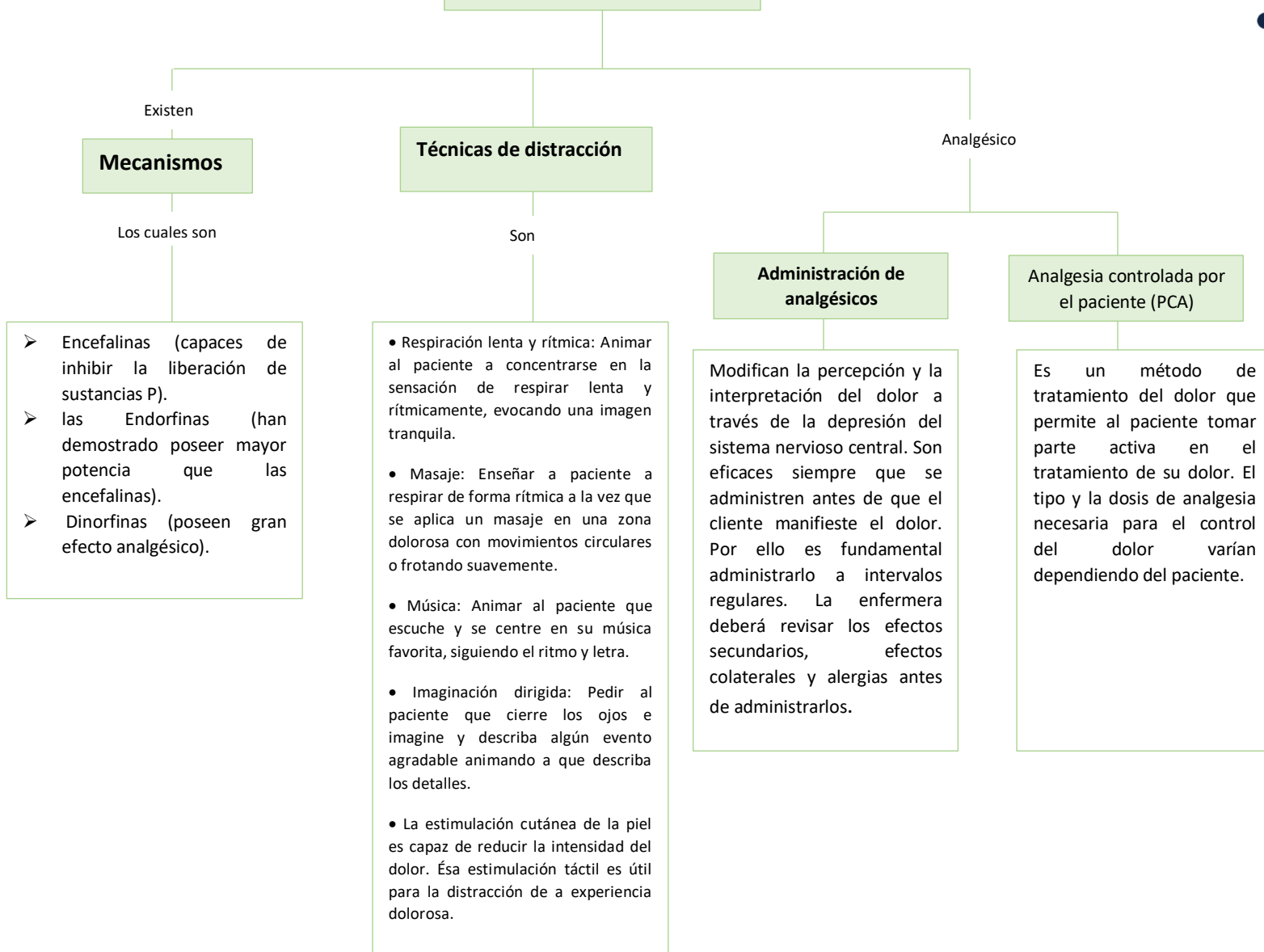
Los

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Son

- Vigilar la deshidratación. Si los vómitos son graves y prolongados es probable que aparezcan trastornos en el equilibrio electrolítico y deshidratación.
- Tratamiento antiemético (por prescripción facultativa).
- Vigilar sobre la persistencia de vómitos severos, dolor o sangrado o cualquier otra anomalía y registrarlo en la hoja de enfermería.
- Desaconsejar comidas pesadas, grasientas, fritos, picantes, alimentos que produzcan gases o sensación de plenitud, alimentos con colores intensos, sabores fuertes, comidas muy calientes y el café o té.
- Evitar cocinar.

Cuidados de Enfermería al paciente con dolor



El enfermo en estado de shock

Es

Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente.

Tipos

SHOCK CARDIOGÉNICO

Ocurre

Cuando el corazón es incapaz de bombear la cantidad suficiente de sangre que el cuerpo necesita.

CAUSAS

Son

- Una gran sección del miocardio que ya no se mueve bien o no se mueve en absoluto.
- Ruptura del músculo cardíaco debido a daño por ataque al corazón.
- Ritmos cardíacos peligrosos, tales como taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o taquicardia supra ventricular.
- Presión sobre el corazón debido a una acumulación de líquido a su alrededor (taponamiento pericárdico).
- Desgarro o ruptura de los músculos o tendones que sostienen las válvulas cardíacas, sobre todo la mitral.

SHOCK HIPOVOLEMICO

Es

Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o de otro líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.

CAUSAS

Son por

- Sangrado de las heridas.
- Sangrado de otras lesiones.
- Sangrado interno, como en el caso de una hemorragia del tracto gastrointestinal.
- Quemaduras.
- Diarrea.
- Transpiración excesiva.
- Vómitos.

SHOCK ANAFILACTICO

Es

Es un tipo de reacción alérgica potencialmente mortal.

CAUSAS

Son por

- Alergias farmacológicas
- Alergias a alimentos
- Picaduras/mordeduras de insectos

SHOCK SEPTICO

Es

Es una afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa.

Factores de riesgo

- Diabetes.
- Enfermedades del aparato genitourinario, el aparato biliar o el aparato digestivo.
- Enfermedades que debilitan el sistema inmunitario, como el sida.
- Sondas permanentes (aquellas que se mantienen en su lugar por períodos extensos, especialmente vías intravenosas y sondas vesicales, al igual que stents de metal o de plástico usadas para el drenaje).
- Leucemia.
- Uso prolongado de antibióticos.

Atención de Enfermería en el preoperatorio

Fase que precede a la intervención quirúrgica. Abarca el espacio de tiempo comprendido desde que el paciente es informado de su problema de salud ha de ser tratado quirúrgicamente hasta que el enfermo es trasladado al área quirúrgica.

Cuidados preoperatorios

Son

Exploración física

- **Estado nutricional:** el paciente tiene que llegar a la acogida en ayuno absoluto.
- **Función respiratoria:** esto se valora en caso de que el paciente sufra alguna enfermedad respiratoria crónica o que sea fumador.
- **Función cardiovascular:** valorar las patologías asociadas con insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, arritmias graves, enfermedades valvulares y enfermedades cardíacas crónicas.
- **Función genitourinaria:** el paciente puede sufrir retención urinaria por la administración de fármacos.
- **Estado mental y neurológico:** realizar una valoración para tener una base de referencia, ya que suele ser frecuente en el postoperatorio y sobretodo en pacientes ancianos cambios neurológicos y/ o de conducta debido a la anestesia.

Preparación psicológica

- Asegurar que los pacientes estén disponibles y preparados para la cirugía programada.
- Reducción de los temores y la ansiedad al dar una explicación sobre el procedimiento.
- Informar al paciente y familiares.
- Establecer una buena comunicación con el paciente, basada en la confianza mutua y respeto.

Educación sanitaria del enfermo durante el periodo preoperatorio para evitar complicaciones futuras

Una de ellas por ejemplo es la prevención de las complicaciones respiratorias enseñando ejercicios de respiración profunda, ejercicios para toser de forma eficaz, ejercicios de movilización.

Higiene preoperatoria general y preparación de la zona que va a intervenir

Con el objetivo de disminuir el riesgo de contaminación. El área anatómica que hay que preparar será la de la incisión y la zona que le rodea en amplitud. Dicha zona se deberá lavar con jabón antiséptico. El rasurado de la zona a intervenir es un tema de controversia. En principio el rasurado produce lesiones en la piel que puede ser colonizada por microorganismos. Por ello se recomienda suprimir el vello en casos imprescindibles.

Intraoperatorio

Fase en la que tiene lugar el procedimiento quirúrgico (3). Una vez que el paciente ha sido recibido en la acogida o informado de que tiene que ser operado pasa al quirófano el cual debe estar preparado para su recibimiento.

Personal involucrado

Son

Enfermera circulante

Puesto complejo que incluye la administración de los cuidados de Enfermería para el paciente dentro del quirófano y la coordinación de las necesidades del equipo quirúrgico y de otros proveedores de atención, que se requieren para completar la cirugía.

Enfermera instrumentista

Lleva a cabo una labor directa con el cirujano dentro del campo estéril al entregarle los instrumentos, paquetes y otros implementos necesarios durante el procedimiento. Tanto la circulante como la instrumentista desempeñan el papel de verificar y asegurar que toda la instrumentación estéril y suministros quirúrgicos apropiados se encuentren disponibles y funcionales antes de que empiece la cirugía. La instrumentista inicialmente tendrá hacer el lavado quirúrgico (de mano a codo) y la colocación de la bata y guantes estériles.

Responsabilidades / actividades

Consiste en

- Anticipar las necesidades del equipo quirúrgico antes y durante la cirugía.
- Vigilar cualquier violación de la técnica aséptica e iniciar una acción correctiva.
- Llevar a cabo el recuento del instrumental quirúrgico junto con la enfermera instrumentista.
- Manipulación y etiquetado apropiados del tejido humano extirpado mediante cirugía y los materiales extraídos.
- Abertura de los suministros estériles echándolos u ofreciéndoselos a la instrumentista.
- Vigilar la correcta esterilización del material.
- Comprobación de los aparatos y materiales en cuanto a su adecuación y funcionamiento.
- Colaboración con los distintos miembros del equipo anticipándose a las necesidades que puedan surgir. trumentista.

Atención de Enfermería en el post- operatorio.

Se divide en

Postoperatorio inmediato

Consiste

Transcurre en la Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA), desde que el paciente sale de quirófano hasta que se presenta en una condicione estable y se encuentra totalmente recuperado de la anestesia.

Postoperatorio a corto plazo o general

Consiste

Transcurre en una unidad de hospitalización o de cuidados especiales. Dependiendo del estado del paciente y el tipo de intervención quirúrgica.

Postoperatorio a largo plazo

Consiste

Que el paciente pasa fuera del hospital y que finaliza una vez está recuperado de los efectos de la intervención quirúrgica

Enfermera de la URPA

Es

Miembro que aporta los cuidados al paciente inmediatamente después del procedimiento anestésico, quirúrgico o de otro tipo. El papel que desempeña es cerciorarse de la seguridad del paciente en su trayectoria desde la inconsciencia y la inestabilidad hasta la conciencia y la estabilidad.

Responsabilidades / actividades

Son

- Valoración del paciente y atención de la vía aérea.
- Observación y vigilancia del paciente.
- Tomar y valorar las constantes vitales y controlarlas cada 15 minutos.
- Llevar a cabo la reanimación.
- Control del dolor agudo, las náuseas y el vómito.
- Control de equilibrio de líquidos del paciente (apósitos, sondas, drenajes...)
- Registro de los cuidados de Enfermería durante el periodo posoperatorio inmediato.
- Control del dolor en el posoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

No TIPO TITULO AUTOR EDITORIAL 1 Libro ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA JAIMME ARIAS TEBAR 2 Libro INTRODUCCION A LA ENFERMERIA CARMEN LEDEZMA LIMUSA 3 Libro FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA SUSANA ROSALES PAX MEXICO