



Mi Universidad

ENSAYO

LUIS ANTONIO DEL SOLAR RUIZ

PRIMER PARCIAL

CLINICA QUIRURGICA

DRA. HORACIO MUÑOZ GUILLEN

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

QUINTO SEMESTRE

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS A 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2023

Las Etapas del Proceso Quirúrgico: comprenden las actividades centradas en el paciente con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado. Se inicia con una indicación médica que se genera a nivel de los servicios de urgencia o a nivel complejidad secundaria o terciaria, y finaliza con el traslado del paciente al destino final indicado o deseado.

El proceso quirúrgico se divide en tres etapas

- Etapa pre-quirúrgica o pre-operatoria
- Etapa quirúrgica o trans-quirúrgica
- Etapa post-quirúrgica o post-operatoria

Fase preoperatoria

Es el periodo previo a la operación. El paciente debe estar física y psicológicamente preparado para la cirugía.

Comienza con la derivación mutua del paciente que necesita ser tratado por un cirujano. Para entrar en esta fase, es necesario que el paciente haya sido diagnosticado de la enfermedad a operar (según los protocolos diagnósticos de cada especialidad) y que el especialista o equipo quirúrgico responsable de la intervención haya redactado ya una indicación quirúrgica.

Una vez que el paciente es examinado en la sala preoperatoria e identificado como programable, se realiza una petición a la sala y se incluye al usuario en la lista de espera para ser intervenido. Finaliza cuando el paciente es incluido en la programación de la sala y trasladado a la sala quirúrgica o al quirófano. El periodo preoperatorio finaliza cuando comienza la anestesia.

La fase preoperatoria o preoperatoria se divide a su vez en tres fases:

Fase preoperatoria. Es la primera fase de contacto con el paciente.

FASE PREOPERATORIA MÉDICA: 8-12 horas antes de la cirugía. Durante esta fase se atiende al paciente desde su ingreso en el hospital hasta 45 minutos antes de su traslado al quirófano.

Cuidados pre-operatorio mediato.

- Presentarse al paciente en su habitación procurando su comodidad para que responda a las preguntas que le hará el personal.
- Verificar la Historia clínica del paciente para obtener información.
- Determinar las consultas y pruebas de laboratorio pertinentes.
- Reducir la ansiedad del paciente y facilitar su recuperación mediante enseñanza a cerca de las diferentes técnicas de cuidados pre-operatorios y manejo del dolor.
- Anotar en la HCL (historia clínica o expediente medico), las indicaciones como: Ayuno, pre-medicación, catéteres y examen hematológico.
- Obtener el consentimiento informado, ya sea por el paciente si este se encuentra en condiciones o por el tutor, familiar o padre de familia.
- Verificar la higiene general del paciente.
- Colocar la bata al paciente y si está indicado canalizarlo.
- Comprobar que en la HCL, esté indicada la solicitud de CIRUGIA.
- Cuantificación de signos vitales y se anotará en las hojas correspondientes.
- Verificar que el paciente no haya consumido alimentos.
- Comprobar que el paciente no tenga alhajas y que no lleve ningún tipo de esmalte en las uñas.
- Realizar preparación intestinal (enema).
- Rasurar la zona que será operada, en caso indicado.
- Se trasladará al paciente en silla de ruedas o camilla al quirófano.
- Cuantificación de signos vitales de nueva cuenta.
-

Cuidados trans-quirúrgicos

Verificar que el paciente llegue en correctas condiciones al área quirúrgica (vestuario, higiene corporal, rasurado y preasepsia, ausencia de joyas y otros objetos de uso personal, cabello completamente cubierto con gorro). Si la intervención se realiza a un paciente ambulatorio es necesario proporcionarle bata, gorro y calzas.

- Preparación de la piel bien realizada y comprobada.
- Signos vitales registrados-Pre medicación dada y registrada
- Otras medicaciones dadas.
- Consentimiento para la intervención firmado.
- Historia clínica completa con las pruebas preoperatorios.
- Verificar profilaxis de protección antibiótica y en su defecto aplicar si procede.

- Con el fin de evitar retrasos que puedan aumentar la duración del acto quirúrgico, con el consiguiente mayor riesgo de infección para el paciente, antes de comenzar la intervención es necesario comprobar que el instrumental quirúrgico y todo el material necesario se encuentra en un lugar de fácil acceso, en cantidad suficiente y en condiciones de uso, constatando su esterilidad.
- Retirar el camisón o pijama del paciente antes de entrar en el quirófano y cubrirle con una sábana o ropa limpia.
- Una vez concluida la inducción anestésica, separar el área de anestesia del campo quirúrgico, y preparar la zona operatoria aplicando povidona yodada, en caso de alergia, clorhexidina. Delimitar posteriormente el campo quirúrgico para crear una zona estéril alrededor del área de intervención.
- Mantener las condiciones de esterilidad y asepsia durante la intervención e informar sobre cualquier transgresión de las mismas.
- Respetar estrictamente los protocolos de control de infección (atuendo, lavado, limpieza del quirófano e instrumental, controles de esterilización, envasado y conservación del material estéril y circuitos de limpio y sucio del área quirúrgica).
- Procurar que durante la intervención las puertas del quirófano estén cerradas y evitar la entrada de personas innecesarias. Es importante que quien se encuentre en el quirófano se mueva lo menos posible.
- Antes de que el cirujano proceda al cierre de la incisión, realizar el recuento de compresas, gasas, agujas y demás instrumental para comprobar que no falten piezas.
- Finalizada la intervención, limpiar la incisión y orificios de drenaje con solución salina, aplicando povidona yodada o clorhexidina, protegiendo después con apósito estéril

Etapa post-quirúrgica o post-operatoria

Comienza con la indicación médica de traslado al destino postoperatorio (sala de recuperación) y finaliza con el traslado del paciente al destino final indicado: sala de hospitalización para cuidados críticos, medios o básicos o directamente al domicilio como alta.

- Registrar las constantes vitales cada media hora durante las primeras horas.
- Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración Observar el estado de la piel en cuanto a temperatura y color.

- Valorar el apósito quirúrgico, y los drenajes si los hay.
- Valorar pérdidas hepáticas Realizar una valoración neurológica, para comprobar las repuestas sensoriales y motoras y el nivel de consciencia.
- Controlar las pérdidas de líquidos por cualquiera de las vías de salida, apósitos, drenajes y sondas.
- Controlar la diuresis, al menos cada media hora. valorar y paliar la presencia de dolor, náuseas y vómitos.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite la ventilación.
- Mantener informada a la familia y ante cualquier cambio avisar inmediatamente al profesional de enfermería.

Cuidados de enfermería post-operatorio mediato:

Este se inicia cuando el paciente se ha recuperado del todo de su anestesia y, en general, se prolonga durante el tiempo que el paciente permanece internado.

El paciente debe recuperar todas sus funciones básicas. Se deben tener los mismos cuidados generales que en la fase inmediata para prevenir futuras complicaciones.

- Acompañar al paciente a su habitación.
- Valorar el estado general del paciente.
- Nivel de consciencia.
- Respiración: comprobar la permeabilidad de las vías aéreas
- Coloración de piel y mucosas.
- Acomodar al paciente en la posición más adecuada, según el tipo de intervención quirúrgica.
- Proporcionar intimidad al paciente.
- Medir y registrar los signos vitales.
- Valorar según circunstancias:
- El apósito de la herida quirúrgica, que debe de estar limpio y bien adherido. Si hubiera signos de sangrado, marcar el área del apósito que esté impregnada de sangre, para posteriores cambiarlos.
- Drenajes: tipo (de vacío, bolsa...), permeabilidad, fijación y cantidad y aspecto del líquido drenado
- Dispositivos intravenosos: permeabilidad, tipo, calibre, localización y fijación
- Catéter epidural: permeabilidad y fijación.
- Aplicar oxigenoterapia: dispositivo, porcentaje y litros.

- Sondas: tipo (vesicales, nasogástricas...), permeabilidad, correcta colocación, fijación, cantidad y aspecto del drenado.
- Vendajes: tipo (compresivo, oclusivo...), color y temperatura de las zonas distales y si es correcta la compresión.
- Evaluar el grado de malestar (dolor, ansiedad, náuseas y vómitos)
- Tranquilizar al paciente.
- Evitar ruidos.
- Proporcionar una iluminación adecuada.
- Conocer la historia clínica: Tipo de intervención y hora de finalización de la misma, Tipo de anestesia (epidural, raquídea, general, local...), Órdenes de tratamiento, Hoja de registro de la URPA (signos vitales, analgesia administrada...).
- Anotar los datos y cuidados relacionados con las necesidades alteradas, en la hoja del plan de cuidados y el resto de incidencias en la hoja de observaciones de enfermería.
- Administrar farmacológico el tratamiento prescrito.

