

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MATERIA

Medico quirúrgico

TEMA

*Cuidados de enfermería pre, trans, y
posoperatorio*

ALUMNA

Paulina Inés Santizo Gomes

DOCENTE

Ariane Dánae Vicente Albores

FECHA

29/03/2025

CUIDADOS DE ENFERMERIA

INTRODUCCIÓN

El paciente que se somete a una intervención quirúrgica, que implica la pérdida de continuidad, deliberada y planeada de las estructuras anatómicas, con el fin de detener, aliviar o eliminar un proceso patológico, requiere de cuidados de enfermería que garanticen la seguridad y eficiencia para poder establecer e integrar lo más pronto posible a la persona a su vida habitual en las mejores condiciones posibles, para ello es necesario que el enfermero (a) cuente con las competencias que le permitan identificar los riesgos y/o posibles complicaciones, a través de la metodología del proceso enfermero (PE). Es por ello que en esta unidad abordaremos los principales cuidados de enfermería que se brindan al paciente en el periodo pre- trans y postoperatorio

son las atenciones que se le brindan a un paciente antes de una cirugía. Estos cuidados incluyen la valoración física y psicológica del paciente, así como la preparación para la intervención.

Los procedimientos que se realizan en estos periodos atienden la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología. NOM-003-SSA2-1993, «Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos». NOM-026-SSA2-normatividad de la CPEUM, LGS, Las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. 1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las

infecciones nosocomiales y la NOM-087-ECOL- SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico- infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo. Además, cada Institución de salud cuenta con Normas, reglamentos y disposiciones que deben atenderse en relación con el tema que nos atañe.

Periodo preoperatorio



En este periodo los cuidados de enfermería requieren estar orientados a:

- Mejorar el estado general.
- Corregir el déficit existente.
- Recuperar y/o mantener el estado nutricional.
- Prevenir y evitar la infección.
- Planear la indicación quirúrgica correcta.

El preoperatorio es un neologismo formado por el sufijo “*pre*” “*antes*”, el sufijo “*torium*” contribuir a algo, y “*operan*” hacer un trabajo. Entonces podemos afirmar que tiene su inicio cuando el paciente decide ser intervenido.

- Mediato: Desde que el paciente decide intervenir hasta 12 horas antes de la intervención.
- Inmediato: Desde las 2-4 horas antes de la intervención hasta la sala de operaciones.

Dentro del periodo mediato, se originan una serie de intervenciones en el paciente entre las que debemos destacar:

- Recibir al paciente y la autorización para la cirugía. En este punto debemos asesorar al paciente, informándole y resolviendo todas las dudas que pueden plantearse frente a la cirugía, logrando controlar el temor y la ansiedad que puede presentar. La firma del consentimiento para realizar la intervención es de gran importancia, ya que permite que la cirugía se lleve a cabo.

- Se debe realizar un examen fisiológico, controlando sus constantes vitales, para asegurarnos que el paciente ingresa con total seguridad evitando riesgos que puedan aparecer en el postoperatorio o durante la cirugía.
- Revisamos la historia clínica del paciente y comprobamos que se encuentren todas las pruebas necesarias, resultados de análisis de sangre, pruebas radiológicas...
- Pedir al paciente que se realice aseo mostrando especial interés en zonas de pliegues. En el caso de paciente encamado, realizar el aseo en la cama.
- Informar al paciente sobre las horas de ayuno previas a la cirugía, indicándole la hora límite a partir de la cual no debe consumir ningún alimento por boca.

Para el periodo inmediato, las intervenciones enfermeras que se deben realizar son las siguientes:

- Controlar los signos vitales.
- Comprobar que el paciente ha mantenido la ayuna pre quirúrgica.
- Administrar medicamentos pre quirúrgicos según indicación médica: antibióticos, sedantes, analgésicos...
- Identificar al paciente con su nombre completo, número de habitación y de cama, y servicio en el que se encuentra.
- Retirar del paciente todos los objetos metálicos, prótesis dentales, prótesis oculares...
- Comprobar que la zona quirúrgica no tenga vellos, y proceder al rasurado si fuese preciso, según las indicaciones médicas o según operación quirúrgica.
- Comprobar nuevamente que la historia clínica del paciente este completa, con los consentimientos quirúrgicos necesarios firmados y las pruebas correspondientes.
- Colocar al paciente los elementos necesarios para la intervención, como gorro quirúrgico, bata especial. Además de realizar la cura de las heridas, poniendo vendajes limpios.
- Asegurarnos de que la canalización de la vía periférica está permeable, haciendo especial interés en que esta sea de un calibre adecuado para la cirugía a realizar.

Periodo transoperatorio

Se llama control transoperatorio a los cuidados clínicos que se llevan a cabo en un paciente que está siendo sometido a un acto quirúrgico. Con estos cuidados se pretende asegurar la estabilidad de los mecanismos homeostáticos del enfermo durante la exposición al trauma quirúrgico y a la anestesia.

En este período se constituye el acto quirúrgico en sí, en el cual interviene el equipo quirúrgico completo y servicios de apoyo, cada uno de ellos con funciones

específicas, pero con un objetivo común: Proporcionar la máxima seguridad y eficacia al paciente.

Cuidados transoperatorio

En esta etapa el objetivo general de la asistencia de enfermería, está enfocada a facilitar la intervención quirúrgica para que transcurra en forma exitosa, sin incidentes y procurando la seguridad del paciente en todo momento.

- Ingreso a la sala: Es necesario (a pesar de la visita preoperatoria), presentarse de forma breve, tratando de ganarse la confianza y provocar un ambiente de tranquilidad y seguridad.
- Identificación
 - Preguntar el nombre.
 - Corroborar datos en el brazalete de identificación.
 - Revisión del expediente clínico, Consentimiento informado, Hoja quirúrgica, resultados de exámenes de laboratorio y radiológicos.
 - Checar lista de verificación
 - Conformar la técnica quirúrgica a realizar.
- Otros:
 - Garantizar la información y la instrucción preoperatoria
 - Localización y verificación de la intervención
 - Monitorizar la seguridad ambiental
 - Comprobar el funcionamiento del equipo
 - Proveer las medidas de comodidad y seguridad del paciente
 - Colocar al paciente según procedimiento
 - Monitorización psicológica y fisiológica del paciente
 - Comunicar la información intra operatoria requerida en base a normatividad
- Procedimientos básicos según la función de enfermería

<i>Enfermero (a) Quirúrgico</i>	<i>Circulante</i>
<ul style="list-style-type: none">- <i>Revisar que se cuenta con el material y equipo necesario</i>- <i>Lavado quirúrgico.</i>- <i>Mantener la cadena de esterilidad.</i>- <i>Prever las necesidades durante el acto quirúrgico.</i>	<ul style="list-style-type: none">- <i>Monitorización del paciente</i>- <i>Asepsia y antisepsia</i>- <i>Asistencia durante el acto quirúrgico</i>- <i>Control minucioso de material</i>- <i>Mantener la cadena de esterilidad</i>- <i>Prever las necesidades durante el acto quirúrgico.</i>- <i>Recibo e identificación de piezas anatomopatológicas.</i>- <i>Registro de datos en formatos.</i>

Colocación de campos quirúrgicos:

Posterior a la disposición del paciente en la posición correspondiente y a la antisepsia de piel del área, así como la preparación de las mesas, se da inicio a la colocación de campos, esto es, el acomodo sistemático de sabanas y campos para establecer el campo estéril (barrera de protección), la cual es colocada conforme a su confección por cirujano y ayudante o personal de enfermería. Así tenemos por ejemplo el orden en una cirugía abdominal:

- Sabana de pies
- Campos alrededor del sitio quirúrgico (encuadramiento del área de la incisión), que se asegura con pinzas (Backhaus).
- Colocación de sábana hendida o fenestrada (su abertura se centra en el sitio de incisión).

Así que dependiendo de la cirugía se utilizará la ropa adecuada y diseñada para ello. Actualmente se cuenta con campos adheribles (que tienen una capa de plástico adhesiva) a la piel y en varias Instituciones se ha optado por el uso de ropa desechable.

Acto quirúrgico



Generalmente los nosocomios cuentan con unidades electro quirúrgicas, las cuales pasan corrientes a través de tejidos sin el estímulo a músculos o nervios. Su resultado es la aplicación de calor, se usa en mayor o menor grado en todas las

especialidades, por ello el conocer su manejo y funcionamiento se vuelve importante.

Durante la fase intraoperatoria el mantenimiento de la seguridad y la vigilancia fisiológica del paciente son parte primordial de la atención. En cuanto al enfermero (a) quirúrgico (a) dentro de sus competencias debe colaborar plenamente en minimizar los riesgos potenciales y apegarse a normas establecidas.

Algo importante que a veces se olvida es mantener a los familiares informados.

- Recuento de gasas, compresas, instrumental y agujas.

Como ya lo hemos comentado este procedimiento se realiza cuantas veces se considere necesario e invariablemente al inicio y al finalizar una intervención antes de iniciar el cierre, su finalidad es evitar un riesgo innecesario, previsible y generalmente un problema legal.

En este aspecto no es válido ninguna prisa, primero está la seguridad del paciente y del evento quirúrgico. El personal de Enfermería es directamente responsable y legalmente copartícipe.

Para facilitar el conteo el material se va depositando en un recipiente exclusivo y en un lugar visible, clasificando y separando. De esta forma se facilita el conteo. La separación es de una en una, asegurando que no se quedan adheridas dos a la vez. Pueden hacerse paquetes, esto no implica que solo se amontonen pues ocasiona pérdida de tiempos, movimientos y el riesgo latente de no ser la cifra que se cree por confusión.

Antes de cerrar un órgano hueco se debe hacer un recuento y antes del cierre del plano aponeurótico. El recuento final se lleva a cabo antes del cierre de la incisión cutánea. Este procedimiento se efectúa en voz audible.

La trama radiopaca implica una medida de seguridad ante situaciones de duda para su localización.

Cuando se presenta un cambio de turno en un transoperatorio, el recuento debe ser total, pues quien recibe queda con la responsabilidad de la intervención. Por lo que también debe quedar registrado.

Periodo posoperatorio

El período postoperatorio es el tiempo que va desde que termina una cirugía hasta que el paciente se recupera. Durante este tiempo, el paciente necesita atención y monitoreo para que se recupere y no tenga complicaciones.

El período postoperatorio se puede dividir en dos partes:

- **Posoperatorio inmediato:** Las primeras 72 horas después de la operación.
- **Posoperatorio mediato:** Las 72 horas siguientes hasta la rehabilitación.
Durante el período postoperatorio, se establecen controles y tratamientos que se reducen gradualmente. El paciente recibe la nutrición adecuada y se rehabilita para volver a sus actividades habituales.



Es aquí donde comienza la función de la enfermería con pacientes pos operados (RN, niños y adultos) sin distinción de edades, sexo, razas ni nacionalidad. Sencillamente se deben a la vida del ser humano. En los diagnósticos que enfermería debe tomar en cuenta se tiene:

- Estados de ansiedad en el paciente, riesgos de aspiración.
- Alteración del estado de conciencia.
- Atentos con los riesgos preoperatorios ante la utilización de fármacos iniciales, es decir los anestésicos colocados ante la cirugía.
- Vigilar que al paciente no le de hipotermia, vigilar el dolor que se presenta por la intervención quirúrgica.

- Vigilar las respuestas autónomas del paciente (diaforesis, cambios de presión arterial, pulsos y dilatación pupilar).
- Diagnosticar posibles riesgos de infección en la incisión quirúrgica de manera preventiva y mantener cubierta la herida quirúrgica con sus apósitos.

Estos es el inicio en área de recuperación del quirófano porque luego se pasa al manejo de los post operados a nivel del área de hospitalización, aunque el manejo es poco en lo que se cambia. En base a ello deben:

- Disminuir la ansiedad en el paciente e igualmente en los familiares, evitar en lo posible la bronca aspiración del paciente, teniendo el equipo y sondas de aspiración disponibles en caso de ser necesario.
- El manejo ambiental. Debe regular la temperatura, seguridad y confort.
- Prevenir las caídas, manejar el dolor de los pacientes porque recordemos que es el momento donde hay mayor dolor sobre todo en el sitio de la herida quirúrgica.
- Estar atentos de la administración de analgésicos, dosis y a la hora indicada por el médico, bien sean fármacos o fluidos sanguíneos.
- Vigilar los cuidados del sitio de la herida quirúrgica, que no presente complicaciones como sangrados que muchas veces quedan vasos pequeños sangrando o que no haya una dehiscencia de sutura, mantenerla cubierta con apósitos para así evitar complicaciones tardías como las infecciones, ceromas y formación de abscesos.
- Vigilar los drenajes aprendiendo su manejo como ver su coloración que les permita diferenciar que tipo de fluido es (sangre, orinas, líquido cefalorraquídeo, líquido peritoneal, contenido gástrico, bilis, saliva) ver siempre la cantidad, atentos con las horas que lleva el drenaje y reportar.
- Vigilar el catéter urinario y volumen urinario.
- No olvidar estar atentos al equipamiento que necesitará desde que el paciente está en el área de recuperación del quirófano hasta el área de hospitalización y su egreso.
- Comprobar que los equipos estén en buen funcionamiento y disponibles en que se necesiten.
- Siempre se debe explicar a los familiares todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que experimentará el paciente durante el postoperatorio.

Manipulación del entorno del paciente para conseguir efectos terapéuticos

Actividades:

- Ajustar la temperatura ambiente adecuada según las necesidades del paciente.
- Proporcionar o retirar las mantas para mantener la temperatura adecuada.
- Proporcionar precauciones de seguridad mediante el uso de barandillas o tapones de barandilla según corresponda Identificar las fuentes de

incomodidad, como apósitos húmedos, posición de la sonda, apósitos que constriñen, ropa de cama arrugada e irritantes ambientales.

- Proporcionar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (limpiar el sudor, humedecer los labios, enjuagar la boca) Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- Colocar al paciente para garantizar su comodidad (utilizando los principios de alineación del cuerpo, apoyo de la almohada, apoyo de las articulaciones durante el movimiento).
- Busque signos de presión o irritación en la piel, especialmente en las extremidades del cuerpo.
- No exponer la piel o las mucosas a sustancias irritantes (cuña, drenaje de heridas).
- Ajustar la iluminación para conseguir efectos terapéuticos y evitar la luz directa a los ojos

Asegurar la vía aérea y tomar precauciones para evitar la bronca aspiración.

Actividades:

- Asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación del mentón o empuje de la mandíbula.
- Continúa.
- Colocar al paciente para maximizar el potencial ventilatorio.

Eliminar las secreciones fomentando la tos o la aspiración.

- Colocar una cánula oro faríngea.
- Operar el resucitador manual
- Fomentar la respiración lenta y profunda.
- Aprender a expectorar eficazmente.
- Administrar la terapia de aerosol prescrita si es necesario.

Tratamiento del dolor: aliviar o reducir el dolor hasta un nivel aceptable para el paciente.

Actividades

- Realizar la evaluación del dolor incluyendo: localización, características, intensidad.
- Observar las señales de dolor no verbales, especialmente en las personas que no pueden comunicarse eficazmente.
- Administrar los analgésicos prescritos.
- Observar los factores ambientales que puedan estar afectando al paciente.
- Proporcionar información sobre el dolor: causas, duración, recursos para aliviarlo.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor.

- Administrar analgésicos.
- Uso de agentes farmacológicos para reducir o eliminar el dolor.
- Determinar la localización, características, calidad y gravedad del dolor.
- Revisar las órdenes del médico en cuanto a los medicamentos, su dosis y frecuencia.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos narcóticos.
- Atender las necesidades de confort que promuevan la relajación y faciliten la capacidad de respuesta.
- Establecer expectativas positivas sobre la eficacia de los analgésicos; evaluar la eficacia de los mismos a intervalos regulares.
- Registrar la respuesta analgésica y cualquier efecto adverso.

Administración de medicamentos intravenosos - Preparación y administración de medicamentos intravenosos.

Actividades:

- Realizar un historial del paciente y sus alergias, comprobar las posibles incompatibilidades entre los fármacos administrados por vía intravenosa.
- Comprobar las fechas de caducidad de los medicamentos y soluciones.
- Preparar adecuadamente el equipo para la administración de la medicación.
- Preparar la concentración adecuada de medicamentos intravenosos.
- Mantener la esterilidad del sistema intravenoso abierto.
- Etiquetar el envase de la medicación.
- Verificar la colocación del catéter en la vía venosa.
- Administrar la medicación a la velocidad adecuada.

Evaluar la respuesta del paciente al tratamiento.

- Compruebe el dispositivo, el flujo y la solución a intervalos regulares.

Compruebe si hay extravasación o flebitis.

Cuidado de la herida y del lugar de la incisión - Prevenir las complicaciones de la herida.

Actividades:

- Mantener los apósitos ajustados y limpios, utilizar una técnica estéril al cambiar los apósitos e introducir el catéter.
- Observar la herida para ver si hay hemorragia o dehiscencia de las suturas, o si los apósitos están muy empapados de secreciones, cambiar los apósitos o informar al médico

Cuidados de drenaje: cuidado de un paciente con un dispositivo de drenaje externo en el cuerpo.

Actividades:

- Controlar regularmente la permeabilidad de la sonda y anotar cualquier problema de drenaje.
- Mantener el recipiente de drenaje a un nivel adecuado.
- Asegúrese de que el tubo es lo suficientemente largo para permitir el libre movimiento.
- Asegúrese de la correcta colocación del tubo y del recipiente de drenaje.
- Asegúrese de la correcta colocación del tubo para evitar la sobrepresión y la extracción accidental.
- Controlar regularmente la cantidad, el color y la consistencia del desagüe.

Vaciar el recipiente de recogida o conectar el tubo de aspiración, anotando siempre el volumen eliminado por el drenaje

- Asegurarse de que el tubo de aspiración es lo suficientemente largo para moverse libremente
- Asegurarse de que el tubo de drenaje está correctamente colocado para evitar la presión y la extracción accidental

Control de infecciones - Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos

Actividades:

- Limpiar el ambiente adecuadamente.
- Mantener técnicas de aislamiento si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas de manera adecuada.

Cuidados del catéter urinario - Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario

Actividades:

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado
- Mantener la permeabilidad del sistema.
- Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril.
- Colocar al paciente y el sistema en la posición debida para favorecer el drenaje urinario anotar las características y cantidad del líquido drenado.

Bibliografía

[tps://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-procedimientos-y-tecnicas-para-el-cuidado-del-paciente-en-los-periodos-pre-operatorio-trans-operatorio-y-post-operatorios/#:~:text=Otros:,requerida%20en%20base%20a%20normatividad](https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-procedimientos-y-tecnicas-para-el-cuidado-del-paciente-en-los-periodos-pre-operatorio-trans-operatorio-y-post-operatorios/#:~:text=Otros:,requerida%20en%20base%20a%20normatividad)

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-preoperatorio/#:~:text=Resumen:,Barranco%2C%20Mar%C3%ADa:%20Diplomada%20en%20Enfermer%C3%ADa>

[file:///C:/Users/TEYVE/Downloads/Dialnet-AtencionDeEnfermeriaEnEIPreTransYPostoperatorio-5299391%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/TEYVE/Downloads/Dialnet-AtencionDeEnfermeriaEnEIPreTransYPostoperatorio-5299391%20(2).pdf)

file:///C:/Users/TEYVE/Downloads/smosqueramapura,+22655-Article+Text-86320-1-10-20150508_compressed.pdf