

CIRUGIA GENERAL

Ana Acosta Lopez
Especialista en Enfermeria
Medico Quirurgica

254

Conferencias, Guías de Estudios
u Copias de Acetatos que cubran
la Teoría de Cirugía General.
Estudiantes V Semestre

Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermeria
1993

00032072

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
1. Conferencias	
... La Enfermera y el Preoperatorio Mediato	1
... La Enfermera y el Preoperatorio Inmediato	6
... La Enfermera y el Posoperatorio Mediato	8
... Neumotorax	11
... Cuidados de Enfermería a Pacientes con Tubos,	
... Sondas y drenes	14
... La Enfermera y el Paciente con Apendice	21
... Colelitiasis y Coledocolitiasis	24
... Ulcera Gastrica	26
2. Guías	29 a 36
Copias de Acetatos o Transparencias	37 a 49

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA			
CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION			
FORMA DE ADQUISICION			
Compra	Donación	Canje	U. de C.
Precio \$		Proveedor	
No. de Acceso		No. de ej.	
Fecha de ingreso: DD		MM	AA

LA ENFERMERA Y EL PRE OPERATORIO MEDIANO

Autora: Ana Acosta Lopez
Docente

DEFINICION:

Es el periodo que se inicia con la decisión de que ha de electuarse una CIRUGIA puede extenderse desde $\frac{1}{2}$ hora hasta varios dias o semanas, hasta antes de los treinta minutos de que esta empieze.

Se extiende desde el momento en que se avisa que es necesario Operar hasta que el paciente es trasladado a la sala de operaciones; teniendo como finalidad preparar al paciente para que alcance el mejor estado físico y psicológico posible para operarlo.

OBJETIVO DE LA PREPARACION:

Tratar que el paciente alcance un estado optimo que favorezca un progreso posoperatorio satisfactorio y reduzca al minimo la posibilidad de complicaciones: si el grado de estres es extraordinario debera si es posible posponer la cirugia.

PREPARACION PSICOLOGICA:

Cuando una persona recibe la noticia de que necesita ser operado de inmediato se inicia una serie de respuestas y reacciones emocionales completamente normales y que varian segun el grado de experiencia que se tenga, tambien influye la edad, estado nutricional u la salud en general. La ansiedad se basa en el miedo al dolor despues de la Cirugia, el diagnostico (cancer), la perdida de las partes corporales con desfiguración resultante, el miedo a la anestesia, el temor a si mejora o no su estado actual, si se incapacita por cuanto tiempo?, ademas aspectos de tipo social tales como: perdere el trabajo? quien sostendra a mi familia? Quien me cuidara? como conseguire dinero para las medicinas? todo esto lo lleva a una enorme tension emocional, creada por la cirugia, reflejandolo de diversas maneras:

1. Haciendo algunas preguntas, algunas repetidas.

2. Retraimiento, evitando la comunicación, en forma deliberada.
3. Hablar en forma incesante trivialidades.
4. Concentrandose en la lectura y en la T.V
5. Conducta exigente.
6. Llanto

Cuando el profesional de Enfermería sabe que el paciente va a ser sometido a cirugía su contacto con él debe ser agradable y optimista; comunicarle al paciente que está seguro de que él está preocupado por su operación y que está a su disposición para aclararle "algo" si lo cree conveniente, esto lo estimula a que exprese sus preocupaciones u temores.

Es importante que el paciente se encuentre en un ambiente cómodo dentro de lo posible (con sus cosas) sus pertenencias personales cercas u algún familiar u otra persona importante que lo apoyen u distraigan.

Al hablar de las preocupaciones con franqueza el paciente entenderá que se le reconoce su realidad y se le está dando la oportunidad para aclarar los errores: también se le ampliará sobre lo que debe esperarse después de la cirugía, se le ofrecerá definiciones y explicaciones simples: (dolor, malestar).

Todo este trabajo debe realizarlo un equipo interdisciplinario, aunque la realidad es otra, sería conveniente solicitar la colaboración de la enfermera de la Unidad de Hospitalización, la psicóloga, la nutricionista, el médico la enfermera de la sala de cirugía u recuperación, entre otros. También se le explicará la preparación física preoperatoria como si se va a rasurar va a recibir medicamentos, si no puede comer o hasta que hora y cualquier otro procedimiento. Además se le explicará las posibilidades de que cuando llegue de cirugía tendrá instalado sondas, tubos según sea necesario.

Dentro de lo posible se llevará a conocer el sitio donde queda cirugía, explicándole que cuenta con elementos materiales y el recurso humano muy eficiente para afrontar todas las situaciones que puedan presentarse.

PREPARACION FISICA:

Después de iniciada la preparación psicológica, una buena historia clínica

ca acompañada de un examen físico, nos permite valorar en forma objetiva al paciente. Esto es indispensable tanto en pacientes con cirugías de urgencias, electivas u ambulatorias: ya que de esto también depende el éxito quirúrgico y posoperatorio. Tome signos vitales, peso: esto nos da base para identificar algunos otros problemas y para hacer comparaciones futuras. Se vigilará y colaborará en la realización de exámenes de laboratorio, radiodiagnósticos, u otros necesarios para la intervención.

Se tendrá en cuenta como recibe la alimentación, si ingiere líquidos, como los elimina, cantidad, características y así conoceremos el grado de hidratación u nutrición: si recibe alimentación parenteral o por sonda necesitará distracción y estímulo para que no se deprime.

La evaluación del aparato respiratorio es de mucha importancia, recordemos que los pacientes con problemas respiratorios, obesos, ancianos están predispuestos a complicaciones en el posoperatorio con frecuencia.

Se observa si el paciente tose, si tiene disnea, si fuma, si tolera el ejercicio. Se le enseña ejercicios respiratorios, que tosa y respire profundo durante unos cuantos minutos por lo menos cada 2 horas, para mejorar la ampliación pulmonar u eliminar secreciones. Se le aconseja que realice inhalaciones profundas y lentas a las que debe seguir una tos profunda. Estos ejercicios los realizará antes y después de la cirugía, se le aclara que es poco probable que se rompan los puntos si tose. Se cambiará de posición cada 2 horas, para fomentar la ampliación y el drenaje de las vías respiratorias.

Evaluación Cardiovascular: Es importante determinar la reserva del corazón y circulación para resistir el estrés de la anestesia y cirugía, como también la evolución posoperatoria. Se investiga si el paciente ha tenido antecedentes de problemas cardíacos, si ha sido hipertenso, desde

cuando, si conoce sus cifras tensionales para informar y registrar cualquier alteración.

Evaluación del Paciente Diabético: Se investiga si ha padecido alguna alteración de este tipo y si ha sido tratado; si la respuesta es afirmativa se le realizarán controles preoperatorios u se vigilará el metabolismo de carbohidratos, H_2O y electrolitos: si el paciente ha sido bien tra-

tado no hay contraindicación anestésica, pero deben evitarse los factores productores del estrés tales como infecciones, anemias agudas, hipoxia e hipercapnia y traumas ya que se aumentan los niveles de glucosa. Es recomendable no aplicar la dosis de insulina el día de la cirugía, ya que no se conoce la duración exacta de la misma, liq. i.v. necesarios y por las reacciones desencadenadas por la anestesia; de todos modos es recomendable seguir la orden médica. Es importante interrogar acerca del funcionamiento del hígado: se ha puesto amarillo? Ha tenido alguna enfermedad que haya comprometido el hígado? Su buen funcionamiento favorecerá la biotransformación de los compuestos anestésicos, entonces cualquier alteración en su funcionamiento produce un efecto sobre la absorción del anestésico.

El riñón está implicado en la excreción de anestésicos y sus metabolitos. una alteración de estos es contraindicación de cirugía a menos que sea una medida salvadora.

Es importante averiguar si el paciente es o no alcohólico o si recibe alguna droga.

PREMEDICACION: Después de realizar una buena evaluación preoperatoria, se utiliza la premedicación con el fin de obtener sedación, cierto grado de analgesia, disminuir el metabolismo y prolongar la analgesia y sedación posoperatoria: las más empleadas son los sedantes, que ayudan a vencer el temor y la ansiedad, ej. valium, ativan. Los antihistamínicos ayudan a disminuir las secreciones, son sedantes y antieméticos.

Los detalles de la preparación física varían según sea la cirugía, el cirujano y hasta el hospital, lo importante es hacer que el paciente esté lo más limpio posible por fuera y por dentro y al hacerlo causar el menor estrés físico y mental posible.

Se eliminan las causas de infección como limpieza rigurosa del sitio de la cirugía, intestinos y vejiga deben vaciarse para prevenir eliminaciones involuntarias bajo los efectos de la anestesia, impidiéndose la infección accidental ya que estos órganos están distendidos. Según la cirugía se preparará el día anterior con aceite rectal, enemas y líquidos parenterales, la dieta y el día de la cirugía se quedará en ayunas.

Se rasura el área quirúrgica y sus alrededores se hace aseo y cuidados del mismo. La mañana de la cirugía se realiza baño en cam según la premedicación recibida y se identificará al paciente con un esparadrapo que contenga nombre, y localización del paciente, se retiran dentaduras postizas, anillos y ganchos. En caso de que sea mujer se recoge el cabello

con un gorro o paño de tela .Se coloca una bata corta abierta por atraas
y se colocan botines largos. Si esta ordenado se instalan liquidos y se
canaliza vena.

PERMISO OPERATIVO: Despues de explicarle mediante graficas en que con
siste la cirugia se pedira el consentimiento escrito, si el paciente es
adulto y se encuentra conciente y en sus facultades: si es niño o esta
inconciente lo autoriza un familiar responsables. Si es de urgencia se
procede a realizar la cirugia pero se debe avisar por telefono o por te
legrama al familiar.

Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermería
1993

LA ENFERMERA Y EL PREOPERATORIO INMEDIATO

Ana Acosta Lopez
Especialista en
Enfermería M.Q.

DEFINICION:

El preoperatorio Inmediato comprende los ultimos 30 minutos antes de iniciado el acto quirurgico, o sea desde el momento en que se traslada a la sala de Cirugia hasta que se inicie la anestesia.

TRANSPORTE DEL PACIENTE Y LLEGADA AL QUIROFANO:

De la cama del paciente a la camilla transportadora se pasa en compañía del camillero, se alinean las dos camillas bien juntas para evitar accidentes

Ubíquese a un lado de la camilla y empuíela sobre la cama, tenga en cuenta si el paciente tiene tubos o cateteres para pasarlos juntamente de manera que no se desprendan con el movimiento; los frascos si es posible se colocan a los pies o a los costados para evitar que se rompan.

Si el paciente esta despierto él colaborará, si no trasládalo en compañía de dos personas más y utilice sabanas de movimiento, una vez ubicado abroche el cinturón y levante las barandas de los lados y cúbralo. El transporte se efectúa con los pies hacia adelante exento cuando se entra al ascensor donde entra primero la cabecera y así el paciente se siente mas seguro. Es preferible que el enfermero que lo ha atendido lo acompañe al quirófano y lo entregue en forma especial; tambien entregara radiografias historia clinicas y algunos elementos que le hayan solicitados.

Cuando llega a la antesala debe ser recibido por la enfermera asignada luego se revisa la historia clinica y se identifica correctamente; se le pregunta cual es su nombre y se compara con la pulsera identilicatoria. Se revisa que el hemograma, confirmación de sangre esten actualizados y en la primera parte dentro de la historia. Se confirma si recibio premedicación o no. Tambien se supervisa area quirurgica y que no tenga nada por



tizo.

Una vez que ha sido registrado en la antesala se traslada a la mesa de operaciones para lo cual se necesitan dos personas: una se ubica en el lado opuesto y la otra en el lado abierto de la camilla, esta ultima trabaja las ruedas de la camilla y presiona contra la mesa de operaciones para que no se deslice cuando el paciente se mueva. La primera persona recibe a el paciente sobre la mesa y evita que se mueva mas alla de la misma pues, recuerde que el paciente se encuentra parcialmente obnubilado por la premedicación: tener precauciones usuales con los tubos. Cuando se complete el traslado a la mesa de operaciones se le asegura con abrazaderas o correas, se ajustan lo suficiente pero sin impedir la circulación.

LA FAMILIA:

La mayoría de los hospitales tienen una sala de espera, especial para la familia del paciente que se somete a cirugía. Se le da información general, que la duración del paciente en el quirófano no tiene que ver con la gravedad del mismo ya que se necesita que se recupere de la anestesia. Además se despejan inquietudes.

LA ENFERMERA Y EL POS OPERATORIO MEDIANO

ANALISTA: Ana Acosta Lopez
Especialista en
Enfermería M.Q.

Definición:

1. Comprende el periodo que va desde que el paciente puede reaccionar u tiene limpias las vías respiratorias hasta aproximadamente 1 semana
2. Es el periodo comprendido desde que el paciente es trasladado de la sala de cirugía a su unidad hasta que se retiran los puntos del sitio de la herida.

Objetivos Del Cuidado En El Postoperatorio Mediano:

Ayudar a conservar sus funciones vitales (res-cardio) en forma óptima brindarle comodidad, seguridad al paciente, contribuir a mejorar su estado general mediante la nutrición u eliminación, facilitar la cicatrización de la herida, estimular la actividad temprana y ayudar al bienestar sicosocial de la familia.

Valoración General:

Cuando el paciente llega al servicio la valoración del profesional de Enfermería se realiza sobre las vías respiratorias, circulación, grado de conocimiento, sitio de la operación, estado de líquidos parenterales, estado del sistema genitourinario, gastrointestinal, clase y permeabilidad de las sondas colocadas y manifestaciones de dolor, todo esto se obtiene mediante una buena observación del paciente y comunicación de las personas que lo entregan y una revisión de ordenes médicas.

Se traslada al paciente de la camilla a la cama, teniendo en cuenta los aspectos ya estudiados. Se abriga y se coloca en posición de cubito dorsal y con la cabeza hacia un lado o si no está contraindicado el enfermo se coloca decubito lateral con una almohada en la espalda para reducir al mínimo el peligro de aspiración; las rodillas permanecen flexionadas para disminuir la tensión en los puntos de sutura abdominal.

Se toman signos vitales se grafican y se inicia el control de los mismos u las notas de enfermeria.

Intervención de Enfermeria:

1. Vigilar el grado de conocimiento cada 4 horas, con mayor frecuencia en pacientes con operaciones tipo craneotomia y especiales.
2. Controlar signos vitales primero cada hora y luego cada 4 horas esto durante las primeras 48 horas. Si se presentan alteraciones se varia y se realiza con más frecuencias y si es necesario, se avisa de inmediato al medico, por ej. si presenta temperatura mayor de 38.5, si el pulso es mayor de 120 por min., menor de 60, t.a. 90 a 100 la sistolica o menor de 50 o mayor de 90 la diastolica.
3. Ayudar para que tosa y respire profundamente cada hora, ayudarlo a fijarse la incisión mientras tose, estimularlo para que recurra a los músculos intercostales y abdominales para prevenir la atelectasia.
4. Cambiarle de posición cada dos horas, acomodarlo con almohadas.
5. Controlar líquidos y electrolitos, frecuencia de administración y presencia de signos de desequilibrio electrolitico, sobrecarga de líquidos deshidratación e infiltración.
6. Vigilar el aposito o el sitio operado, observe tubos y funcionamiento, esta seco o humedo, características del drenaje.
7. Cambie los apositos, si estan secos se realiza a los dos o tres dias segun orden medica, se observa estado de la herida en busca de edema, induración, alteraciones del color y desarrollo cutaneo; para la cicatrización de primera intención, sin drenajes, se retira el aposito y se deja la herida expuesta al aire, despues de las primeras 48 horas y se protege contra traumatismos y ropas apretadas. Si la cicatrización es de primera intención, pero con drenaje se conserva cubierta y se humedece el aposito anterior con solución salina antes de retirarlo (para evitar quitar la dermis en cicatrización) Para la cicatrización por segunda intención o la debridación se emplea apositos humedos o secos segun se ha ya ordenado. Para los sitios de drenaje secundarios aislar las secreciones para evitar que estas al ponerse en contacto con la herida la deterioren u la infecten.
8. Observar las características de la herida u en caso de enrojecimiento o algun otro signo avisar oportunamente, en caso de que la herida presente eversion o dehiscencia (6 u 8 dias despues de la cirugía) se cubre la sutura y se aísla el paciente.
9. Vigilar la seguridad, conservar elevados los barandales y protegidos

con almohada.

10. No dar vía oral hasta que se haya recuperado de la anestesia a menos que la cirugía lo contraindique.

11. Administre analgésico y vigilar que el paciente no tenga la vejiga llena, colocación incorrecta, aspectos que lo hacen sentirse incómodos.

12. Vigilar al paciente y sus familiares los factores psicológicos relacionados con la cirugía.

Complicaciones:

Una buena observación nos permite identificar los primeros signos de complicaciones. Los vómitos o la expulsión del contenido gástrico por la boca son resultado de acumulación de líquidos o alimentos en el estómago antes de que se restablezca el peristaltismo; puede ser un efecto colateral de la anestesia o de interferencia con el peristaltismo, después de manipulación del tubo gastrointestinal. Por eso recordemos no dar al paciente nada antes de la cirugía y en el posoperatorio hasta que se restablezca los ruidos intestinales. Valorar si hay distensión abdominal, verificar la expulsión de gases intestinales o de excremento, sostener la herida durante las arcadas y los vómitos, colocarlo sobre un lado o en posición de prona para prevenir la aspiración; tener a la mano un aspirador y aspirar si es necesario, refrescar al paciente con enjuagues bucales, ropas de cama limpia entre otras. Observar y registrar cantidad, olor y características del material vomitado. Preparar a el paciente para intubación nasogástrica.



Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermería
1993

NEUMOTORAX

Ana Acosta Lopez
Especialista en
Enfermería M.Q

Definición:

1. Presencia de aire en la cavidad pleural no necesariamente secundario a trauma de torax, se puede presentar también por ruptura de burbujas enfisematosas o en pacientes con t.b.c. pulmonar cavitada. Así el aire puede provenir de estructuras internas, por ruptura esofágica o traqueal, del exterior por heridas penetrantes de torax o también por trauma cerrado con fractura costales que producen laceración pulmonar.
2. Es la aparición de aire en la cavidad pleural visceral o de vesículos o ampollas enfisematosas. Puede ocurrir en adolescentes sanos y en adultos jóvenes sin padecimiento pulmonar alguno, así como en personas de edad avanzada con enfermedad pulmonar crónica.

Clases: Puede ser simple, comunicante o a tensión, variedades que se presentan de acuerdo al grado de colapso y a la relación de las presiones atmosféricas y pleural.

Neumotorax Simple: Como lo indica su nombre es aquel que poco o nada altera la ventilación del paciente.

Diagnostico: Los datos que se obtienen de un paciente con neumotorax puede ser tan pobre que impide hacer diagnostico clinico. El cuadro clinico y los hallazgos del examen fisico dependen del grado de colapso. En presencia de fracturas costales o heridas penetrantes, el enfisema presente hace sospechar el Dx, con grado de colapso pulmonar significantes se puede encontrar disminución del murmullo vesicular e hiperrresonancia a la percusión.

La confirmación del diagnostico se obtiene con la placa de torax que mostrará la separación de las dos pleuras. Si la sospecha clinica es muy grande se puede ordenar una placa en espiración o una placa en decubito lateral del lado no comprometido con rayo horizontal.

Manejo: Depende del grado de colapso representado en porcentaje. Cuando el neumotorax es de mas de 25% esta indicado colocar un tubo de torax conectado a una trampa de H₂O. Porcentajes menores pueden ser manejados conservadoramente con control radiologico a las 6 horas. Si esta igual o ha variado un poco se da De Alta. Pero si pasa a ser mayor del 25% debe ser manejado con tubo de torax. El t^{to} conservador esta contraindicado en pacientes que necesiten respirador o van a ser intervenidos con anestesia general. Tambien cuando por el estado pulmonar previo el neumotorax produce dificultad respiratoria.

Neumotorax Comunicante:

Esta variedad de neumotorax ocurre cuando existe un defecto tal en la pared toraxica, que permite que la presión atmosferica se iguale a la presión pleural.

Fisiopatologia:

La igualdad de presiones impide la ventilación del pulmón del lado comprometido por no existir la presión negativa necesaria para expandirlo.

La perdida de presión negativa disminuye el retorno venoso; el mediastino que es una estructura rígida será influenciado por los cambios de presión del lado sano lo que producirá desplazamiento intermitentes de el con mayor disminución del retorno venoso debido a acodamiento de la unión cabo auricular.

Diagnostico: La inspección revela la presencia de una herida toraxica soplante o aspirante; no se requiere estudio radiologico para el diagnostico.

Manejo: El manejo urgente de neumotorax comunicante consiste en convertirlo en un neumotorax cerrado ocluyendo la herida con un apósito vaselinado o mejor aún suturandolo. De esa forma se evita la mayor anomalía fisiologica e inmediatamente se pasa un tubo de torax. Ocasionalmente el medico se ve forzado a manejar este tipo de lesiones en regiones alejadas donde no es posible colocar un tubo de torax, por eso el profesional de enfermeria debe conocer estos aspectos para prestar los primeros auxilios y taponar la herida del paciente de inmediato.

HEMOTORAX:

Se denomina a la presencia de sangre en la cavidad pleural; este problema tan frecuente en los servicios de urgencias no solamente lo produce el trauma, tambien se puede presentar en pacientes con infarto pulmonar, tumores, procedimientos quirurgicos, endometriosis pleural etc. Generalmente

mente resulta de ruptura de adherencias pleurales, bulas o rupturas de o aneurismas de aorta torácica. Cuando el neumotorax es traumático, la sangre puede provenir de vasos de la circulación general, corazón, pulmón o grandes vasos, el sangrado de las heridas del pulmón es escaso, al contrario de el sangrado de las otras estructuras ya mencionadas.

El hemotorax que se diagnostica tempranamente es fácilmente drenable pues el movimiento del corazón y pulmones defibrina la sangre libre en cavidad pleural. Cuando la sangre permanece largo tiempo intrapleuralmente forma de nuevo coagulos que se pueden infectar (piotorax) u organizarse y fibrosarse.

Diagnóstico:

Depende de la cantidad de sangre que haya en la cavidad pleural, cuando es significativa, el examinador puede determinar: a) disminución del murmullo vesicular, b) matidez, c) aparece a la inspección el hemotorax más voluminoso, el afectado.

Los estudios radiológicos son de valor para confirmar el diagnóstico. Cuando hay neumotorax asociado se observa un nivel hidroaéreo, si es puro no se observa opacificación basal homogénea.

Manejo:

Si es hemotorax leve se maneja en forma conservadora, pues se ha visto en la práctica que no llevan a pío ni fibrotorax y desaparece con reacción pleural mínima. Se realiza control de rayos X si está igual se da de alta. Si el hemotorax es moderado la sangre no alcanza la cúpula diafrágica y no produce shock. Este se maneja con toracentesis en el 8º espacio intercostal, control R. x. a las 6 horas, si aumenta de 500cc se coloca tubo de torax. Si es mayor la sangre sobrepasa la cúpula del diafragma o produce shock. Se maneja con tubo de torax, se evoluciona diariamente, al realizar cambios de trampas y con controles radiológicos.

Es importante que el estudiante de enfermería conozca estos aspectos para identificar problemas en los pacientes y así planear cuidadosamente sus acciones de enfermería. Se complementarán con los cuidados en tubos y drenes que se hablarán mas adelante.

Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermería
1993

CIUDADO DE ENFERMERA EN PACIENTES CON SONDAS, TUBOS Y DRENES

Ana Acosta Lopez
Enfermera Especialista
en M.Q.

SONDAS

NASOGÁSTRICA:

Definición: Son tubos contruidos de caucho semiduro o de plastico que se coloca de la nariz a el estomago, al esofago o al intestino delgado.

Indicaciones: Son utilizadas para: a. alimentación, pacientes que no pueden o no quieren hacerlo. b. Con fines diagnosticos (acidez-Bk) o fines terapeuticos (manejo distención abdominal. c. Lavado, d. Compresión: en pacientes con varices esofagicas. sangrantes.

Tipos de Sondas:

1. Levin: las mas comunes, de caucho duro, una sola luz con la punta cerrada y 4 orificios laterales; hay de diferentes tamaños, largos y cortos.
2. Nelaton: solo se utilizan en pacientes pequeños, tambien se utiliza para descomprimir vejiga, cuando no es necesario dejar una sonda a permanencia; mide 42cms de longitud, tiene la punta cerrada y un orificio lateral cerca a ella.

Hay otras sondas largas poco utilizadas en nuestro medio.

Técnica de Colocación: Prepare todo el material: sonda, guantes, vaselina fonendoscopio, jeringa, solución salina. esparadrapo, bolsa desechable.

Cumpla con la tecnica aséptica durante todo el procedimiento, tome todas las precauciones para evitar lesiones e infecciones.

Explíquele al paciente lo que se le va hacer, muéstrela la sonda, enseñe le a colaborar, se sienta el paciente si puede o se coloca en posición de Fowler y se le pide que hiper. extienda la cabeza.

Con los guantes colocados se recibe la sonda y se lubrica.

determine la longitud aproximada de sonda que debe insertarse al medir e de la punta de la nariz al borde inferior del lobulo de la oreja, de aquí

mida hacia abajo hasta la punta inferior del esternon.

Coja la punta de la sonda lubricada con una mano, con la otra eleve la punta de la nariz para exponer mejor la fosa nasal. Realice la introducción del tubo en un movimiento progresivo y firme y constante: pida al enfermo que degluta a medida que el tubo se introduce, con suavidad pero con constancia. Cuando lleque a la garganta ofresca una taza de agua o pedazos de hielo para ayudar a la dealución, esto si es posible.

No fuerze la sonda si se tana con una obstrucción, extraigala e inserte la en la otra fosa nasal. Si el paciente reargita la sonda por la boca o presenta tos por haberse introducido por la traquea se retira hasta la faringe y se vuelve a iniciar el procedimiento..

Verifique la colocación de la sonda, tomando una pequeña cantidad de jugo gastrico por aspiración con la jeringa o por auscultación con un estoscopio sobre la sonda epigástrica a medida que se introduce aire a través del tubo para oír el borborismo producido.

Luego fije a la piel para que no se desplace.

Manejo:

Alimentación: La sonda nasogastrica constituye un medio para nutrir a algunos enfermos. Ponga a la persona en posición para comer, tan cerca como sea posible a la normal, considerando las limitaciones medicas. Levante la cabecera de la cama si no esta contraindicado: antes de introducir cualquier liquido en el tubo, asegurese de que su colocación es adecuada mediante una aspiración del contenido gastrico. La alimentación puede hacerse en forma intermitente o continua una bolsa despues de la otra. Si el alimento no fluye, hacia el tubo debe verificarse su permeabilidad pues tal vez se enrolle y anude en el estomago. Seaun sea la cantidad u la frecuencia se llena una jeringa o se usa un nutritillo, se pasa a velocidad intermedia o lenta segun el estado del paciente.

Para conservar la permeabilidad lave el tubo con 30cc de agua despues de la alimentación, a menos que este contraindicado desconecte la sonda o el nutritillo y ocluya el tubo para impedir que penetre el aire o escape el liquido: deje a el paciente en posición comoda, limpie y guarde el alimento, no olvide nunca registrar tolerancia y cantidad administrada.

Aspiración: La aspiración gastrica se produce casi en forma mecanica, asegurece que el aparato de aspiración funcione apropiadamente antes de unir lo a el paciente. Haga la aspiración intermitente y con baja presión pa

na no lesionar el revestimiento estomacal. Deseche el frasco de aspiración cada 6 horas o según sea necesario; registre y evalúe la cantidad extraída por el aspirador.

Lavado: Se puede realizar con solución salina normal, se llena la jeringa con la cantidad ordenada e inyecta poco a poco la solución en la sonda. Desconecte la jeringa y permita que la solución drene hacia un recipiente que se coloca un poco por debajo de la zona gástrica del enfermo, si no fluye de regreso puede ejercer presión suave al aspirar con esta.

Gastrostomía: Se introduce una sonda en la pared gástrica anterior y se fija con varios puntos. Esta se utiliza cuando el paciente presenta estenosis impenetrable del esófago; dicho orificio puede ser permanente. Su uso es para alimentar directamente en el estómago; es importante conservar la zona alrededor de la gastrostomía limpia y seca una vez que haya ocurrido la cicatrización, siga los mismos cuidados de la sonda nasogástrica.

Sonda Vesical:

Definición: Tubo para extraer o introducir líquido a través del meato urinario hasta la vejiga.

Indicaciones: Son utilizadas para: 1. Facilitar la evacuación de orina, 2. Obtener muestra estéril de orina, 3. Controlar el flujo de orina, 4. Irrigar la vejiga, introducir medicamentos, 5. prevenir la tensión en la pelvis o heridas abdominales por la vejiga distendida, 6. Medición de orina residual.

Tipos de Sondas: Se utilizan de latex, condón, y sondas de Foley.

Aspectos generales: El profesional de enfermería debe: a. calmar el temor y la ansiedad sobre el trastorno físico y el procedimiento mismo, b. controlar los microorganismos en la piel para prevenir la infección, c. Reducir al mínimo el traumatismo de las vías urinarias, d. instruir al paciente y familia sobre los motivos para aplicar la sonda y sus cuidados.

Técnica de Colocación: Explique el procedimiento al enfermo y solicite colaboración hasta donde sea posible; como este procedimiento puede avergonzar al paciente protéjalo con sábana y sábana según sea necesario. Ponga un rotulo en la puerta para evitar interrupciones.



Si el cateterismo tiene por objeto determinar la cantidad de orina residual pídeale al enfermo que orine antes de insertar la sonda. Si el objeto es obtener una muestra estéril, asegúrese que el paciente no haya orinado durante los 30 min antes del procedimiento. Reuna todo el equipo antes de acercarse a el paciente: sonda, cistoblo, toalla de baño, lámpara cuello de cisne, pinza, esparadrapo, riñonera, 2 pares de guantes u equipo de asépsia.

~~Procedimiento~~ Paciente en posición

Coloque a la mujer en posición recumbente con las rodillas flexionadas y separadas, el varón en posición supina. ponga la lámpara en posición tal que permita la visión, teniendo en cuenta no quemar o lesionar al paciente, lávese las manos, ponga sabanas bajo las nalgas y sobre el perine.

Coloquese los guantes y haga aseo de genitales externos. cambie de guantes; Establezca un campo estéril al abrir el equipo de cateterismo, conservando la esterilidad de la cara interna del envoltura. Prepare una jeringa con la cantidad apropiada de agua estéril para inflar el globo. Saque la sonda y lubríquela. En la mujer identifique el meato urinario

con las manos izquierda separe los labios mayores y menores, sosteniendo la sonda en la mano derecha insertela poco a poco en la vejiga, díale al paciente que respire profundamente a medida que se inserta la sonda, nunca la fuerce. A el varón levantele el pene perpendicularmente al cuerpo ejerza ligera tracción, inserte la sonda poco a poco u de manera uniforme, también haga que respire profundo y pásela suavemente si hay resistencia suspenda el procedimiento. Es seguro el acceso a la vejiga cuando fluye orina. Si la sonda se coloca y permanece en la vejiga insertela otros 3 cc mas e infle el balón con agua estéril.

TUBOS:

En Torax:

Definición: es una sonda constituida de materiales variables, anteriormente de caucho y en la actualidad silástico que se introduce en la cavidad pleural con el fin de drenar aire, sanare, pus o liquido seroso de la cavidad pleural. Permite restablecer la presión subatmosférica en la cavidad, permitiendo así la reexpansión del pulmón.

Cuando se quiere evacuar liquido o aire de la cavidad pleural, es necesario tener un drenaje de una sola vía para evitar la entrada de aire al torax durante la inspiración. El método comúnmente empleado para drenar en torax consiste en la introducción de una sonda o tubo de torax al espacio pleural conectando el extremo a un tubo que está sumergido 1 cc bajo el agua esteril funcionando en esta forma como una válvula de una sola vía. Esta es la llamada trampa de H₂O en la que el aire o el liquido puede salir pero no entrar al torax a través del extremo sumergido.

Durante los movimientos respiratorios la columna de agua dentro del tubo de vidrio conectado al tubo en torax oscila estando por encima de el nivel del resto del agua esteril, debido al efecto de succión de la presión negativa intratorácica: nunca esta presión lleva al liquido a alcanzar la cavidad torácica.

Manejo: Explíquese a el paciente y a su familia por que se inserta el tubo torácico e informarle las medidas tomadas para prevenir las complicaciones, como evitar los tubos torcidos, las fugas en el sistema.

Lávese las manos antes de tocar al enfermo, abra cuidadosamente el paquete esteril donde viene la trampa. Vacíe el agua esteril y coloque la trampa teniendo en cuenta que el tubo quede 1 o 2 cc debajo del agua, fije con cinta todas las conexiones para prevenir la separación, lo que podría permitir que penetre aire en el pulmón y cause mayor lesión.

Asegúrese que la tubería de escape de aire del compartimento de sello de agua sea permeable. Este tubo está abierto y no se sumergen debajo del nivel de agua. Marque el nivel original del liquido con cinta adhesiva para poder medirlo, coloque la tubería de manera que no se obstaculice los movimientos del paciente. Coloque el frasco en el piso y líielo. Conecte el tubo en torax a el de la trampa, asegúrelo con esparadrapo y

retire la pinza que tiene el tubo en torax. Verifique con frecuencia la permeabilidad entre la cavidad pleural y el sistema de drenaje, observe la oscilación del nivel del agua, esta disminuye a medida que el pulmón se reexpande y puede cesar antes de que ocurra la reexpansión completa por obstrucción del tubo con coágulos y fibrina.

Nunca eleve el frasco del drenaje por arriba del nivel del torax del paciente ya que la gravedad permite que fluya el líquido de regreso al torax. Ponga pinzas en un sitio cercano: aliente al paciente a toser y respirar profundamente cada hora, cambie de posición con frecuencia. Registre la cantidad eliminada y las características; deseche el líquido en el cuarto de trabajo sucio y lave la trampa y sus manos.

Tubo en T:

Definición Tubo conector o de drenaje en forma parecida a una T.

Indicaciones: Se utiliza como válvula de seguridad que permite mantener descomprimida la vía biliar y sirve para realizar estudios radiológicos posteriores mediante la introducción de medio de contraste a través de su lumen.

Manejo: El tubo en T se deja a drenaje durante 12 días, si no hay colangitis y durante 4 semanas si el paciente tiene colangitis, (proceso inflamatorio de las vías biliares) aguda bacteriana en el momento de la exploración. Durante este tiempo se observa la producción de bilis por el tubo, que sirve para determinar en forma aproximada la cantidad de bilis que pasa por la ampolla de Vater al duodeno. Este es un signo indirecto del grado de obstrucción por edema u otra patología. Así por ejemplo si el producido es superior a 600cc de bilis en las 24 horas, significa que prácticamente toda la bilis sale por el tubo y nada pasa al duodeno, puesto que el producido de bilis normal es de 600 a 1200cc por día. Una vez cumplido el tiempo ya anotado se inicia el proceso de retirar el tubo. El primer día se pinza una hora antes y 1 hora después de cada comida, el 2º día 2 horas antes y 2 horas después, el 3º día se pinza durante 12 horas y el cuarto 24 horas. Luego se practica una colangiografía por el tubo en T. Si la prueba de pinzamiento u la colangiografía por el tubo son negativos es decir normales se procede a retirar el tubo. En caso de encontrarse cálculos u obstrucción o bien si hay dolor intolerable durante el pinzamiento, se debe dejar el tubo a drenaje.



Drenajes

Son medios mecanicos que se emplean para evacuar el contenido indeseable de una cavidad o de un tejido (sangre, suero, pus)

Dren: Se utiliza en heridas o incisiones para permitir la salida continua a traves de una herida, de liquido que conviene mas tener fuera que dentro de esta. Las opiniones entre los cirujanos a cerca del uso estan divididas, unos drenan casi todas las heridas, esten limpias o contaminadas secas o humedas, otros solo cuando hay infeccion o cuando no pueden lograr la hemostasia eficaz de la herida antes de su cierre: lo ideal es el punto medio.

Ventajas de su uso: En las heridas o incisiones que se infectan o contaminan de manera importante cicatrizan con mayor prontitud ya que los liquidos no quedan atranados en la herida, se facilita aun mas con compresas humedas, ya que la humedad previene la formacion de costras que ocurren con la deshidratacion al contacto con el aire, de esta manera el exudado liquido no se bloquea y continua su escape hacia el aposito en los dias que siguen de la operacion. Tambien se facilita el drenaje utilizando crema sobre la herida o sobre el aposito para evitar ressecamiento. Facilitan la salida de liquido de la herida en el posoperatorio, la cicatrizacion se acelera y las infecciones se vuelven improbables si estos liquidos se extraen lo mas pronto posible.

Duracion: En caso de herida infectada hay que dejarlos 5 o 7 dias o si la herida se comporta como limpia puede durar 3 dias solamente, se remueve dia a dia segun sea necesario.

Desventajas: Son minimas mas que todo de tipo psicologico, ya que influnden temor y preocupacion en el paciente y el familiar. Su mal manejo puede provocar la entrada de bacterias por el conducto de drenaje. Es importante mantenerlo aislado de la herida quirurgica para no contaminarla.

Universidad de Cartagena
Facultad de Enfermería
1993

LA ENFERMERA Y EL PACIENTE CON APENDICITIS

Definición: Es el trastorno que consiste en la inflamación del apéndice, producidos por fecalitos (piedras) u otros fenómenos que obstruyen la luz intestinal; el tejido fibroso en la pared intestinal o las adherencias.

En países en desarrollo puede estar aumentando en frecuencia por la adopción de dietas de poco residuo.

En la niñez, adolescencia y edad adulta temprana la apendicitis aguda continúa siendo la urgencia quirúrgica abdominal más común; la incidencia más grande se observa durante el 2º y 3º decenios de la vida, menos del 5% de casos se presentan en mayores de 60 años y menos del 2% en menores de 2 años de edad. No hay bacterias específicas que causen apendicitis; casi todos los microorganismos que intervienen son habitantes normales del intestino.

El proceso inflamatorio puede solucionarse; lo más común es que la infección y obstrucción progresivas produzcan trastorno del aporte sanguíneo. Cuando se altera la irrigación sanguínea la movilidad se eleva y antes de que haya perforación las bacterias emigran al peritoneo a través de la pared dañada. En todas las edades el retraso en el diagnóstico empeora el pronóstico.

Manifestaciones clínicas:

El orden más común es pérdida del apetito, dolor, vómitos, hipersensibilidad, fiebre, leucocitosis.

Generalmente el paciente observa un dolor vago en la región periumbilical que después de varias horas se localiza en el cuadrante inferior derecho; luego se vuelve náuseoso y puede vomitar una o dos veces.

También puede notarse alteración del hábito intestinal; algunos se quejan de sensación de plenitud y otros pueden haber tomado laxante buscando alivio; otros tienen estreñimiento o como en niños se presenta diarrea.

La fiebre y la taquicardia no son signos iniciales, pero se elevan de manera importante, sino hasta que ocurre perforación, también se pueden presentar politosis. Los datos más constantes son dolor y defensa muscular localizada en fosa iliaca derecha, el dolor suele ser más agudo sobre el punto de Mc Burney (situado a un tercio de una línea trazada entre la espina iliaca anterosuperior y el ombligo) también existe dolor de rebote e hiperestesia, entre otros signos están el de Rousing (la presión en la fosa iliaca izquierda y produce dolor en el lado derecho) y el signo del psoas durante la extensión pasiva de la cadera derecha.

Valoración: Se efectúa mediante historia clínica, exploración física y estudios de laboratorio. El paciente se acuesta tranquilamente por que los movimientos le producen dolor, la palpación suave del abdomen revela dolor difuso alrededor del ombligo y parte media del epigastrio, pero a medida que el proceso avanza, el dolor se desplaza al cuadrante inferior derecho. Si el paciente tose o es percutida la pared anterior del abdomen, aumenta el dolor, el examen rectal muestra hipersensibilidad del lado derecho, a medida que se desarrolla se presenta fiebre de poca intensidad. Si el apéndice se encuentra en la proximidad del psoas, el signo del psoas será positivo. Se realiza esta recostando al paciente en su lado izquierdo y luego se le hiperextiende el muslo derecho, esto comprime el psoas y una respuesta positiva sugiere un proceso inflamatorio situado debajo del musculo. El signo del obturador proporciona información similar acerca del musculo, obturador y el apéndice. El paciente se acuesta en posición supina, en tanto que el muslo derecho flexionado se nota hacia dentro, si este movimiento produce dolor hipogástrico el signo es positivo.

Los datos de laboratorio consisten en leucocitosis moderada y examen general de orina normal, las radiografías abdominales pueden mostrar 1 o 2 asas del intestino delgado distendidas en el cuadrante superior derecho; un fecalito en la región del apéndice o quizá una línea lucida y delgada producida por un apéndice lleno de aire.

Cuidados de Enfermería: La cirugía siempre está indicada si se sospecha de apendicitis aguda, y menos si existen signos netos de que ha habido perforación reciente y se haya desarrollado peritonitis generalizada.

En el preoperatorio se inicia una infusión intravenosa para establecer una buena diuresis y reemplazar la pérdida de líquido al mismo tiempo que se prescribe A.S.A. para disminuir la fiebre. Se inicia antibiótico

como medida preventiva contra la infección, si existe signo o probabilidad de íleo paralítico, cabe insertar una sonda nasogástrica. Se le pide que monitoree u se measure el abdomen; por lo general no se aplica enema.

Asistencia Posoperatoria: Tan pronto recupere la conciencia, se coloca en posición de flanco, se da analgesia cada 4 horas. En la tarde o a las 8 horas, aproximadamente, se prueba vía oral con líquidos claros. Se puede aplicar un enema en la mañana del tercer día. Dar tratamiento de ambulatorio, retirar puntos a los 7 días.

Las complicaciones pueden ser peritonitis, si se ha perforado o un absceso apendicular.



COLELITIASIS Y COLEDOCOLITIASIS:

Definición: Son trastornos en los que se encuentran calculos (piedras) en vesícula biliar o coledoco respectivamente. Estas alteraciones se presentan mas a menudo en mujeres de edad madura y sobre pasadas de peso que han tenido varios hijos saludables u fecundas. Los calculos se forman a partir de constituyentes solidos de la bilis: por ej. colesterol, calcio, bilirrubina y sales inorganicas. La mayoría de los calculos se originan en la vesícula biliar, u en el coledoco pueden aumentar de tamaño.

Fisiopatología: Por analisis se comprueba que los calculos biliares estan compuesto de colesterol, calcio combinado con bilirrubina y sales inorganicas. Los que predominan son de colesterol. Se debe a secreción por las celulas hepaticas de bilis anormalmente rica en colesterol y que carecen de la concentración y proporción adecuadas de sales biliares. Al parecer el colesterol existe en la bilis en un estado altamente super saturado de modo que, en su estado precipitara en la vesícula biliar si no se mantiene en solución por una mezcla adecuada de sales biliares. e

Esto indicara que el higado es el origen de la enfermedad y no la vesícula biliar. El colesterol es insoluble en agua y su solubilidad depende de los acidos biliares y lecitina.

Manifestaciones Clinicas: Puede ser asintomatico o bien puede manifestarse con un colico biliar, una pancreatitis aguda, una colangitis aguda o las tres simultaneamente, casi siempre asociado a ictericia de tipo obstructivo. Tambien puede presentar diversas clases de malestar epigastri co, plenitud y eructos despues de las comidas, dolor cronico en la parte alta del abdomen o dolor intenso en el cuadrante derecho del mismo, nauseas y vomitos. Este malestar es mas susceptible despues de una comida grasosa.

Diagnostico: Se basa en una historia clinica, exploración fisica, estudios radiologicos (colecistografia bucal o I.V. y pruebas de laboratorio. Se investiga bilirrubina serica, examen de excremento en busca de disminucion o aumento de bilirrubina y de color amarillo palido o de arcilla y urea analisis en busca de elevación del urobilinogeno.

Tratamiento: Al inicio se administra liquido de manera gradual, se introducen alimentos solidos, que se van incrementando segun se tolere; la ingestion de grasa es restringida, debe tener reposo. Si se realiza intervención quirurgica conciste en colecistectomia (incisión y drenaje de la vesicula biliar) coledocotomia (abertura en el coledoco para extraer los calculos) y colecistectomia (resección de la vesicula biliar) con exploración del coledoco. La manipulación de los conductos biliares durante la exploración requiere que se coloque un tubo en T en el coledoco para extraer la bilis (que sigue formandose en el higado) hasta que desaparece la inflamación en la region y la bilis fluye normalmente.

En el preoperatorio debe colocarse vit. k 10mg i.m. cada 8 horas hasta completar 30mg para corregir el deficit de esta vitamina liposoluble que requiere de la bilis para su absorción; se administra antibiotico.

Cuidados de Enfermeria:

Preparar a el paciente para pruebas diagnosticas.

Brindarle reposo y comodidad

Analgesia

Vigilar signos de infección, inflamación o perforación.

Dieta pobre en grasas

Observar y anotar color de heces y orina

Asistir el pre y post operatorio

Cuidar tubo en T

Apoyo emocional

Enseñanza dieta y signos de recurrencia.

ULCERA GASTRICA

Ana Acosta Lopez
Enfermera Especialista
en Enf.M.Q

Definición:

Es la erosión de la mucosa del estomago.

Factores Predisponentes: Consiste en tensión emocional y estilo de vida apresurado, especialmente en adultos jóvenes que están al principio de la madurez, al incrementar la tensión el tono del nervio vago lo que a su vez aumenta la friabilidad de la mucosa gástrica. No se conocen las causas de las úlceras gástricas, posibles motivos son secreción excesiva de ácido en el estomago con resorción rápida y lesión resultante de la túnica mucosa y destrucción de esta a causa de reflejo del contenido duodenal alcalino.

Manifestaciones Clínicas: Dolor opresivo o punzante localizado en la región medioepigástrica o del dorso que reaparece 1 a 3 horas después de las comidas y que se alivia con la ingestión de alimentos o alcalis.

Vómitos con náuseas o sin ellas después de una crisis de dolor que se relaciona con obstrucción mecánica del píloro por inflamación o retracción cicatrizal. Pérdida de peso; Hemorragia;-

Complicaciones: Obstrucción pilórica, hemorragia y perforación.

Diagnóstico: Se basa en historia clínica, exploración física, estudios de laboratorio (análisis gástrico) estudios radiológicos por ej. serie gastro duodenal y gastroscopia.

Tratamiento: Consiste en controlar la acidez gástrica mediante sedantes y neutralización del jugo gástrico con intervalos regulares y frecuentes mediante alimentos blandos y antiácidos. A veces se administra antiespasmódicos para reducir el espasmo y la motilidad intestinal y cabe también prescribir anticolinérgicos para inhibir la secreción gástrica.

Prevenir las complicaciones con reposo en cama, sedación y vigilancia de los signos vitales, apoyo psicológico para aliviar la ansiedad.

En ocasiones se requiere de una intervención quirúrgica para corregir

complicaciones o mitigar el dolor resistente a el tratamiento. Los procedimientos que tienen como finalidad reducir la producción de ácido por el estomago consisten en: 1. gastrectomia subtotal, resección de las dos terceras partes a tres cuantas partes del estomago (que son las que contienen las celulas productoras de acidos) lo mismo que el piloro y la primera parte del duodeno con conexión de un lado del yeyuno al extremo gástrico residual. 2. Vagotomia (sección del nervio vago) y resección de la parte antral del estomago con lo que se reducirá la formación de ácido a causa de la estimulación vagal y de la gastrina. 3. Pilooplastia (sección del piloro) en sentido transverso para crear una abertura mayor desde el estomago hacia el duodeno. 4. Vagotomia combinada y gastroyeyunotomia con lo que se reducirá la producción de ácido y se prevendrá la retención gástrica que puede ocurrir despues de la vagotomia. 5. Plegadura del estomago (sutura o grapado de plieques de la mucosa) para reducir el area de contacto con el ácido y la gastrina.

Intervención de Enfermería:

Físicas: reposo en cama, administrar sedantes, y drogas para dormir, ofrecer alimentos en raciones pequeñas y frecuentes que contengan proteínas y grasas suaves, dar antiácidos y anticolinérgicos, conservar el paciente hidratado para contrarrestar los efectos colaterales de los anticolinérgicos. Vigilar signos vitales, observar la aparición de complicaciones e n hemorragias, perforación, aumento del dolor, abdomen rígido como tabla, alteración de los signos vitales, dar cuidado pre y posoperatorio.

Sicosociales: Manifestar interés por el paciente, reducir la ansiedad y los factores que producen tensión, ayudar a identificar las causas de la tensión y frustración, sugerir asistencia siquiátrica si se necesita.

Educativos: Enseñarle la importancia de conservar la dieta y de tomar las medicinas, insistir en moderar la actividad, reposar lo suficiente y asistir a los controles.

BIBLIOGRAFIA

- Brunner, Suddarth, Manual de Enfermeria Médico Quirurgica. 4^o-Edición.
Editorial Interamericana. Mexico 1989
- Clinicas de Enfermeria de Norte America. 1991
- Smith, German Enfermeria Medico Quirurgica. 4^oEdición. Editorial
Interamericana S.A 1978

GUIA DE ESTUDIO

Programa : Médico Quirúrgico

Unidad: Cirugía

Tema : Pre-operatorio Mediato

Tiempo : 1 hora

Fecha :

OBJETIVO : Al finalizar la exposición los estudiantes de V Semestre estarán en capacidad de brindar atención de Enfermería al paciente en el pre-operatorio Mediato, se evaluará mediante una situación imaginaria dada a los estudiantes.

INSTRUCCIONES : Preparese para presentar este tema en clase el día a las

Subtemas :

- Definición
- Preparación Psicológica
- Preparación Física
- Qué se hace realmente en nuestro medio
- Permiso Operatorio

BIBLIOGRAFIA : La recomendada

GUIA DE ESTUDIO

Programa : Médico Quirúrgica

Unidad : Cirugía

Tema : Pre-operatorio inmediato

Tiempo : 1 hora

Fecha :

OBJETIVO : Al finalizar la charla los estudiantes de V Semestre estarán en capacidad de brindar atención de Enfermería al paciente en el pre-operatorio inmediato y se evaluará mediante preguntas que se realizarán al finalizar la exposición,

INSTRUCCIONES : Preparese para presentar este tema en clase el día a las

Subtemas :

Definición

Transporte del paciente y llegada al quirófano

La familia

BIBLIOGRAFIA : La recomendada

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
1993

GUIA DE ESTUDIO

Programa : Médico Quirúrgica
Unidad : Cirugía
Tema : Pos-operatorio Mediato
Tiempo : 1 hora
Fecha :

OBJETIVO : Al finalizar la exposición los estudiantes tendrán las bases para brindar atención de Enfermería al paciente pos-operatorio mediato y se evaluará mediante preguntas que se realizan a los estudiantes entre ellos mismos.

INSTRUCCIONES : Preparese a presentar este tema en clase el día a las

Subtemas :

- Valoración general
- Ayuda a la conservación de las funciones
- Molestias en el pos-operatorio

GUIA DE ESTUDIO

Programa : Médico Quirúrgica

Unidad : Cirugía

Tema : Neumotorax - Hemotorax

Tiempo : 1½ hora

Fecha :

OBJETIVO : Al finalizar la exposición los estudiantes de V Semestre estarán en capacidad de brindar cuidados de Enfermería a pacientes con neumo - hemotorax se evaluará mediante un set de preguntas que se realizará al finalizar la clase.

INSTRUCCIONES : Preparese a exponer la charla ante sus compañeros el día a las

Subtemas :

Neumotorax - Hemotorax

Definición

Sentomatología

Tratamiento

Complicaciones

Cuidados de Enfermería

BIBLIOGRAFIA : La recomendada

G U I A D E E S T U D I O

PROGRAMA : Médico- Quirurgica
UNIDAD : Cirugía
TEMA : Sondas, Tubos y Drenajes
TIEMPO : 1 - hora
FECHA :

OBJETIVO : Al finalizar la exposición los estudiantes de 5º semestre tendrán las bases para brindar atención de Enfermería a los pacientes que tengan Instalados sondas, tubos o drenes; y se evaluará al finalizar la clase mediante un Set de Preguntas.

INSTITUCIONES : Preparece para presentar la exposición el día a las

SUBTEMAS .

SONDAS : A. Nasogástrica. C. Vesical
B. Gastronomía D. Usos- manejo

TUBOS : A. En Torax B. En T
C. Usos - Manejo

DRENES : A. Clases
B. Ventajas

BIBLIOGRAFIA : La recomendada.

GUIA DE ESTUDIO

Programa : Médico Quirúrgica

Unidad : Cirugía

Tema : Apendicitis

Tiempo : 1 hora

Fecha :

OBJETIVO: Al finalizar el seminario - taller los estudiantes de V Semestre tendrán las bases para brindar atención de Enfermería al paciente con apendicitis en el pre y pos-operatorio, se evaluará mediante la exposición que realizan cada grupo de estudiantes.

INSTRUCCIONES : Preparese para presentar este seminario taller el día a las

Subtemas :

Definición

Manifestaciones Clínicas

Valoración

Preparación quirúrgica - cuidados de Enfermería

Asistencia Post-operatoria Cuidados de Enfermería

Complicaciones.

BIBLIOGRAFIA : La recomendada en el programa.

GUIA DE ESTUDIO

Programa : Médico Quirúrgica

Unidad : Cirugía

Tema : Coleletrasis y Coledocolitiasis

Tiempo : 1½ hora

Fecha :

OBJETIVO : Al finalizar la charla los estudiantes de V Semestre estarán en capacidad de brindar cuidados de Enfermería a pacientes con coleletrasis y coledocolitiasis y se evaluará mediante un set de preguntas al finalizar la exposición.

INSTRUCCIONES : Preparese a presentar esta charla el día a las

Subtemas :

Definición

Fisiopatología

Manifestaciones clínicas

Tratamiento Médico

Tratamiento Dietético

Intervención de Enfermería

BIBLIOGRAFIA : La recomendada

GUIA DE ESTUDIO

Programa : Médico Quirúrgica

Unidad : Cirugía

Tema : Ulcera Gastrica

Tiempo : 1½ hora

Fecha :

OBJETIVO : Al finalizar el seminario taller los estudiantes de V Semestre habrán adquirido los conocimientos necesarios para brindar atención de Enfermería al paciente, con ulcera gastrica y se evaluará mediante la exposición que realice cada grupo de estudiantes.

INSTRUCCIONES : Preparese a presentar la exposición asignada el día a las

Subtemas:

Definición

Factores Predisponentes

Manifestaciones Clínicas

Tratamiento

Cuidados de Enfermería

BIBLIOGRAFIA : La recomendada

PREOPERATORIO MEDIATO

REACCIONES PSICOLOGICAS



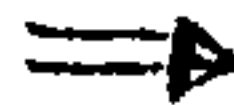
Grado de Experiencia
Edad
Estado Nutricional
Salud en General

ANSIEDAD
DIAGNOSTICO
PERDIDAS CORPORALES
MIEDO Anestesia
 Estado General
Incapacidad
Sicosociales



REFLEJAN

1. Preguntas
2. Retraimiento
3. Verborrea
4. Lectura y T.V.
5. Conducta Exigente
6. LLanto



- a. Agradable - Optimista
- b. Interes - Comunicación
- c. Ambiente Comodo
- d. Sinceridad
- e. Aclarar Errores
- f. Explicar preparación fisica .

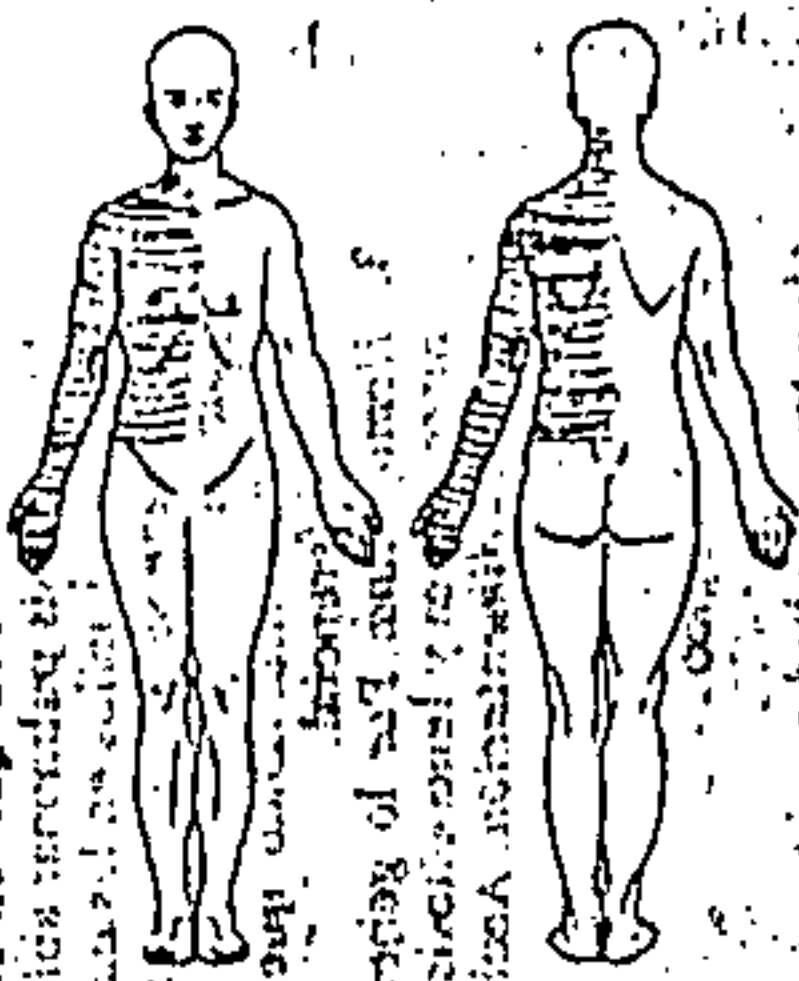
PREPARACION FISICA
Urgentes - Electivos
Ambulatorias

1. Historia Clinica. Examen Fisico
2. Control signos vitales
3. Exámenes
4. Nutrición
5. Aparato Respiratorio - Enseñanza
6. Cardio - Circulatorio
7. Diabetis - Hígado.. Riñon
8. Drogas - Alcoholismo
9. Rasurado
10. Premedicación
11. Mañana de la Cirugia

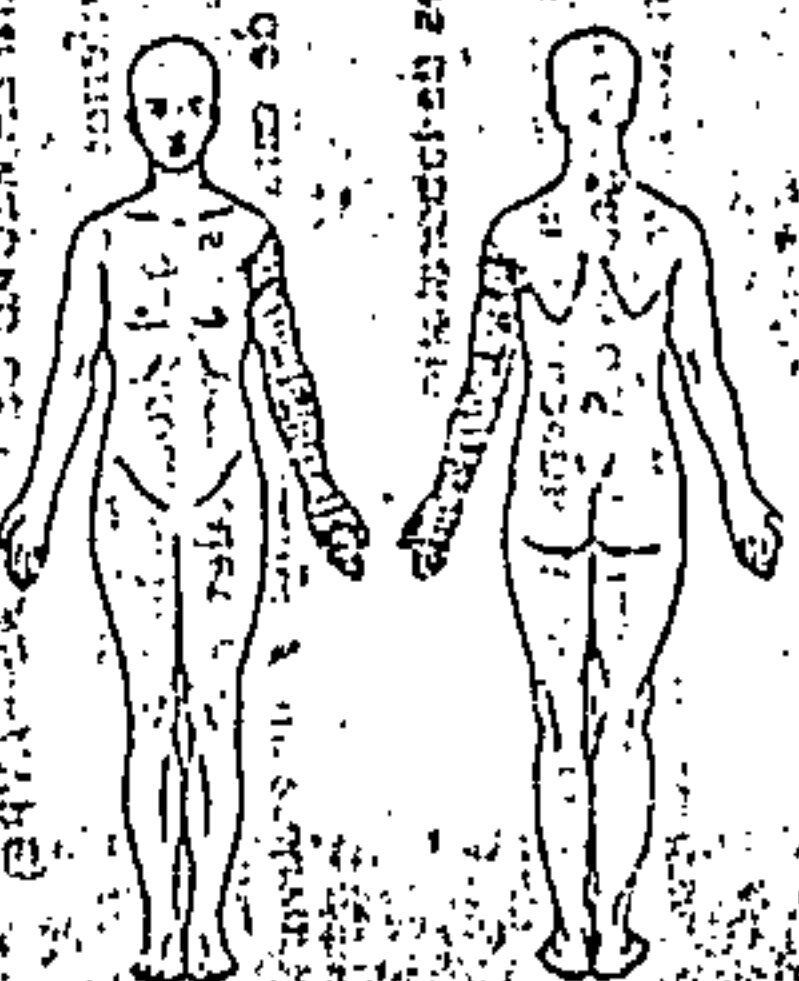
PERMISO OPERATORIO

REALIDAD EN NUESTRO MEDIO

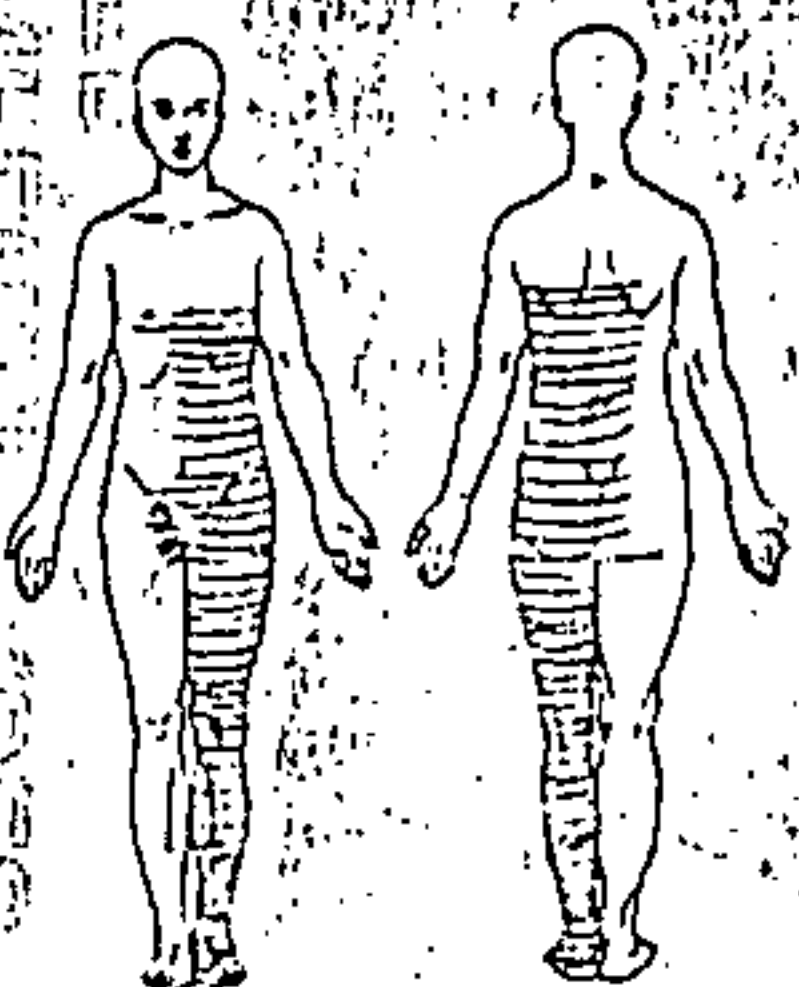
- a. Deficiente Preparación Sicología
- b. Deficiente preparación Fisica
- c. Permiso Operatorio



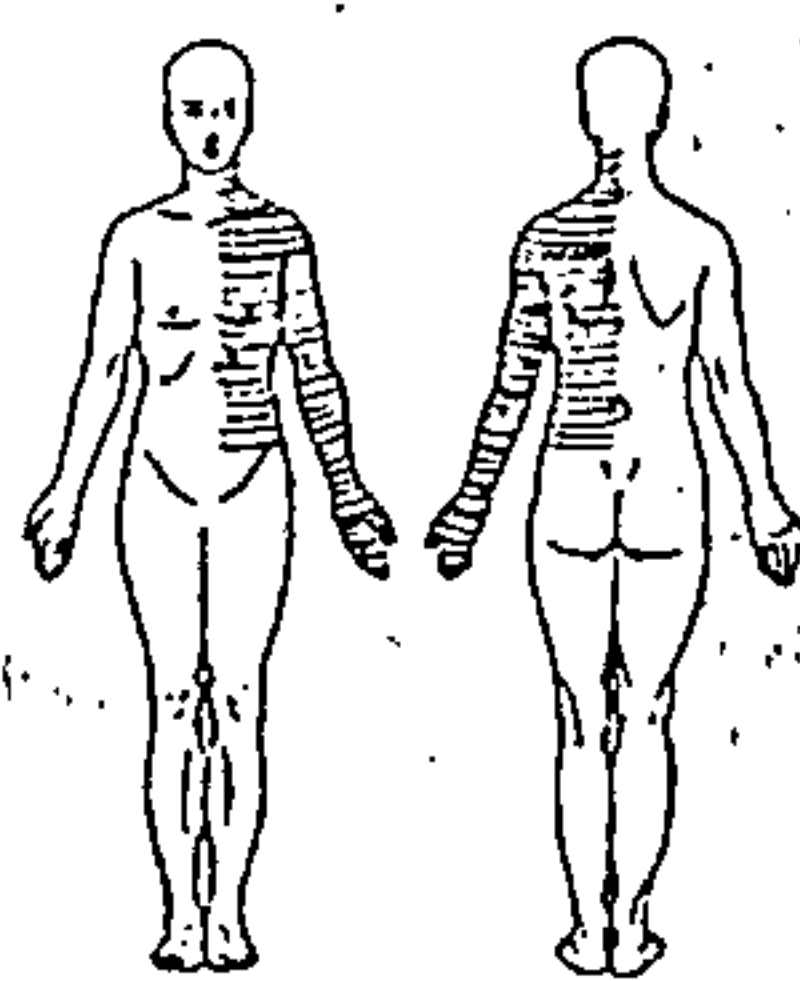
Preparación del hombro. Aléite desde las puntas de los dedos de la mano hasta la línea del pelo, desde la línea media del tórax hasta la línea media de la columna vertebral y hasta la cresta ilíaca, incluso la axila, en el lado de la operación.



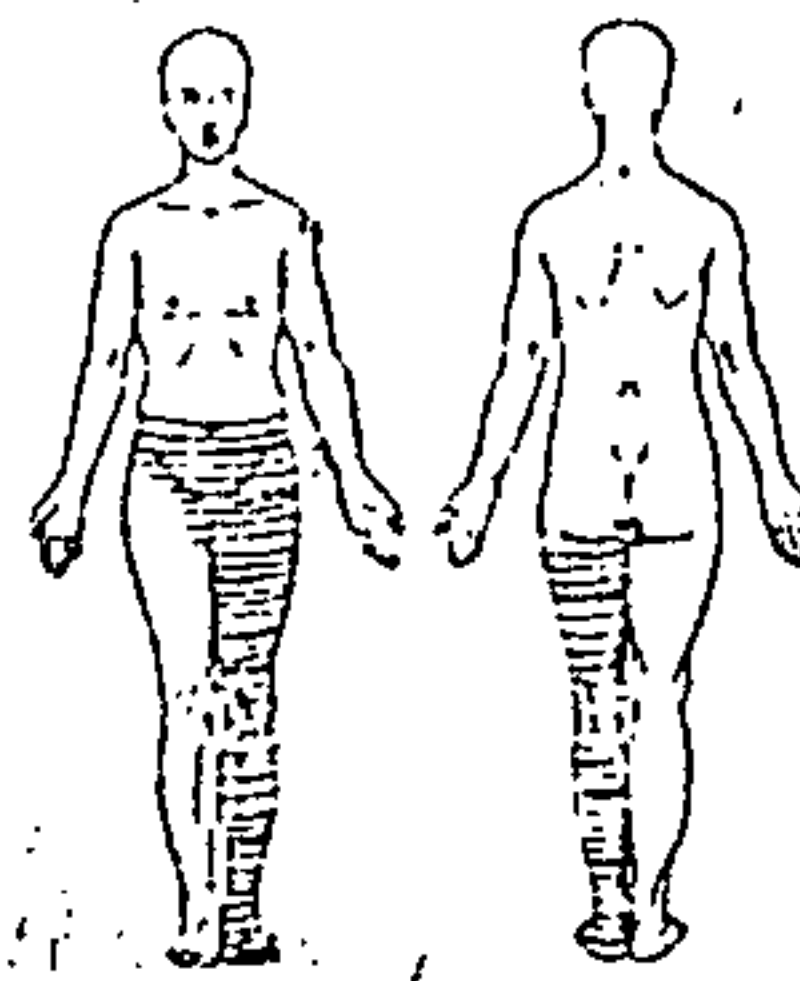
Preparación de antebrazo y codo. Aléite desde las puntas de los dedos hasta el hombro, e incluya la axila. Recorte y limpie las uñas. Emplee cepillo para mano y uñas.



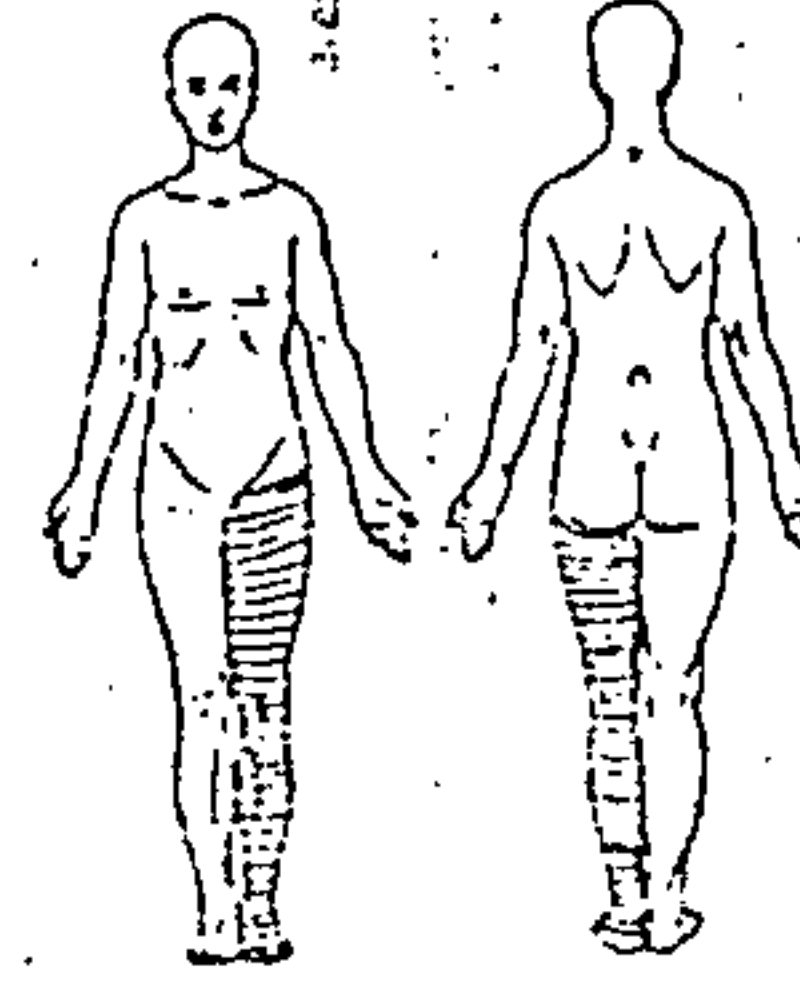
Preparación de la cadera. Aléite desde los pies hasta la línea del pelo, llegando por lo menos 7.5 cm más allá de la línea media por el dorso y por el frente. Aléite por completo la región púbica. Recorte y limpie las uñas de los dedos del pie. Emplee cepillo en pie y uñas. Fracturas de la cadera: todos los preparativos se efectúan en la sala de operaciones.



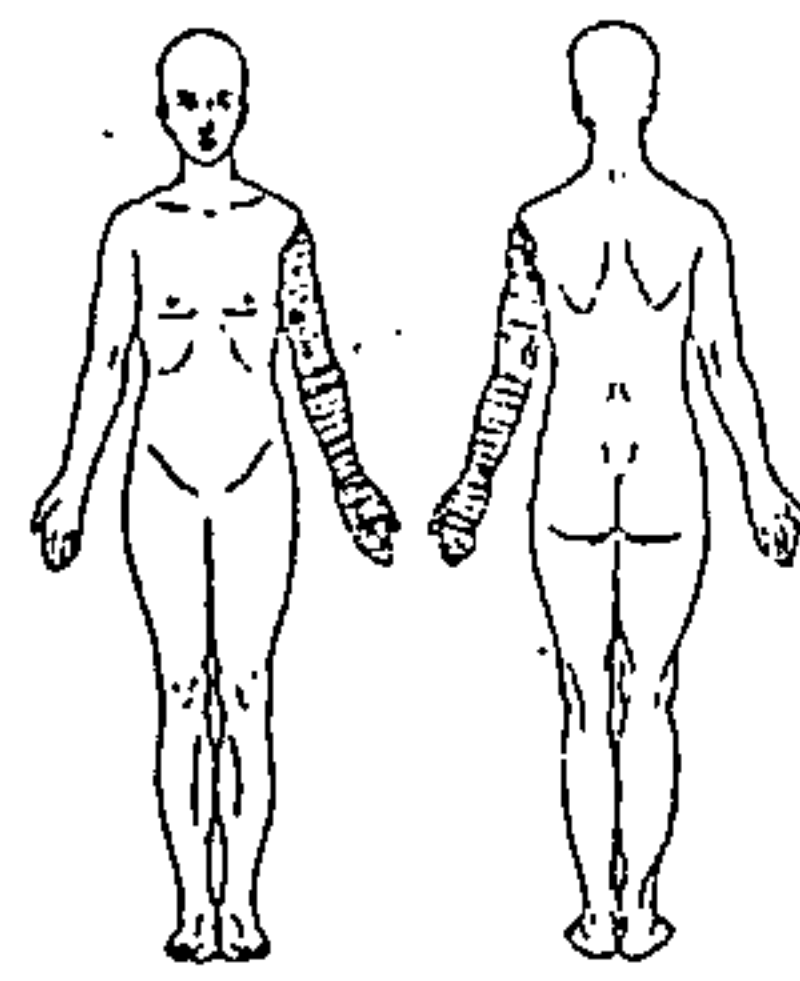
Preparación del brazo. Aléite desde las puntas de los dedos hasta la línea del cuello (línea del pelo), y desde la línea media del tórax hasta la línea media de la columna vertebral, incluso la axila y hasta llegar a la cresta ilíaca, en el lado de la operación. Recorte y limpie las uñas de los dedos de la mano. Emplee cepillo en mano y las uñas.



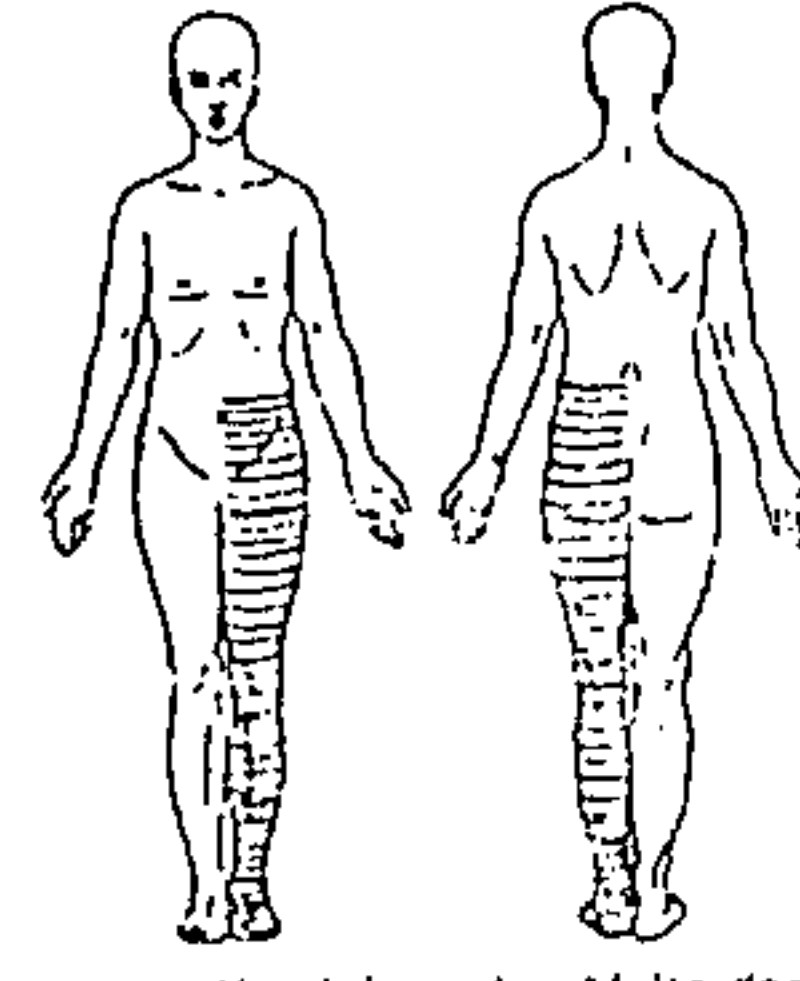
Preparación para ligadura de vena safena. Aléite desde el ombligo hasta los dedos de la pierna afectada, o de ambas piernas. Incluya el pubis y región perineal. Prepare toda la pierna por detrás.



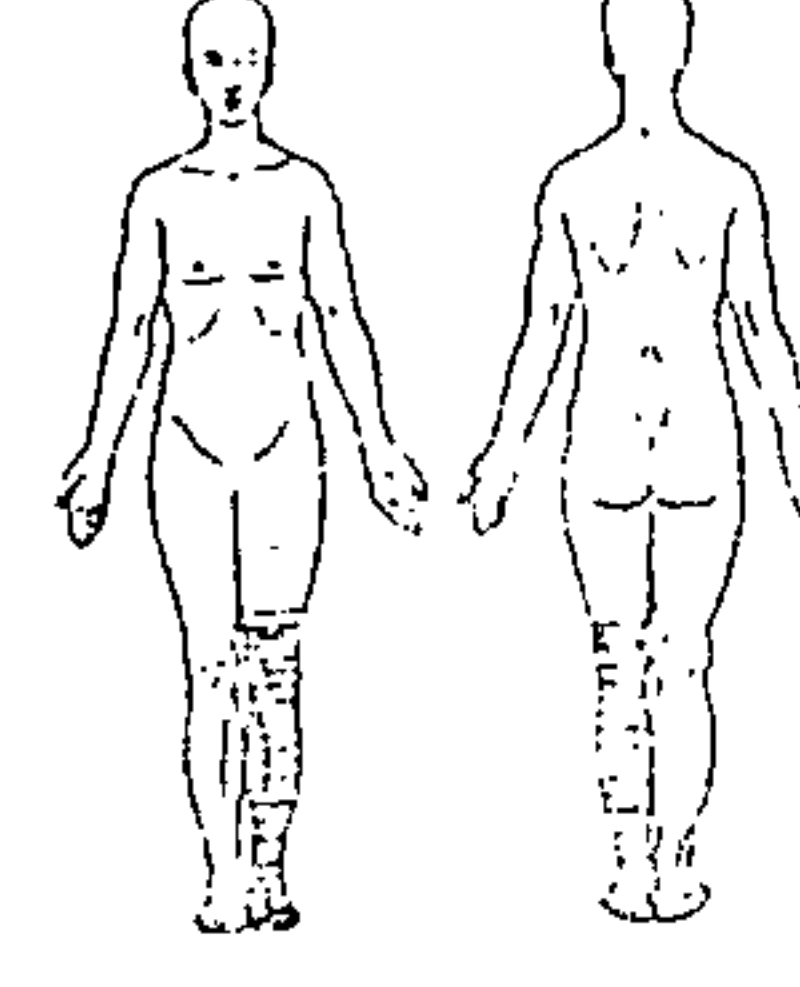
Preparación de la rodilla y la pierna. Aléite toda la pierna, desde los dedos del pie hasta la ingle. Recorte y limpie las uñas de los dedos del pie. Emplee cepillo en pie y uñas.



Preparación de la mano. Aléite desde las puntas de los dedos hasta el hombro. Recorte y limpie las uñas. Emplee cepillo en mano y uñas.

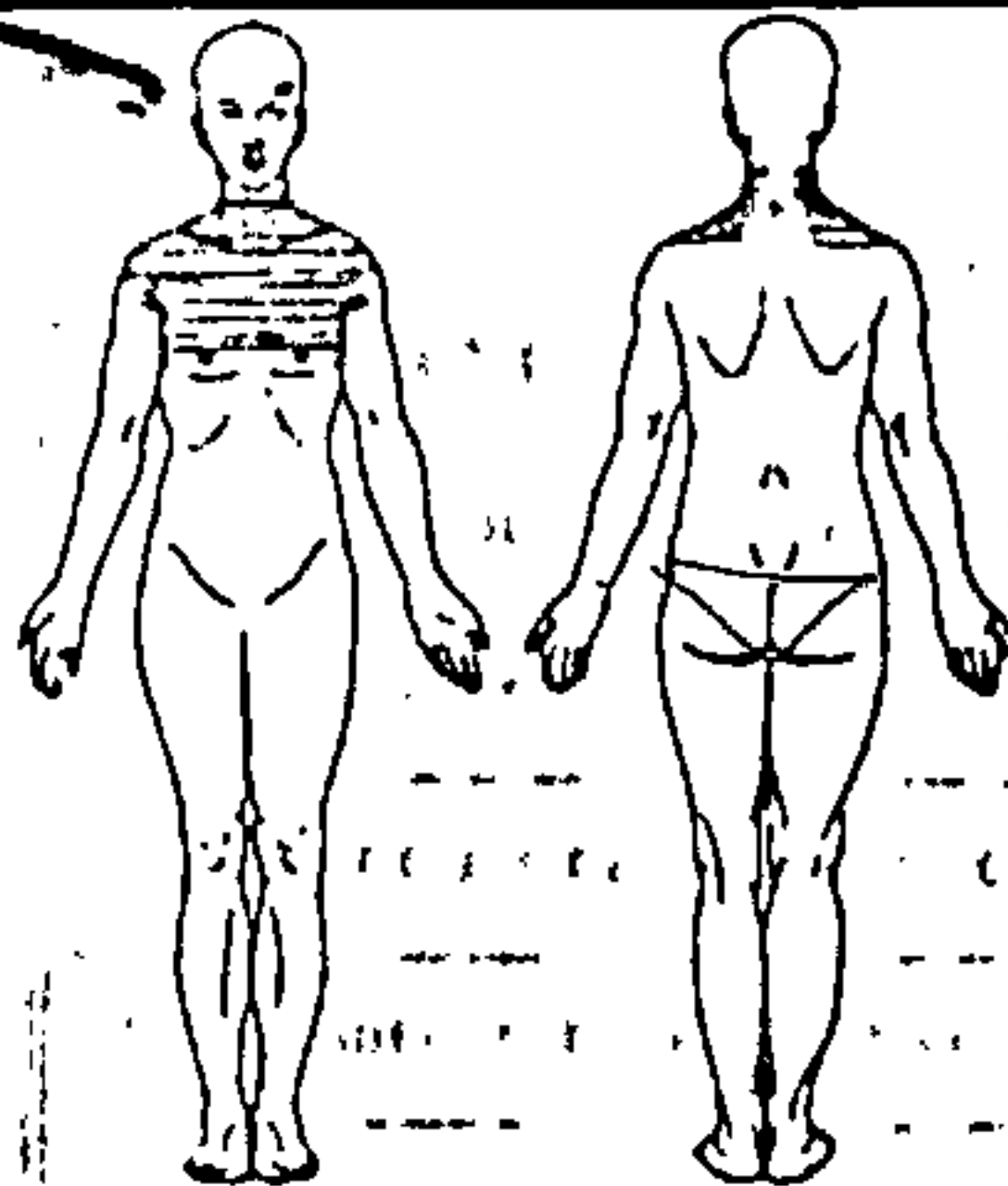


Preparación del muslo. Aléite desde los dedos del pie hasta 7.5 cm por arriba del ombligo, hasta llegar a la línea media por delante y por detrás. Aléite por completo la región púbica. Recorte y limpie las uñas de los dedos del pie. Emplee cepillo en pie y uñas.

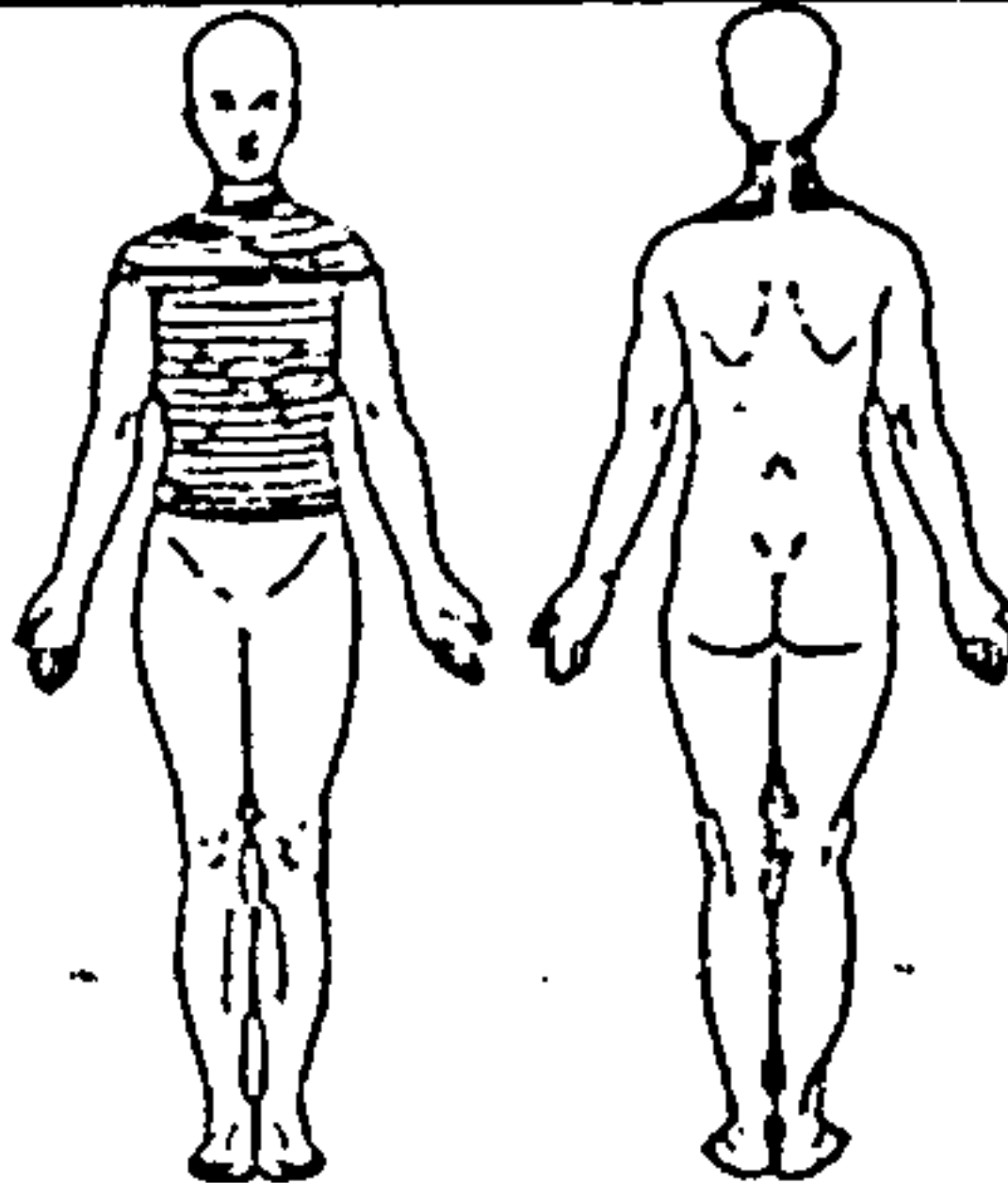


Preparación de tobillo y pie. Aléite la pierna desde los costos del pie hasta 7.5 cm por arriba de la rodilla. Recorte y limpie las uñas de los dedos del pie. Emplee cepillo en pie y uñas.

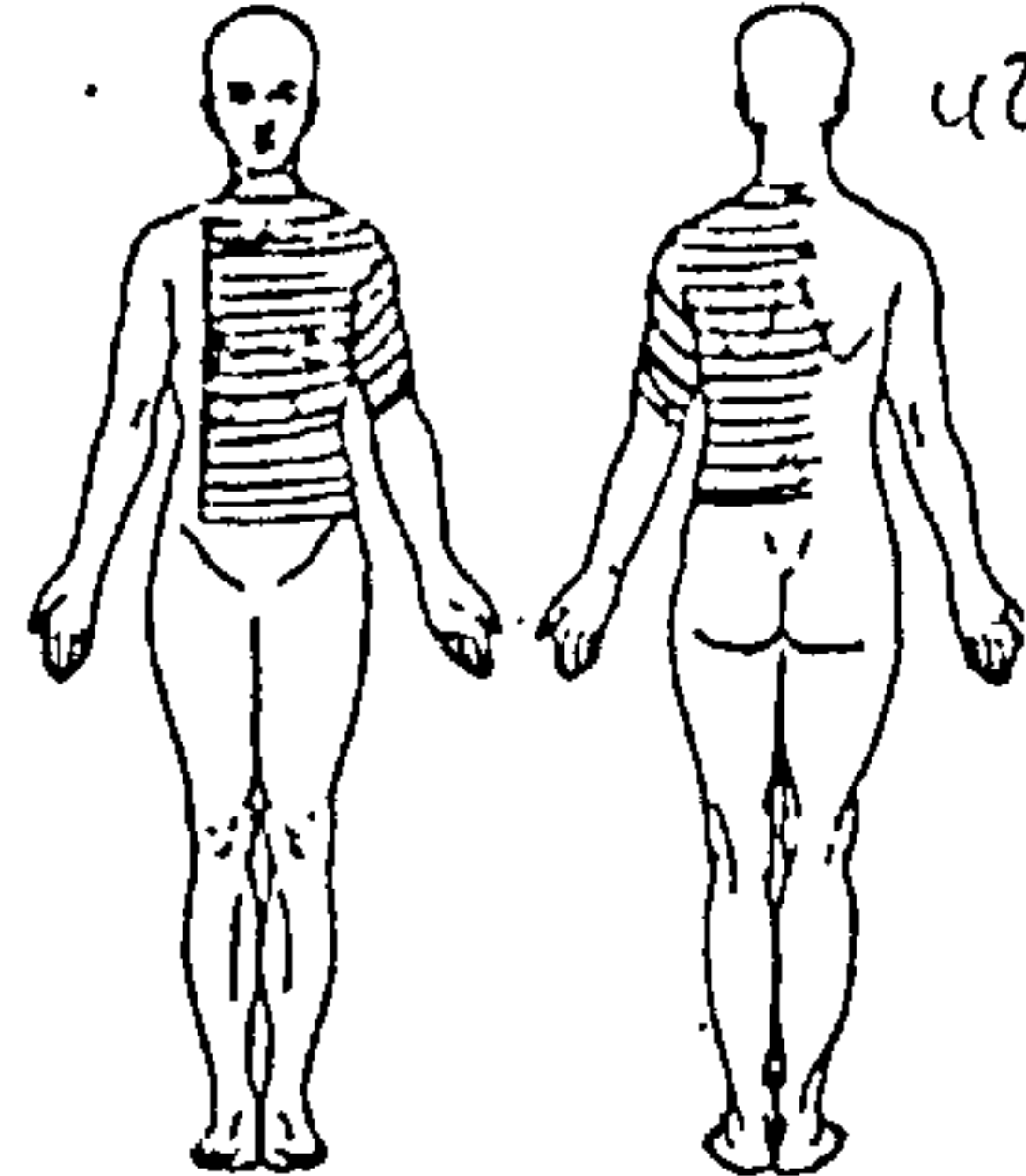
(Ilustración tomada de Committee on Control of Surgical Infections of the Committee on Pre- and Postoperative Care, American College of Surgeons: Manual on Control of Infection in Surgical Patients, Philadelphia B. Lippincott Co., 1977.)



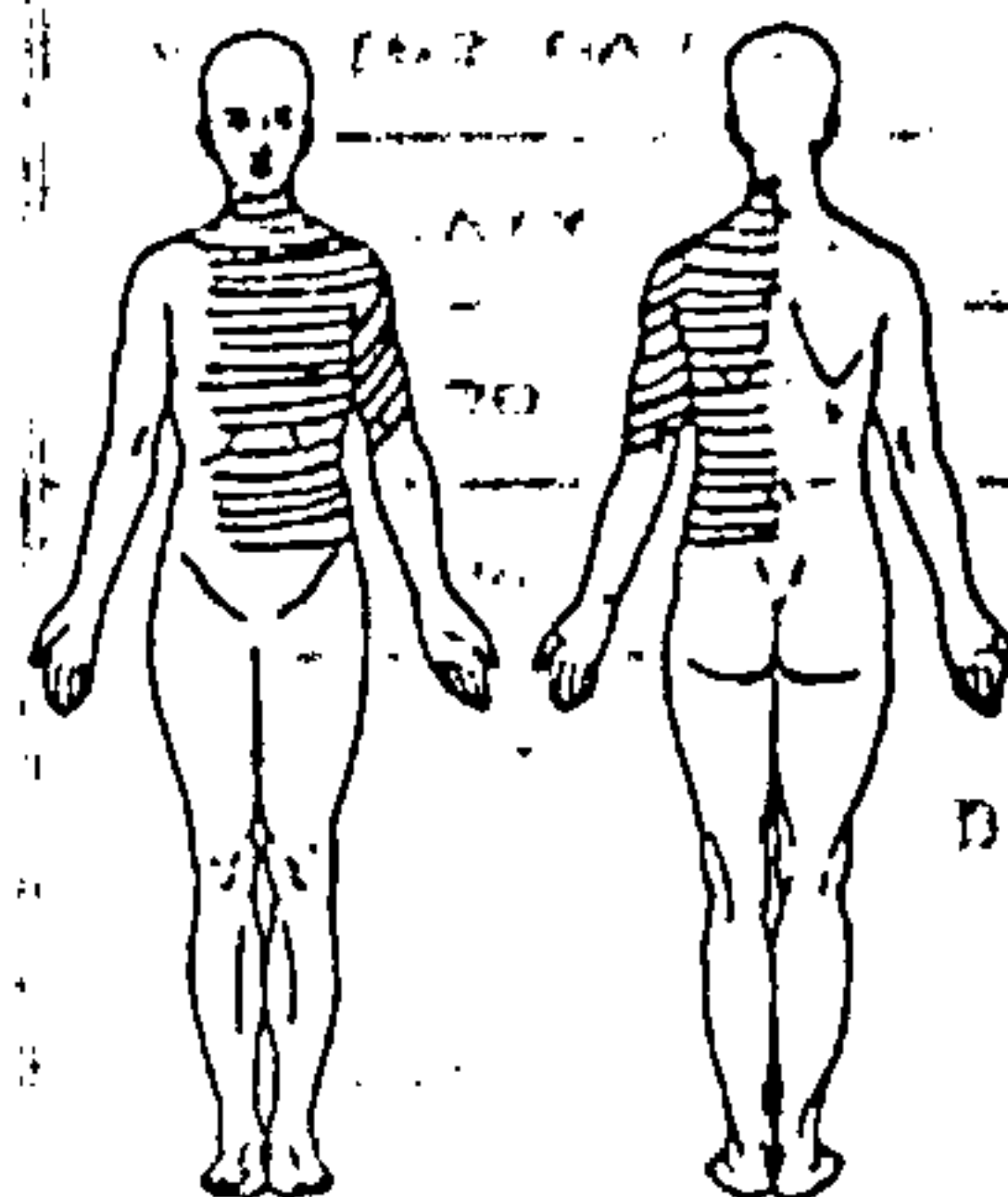
Preparación para glándula tiroides. Afeite desde la línea de la barbilla hasta la línea de los pezones, e incluya la región axilar. Extiéndase hasta el dorso del cuello y la parte alta del hombro como se indica.



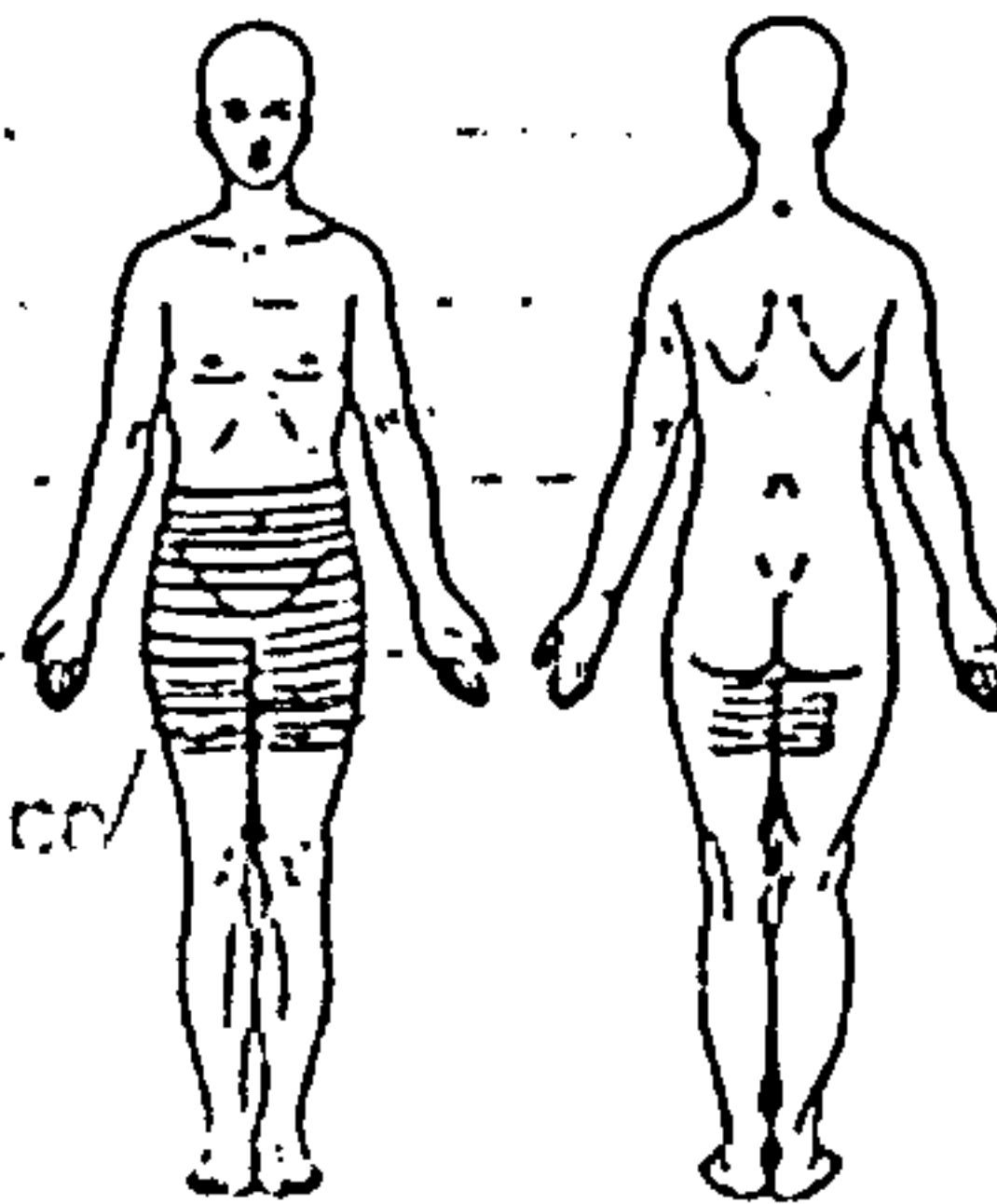
Preparación para operación de paratiroides (Como cuando se va a hendir el estómago). Afeite desde la línea de la barbilla hasta el ombligo, y desde un hombro hasta el otro, por el frente. Extiéndase hacia el dorso del cuello y la parte superior dorsal del hombro, como se indica. Prepare hacia los lados para aplicar sondas torácicas se si ordenara hacerlo.



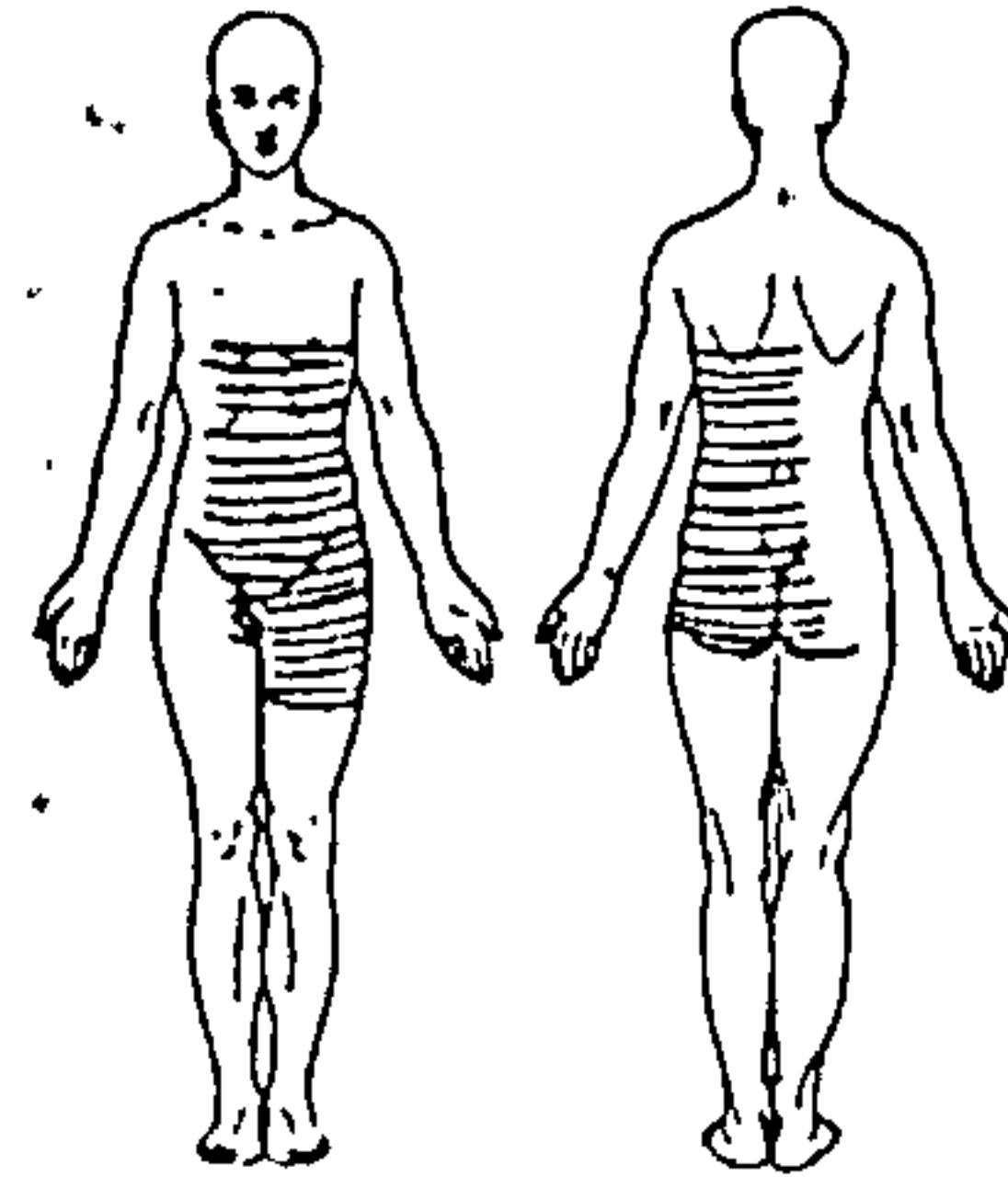
Preparación para toracotomía. Afeite desde la línea de la barbilla hasta la cresta iliaca, y desde el pezón del lado no afectado hasta por lo menos 5 cm más allá de la línea media en el dorso. Incluya toda la axila y el brazo entre el hombro y el codo.



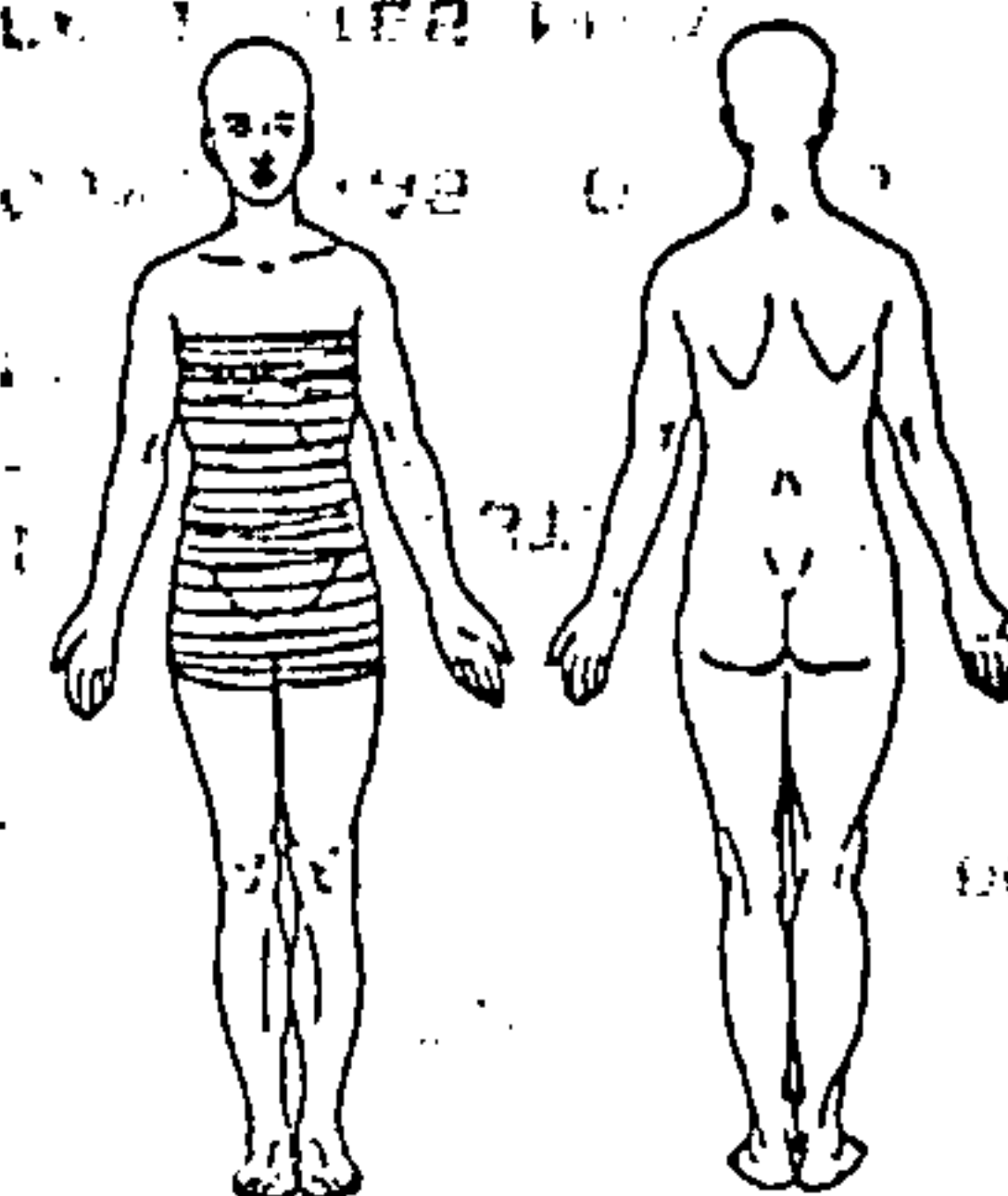
Preparación para mastectomía. Afeite desde la parte alta del cuello hasta la cresta iliaca, y desde la línea del pezón del lado no afectado hasta la media línea del dorso (lado afectado). Prepare la axila y el brazo hasta el codo en el lado afectado.



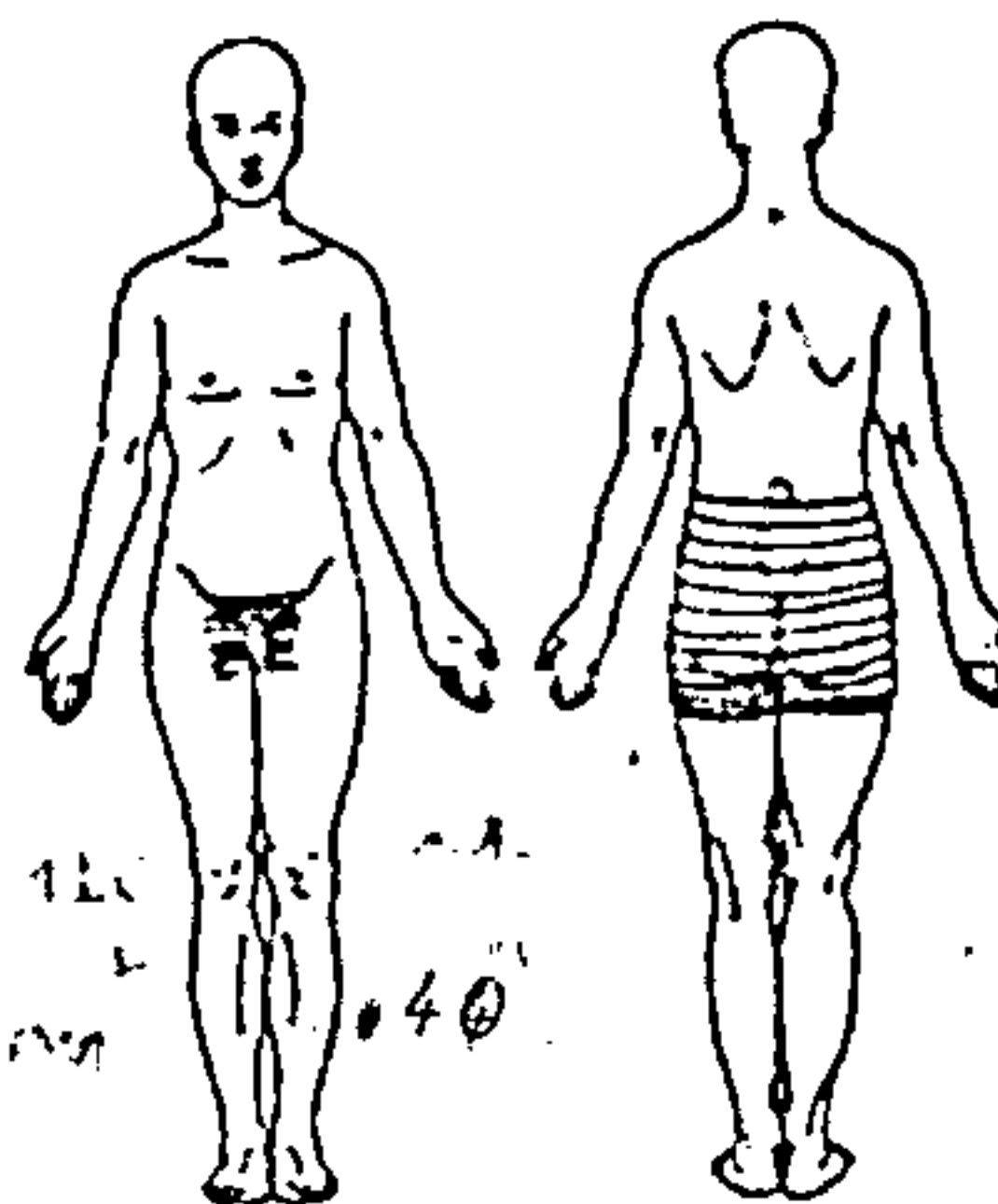
Preparación de la parte baja del abdomen (por ejemplo, para hemioplastia, ligadura de vena femoral, embolectomía femoral). Afeite desde 5 cm por arriba del ombligo hasta la mitad del muslo, e incluya la región púbica. Ligadura femoral: afeite hasta la línea media del muslo por detrás. Hernioplastia y embolectomía: afeite hasta el borde costal y la rodilla, según se ordene.



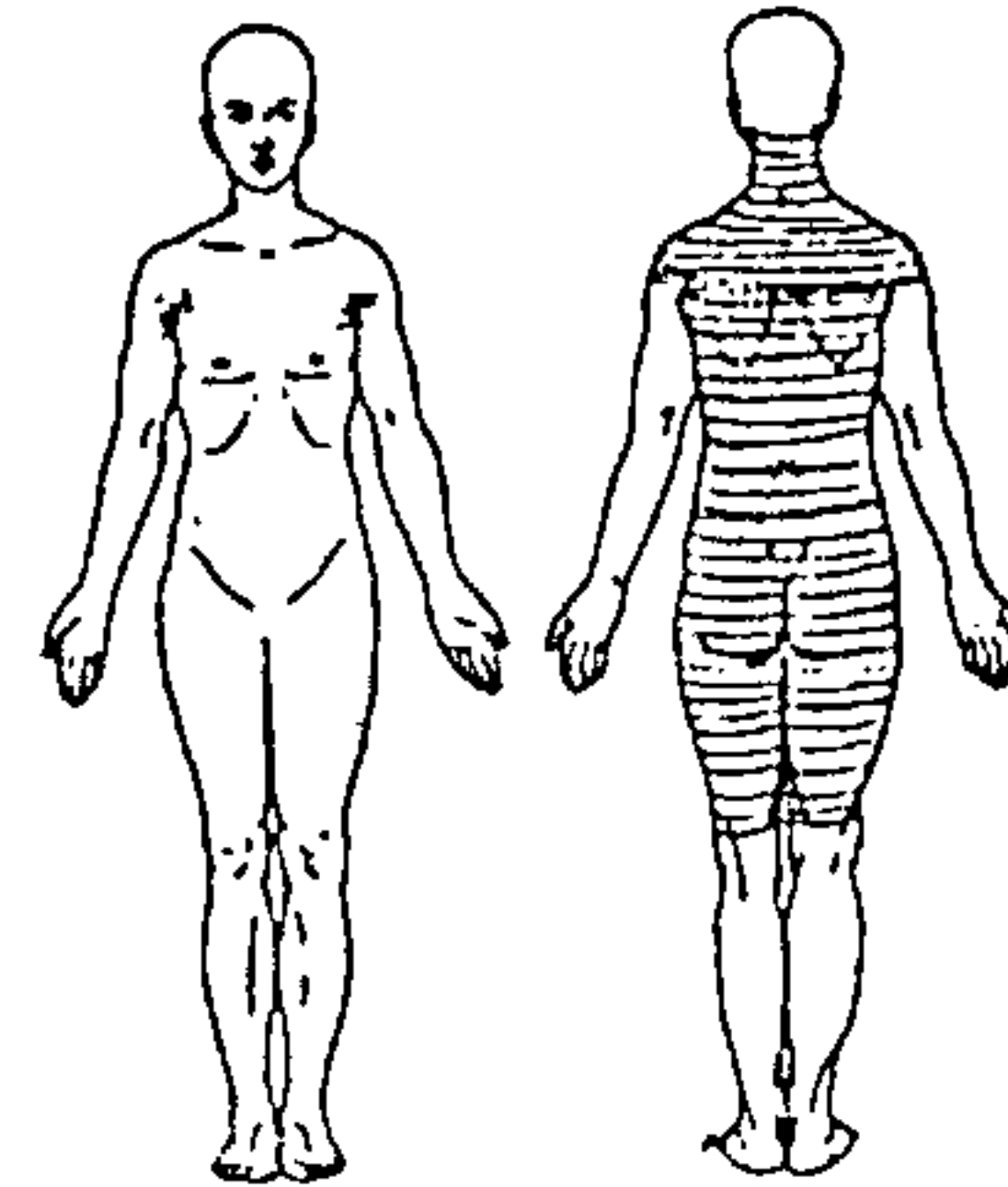
Preparación del flanco (por ejemplo, para operaciones renales, adrenalectomía, simpatectomía). Afeite desde la línea del pezón hasta el pubis pasándose 7.5 cm de la línea media por el dorso. Afeite también la región púbica, y la parte alta del muslo del lado afectado.



Preparación abdominal. Afeite desde 7.5 cm por arriba de la línea del pezón hasta la parte alta de los muslos, e incluya la región púbica.



Preparación perineal (por ejemplo, para hemorroidectomía, fístula anal). Afeite pubis, perineo y región perianal. Afeite por el dorso desde la cintura hasta llegar a 7.5 cm por lo menos por debajo de la ingle.



Preparación para columna vertebral. Afeite todo el dorso, incluso los hombros y el cuello hasta la línea del pelo por arriba, rodillas por debajo y ambos lados hasta los codos.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
1993

LISTA DE CONTROL PRE-OPERATORIO

PACIENTE:	SALA	
	OBSERVACIONES	SI NO
1. Región operatoria preparada		
2. Región operatoria inspeccionada por la enfermera o supervisora		
3. Alhajas		
a. Quitadas		
b. Atadas		
4. Dentaduras postizas removibles		
5. Cabello preparado - cubierto		
6. Evacuaciones	cantidad	hora
7. Medicación preanestesica	Hora	
8. Barandas colocadas		
9. Pulso	Respiración	TA
10. Permiso operatorio firmado		
11. Ultimo análisis de sangre encarpetado		
12. Ultimo análisis de orina		
13. Pulsera identificatoria colocada		
14. Esmalte de uñas removidas		
15. Orden Médica encarpetada		

Firma del Enfermero

Fecha :

Hora :

PRE- OPERATORIO INMEDIATO

" Desde el momento en que se traslada a cirugía hasta que se inicia la anestesia

TRANSPORTE DEL PACIENTE = Cama - Camilla
a. Identificación
1. Revisión b. H. Clínica
c. Area Quirurgica

CAMILLA	MESA DE OPERACION	SEGURIDAD
FAMILIA	APOYO	EMOCIONAL

1.993

POST - OPERATORIO MEDIATO : Desde que el paciente es trasladado del Quirofano a su Unidad hasta aproximadamente 1 semana

VALORACION GENERAL

- a. Vias Respiratorias - Gastro.
- b. Circulación - Genitourinario
- c. Grado de Conocimiento
- d. Sitio de la Operación
- e. Liquidos parenterales
- f. Dolor - Sondas - Tubos
- g. Comodidad.
- h. S. Vitales.

INTERVENCION DE ENFERMERIA

1. Grado de Conocimiento
2. S. Vitales
3. Toser
4. Cambio de posición
5. Control de Liquido Ingeridos y Eliminados
6. Vigilar Aposetos
7. Cambiar Aposetos - Curación
8. Aliviar Dolor
9. Deambulaci6n
10. Otros.

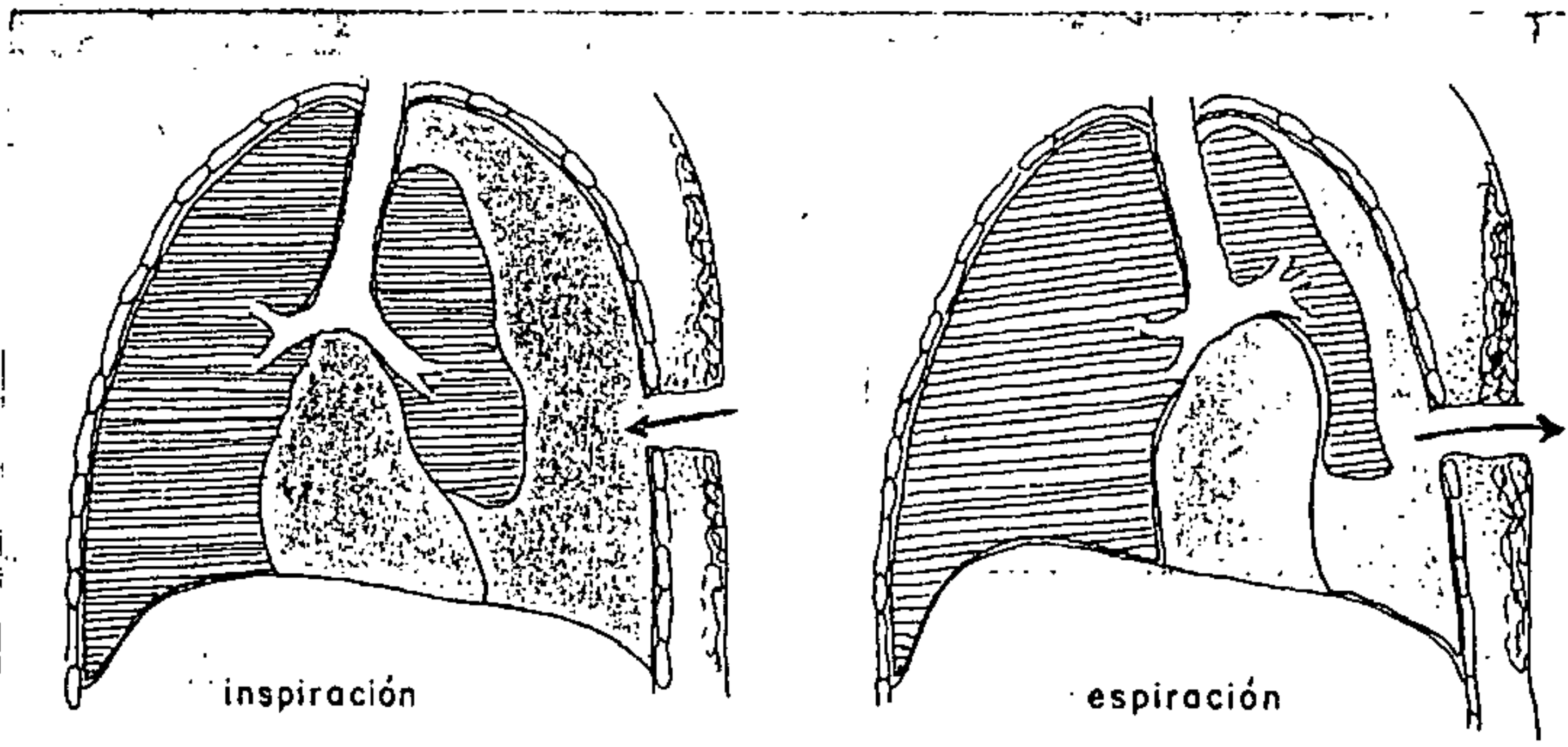
NEUMOTORAX

DEFINICION

CLASIFICACION :

SIMPLE
COMUNICANTE
ATENSION

DIAGNOSTICO
MANEJO

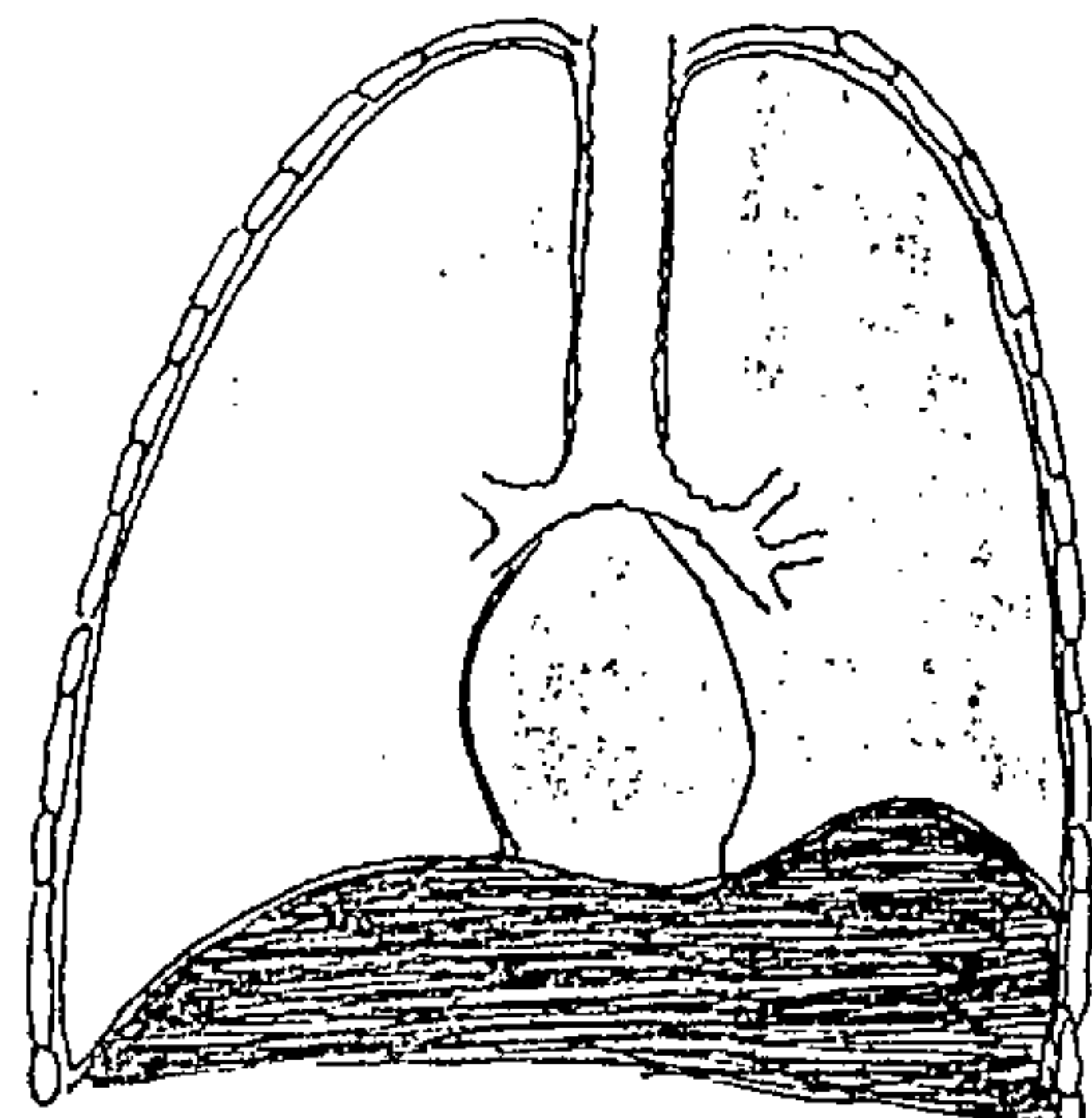
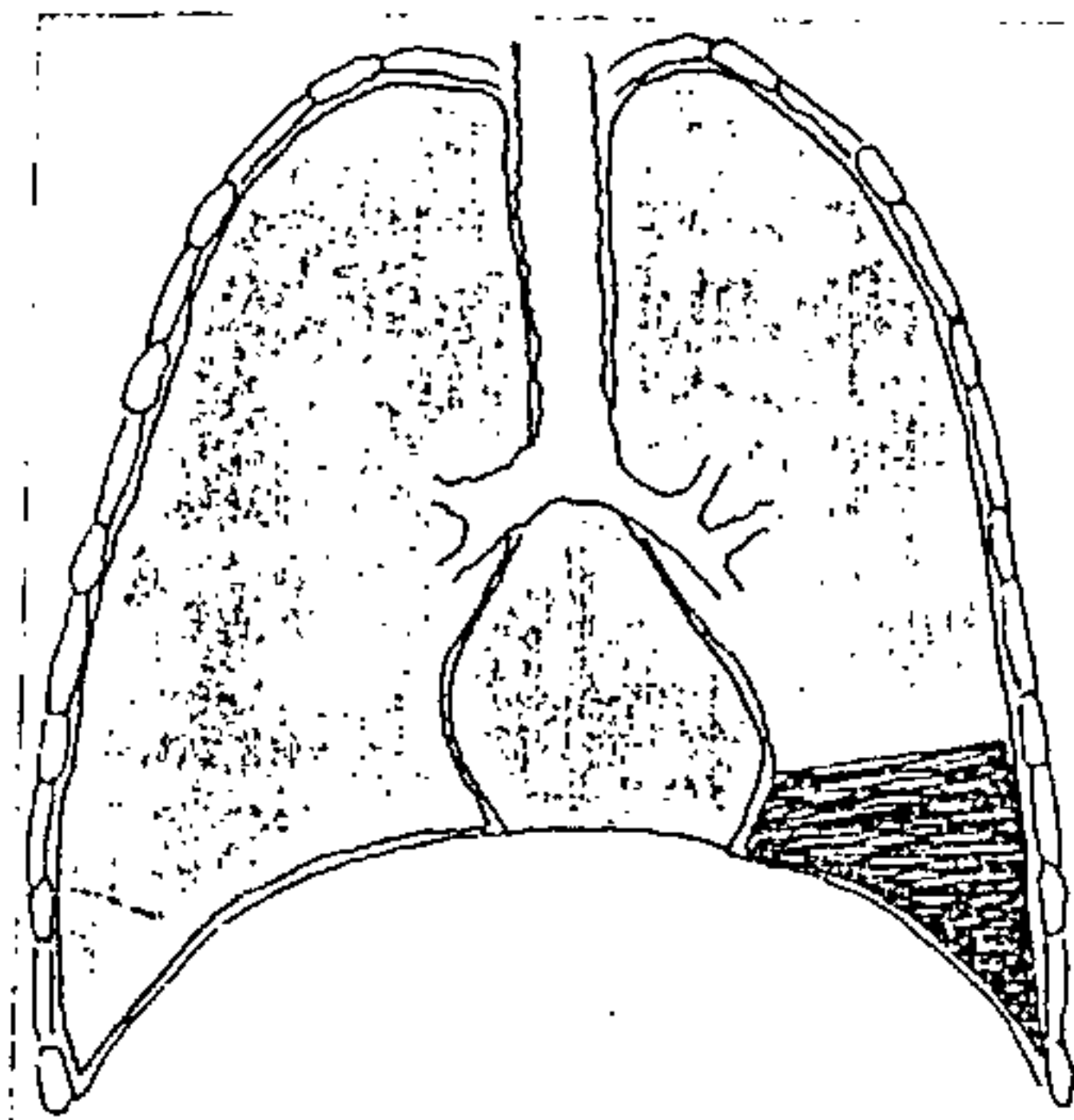


HEMOTORAX

DEFINICION

DIAGNOSTICO

MANEJO DE ENFERMERIA



a

47

Sonda :
Nasogastrica

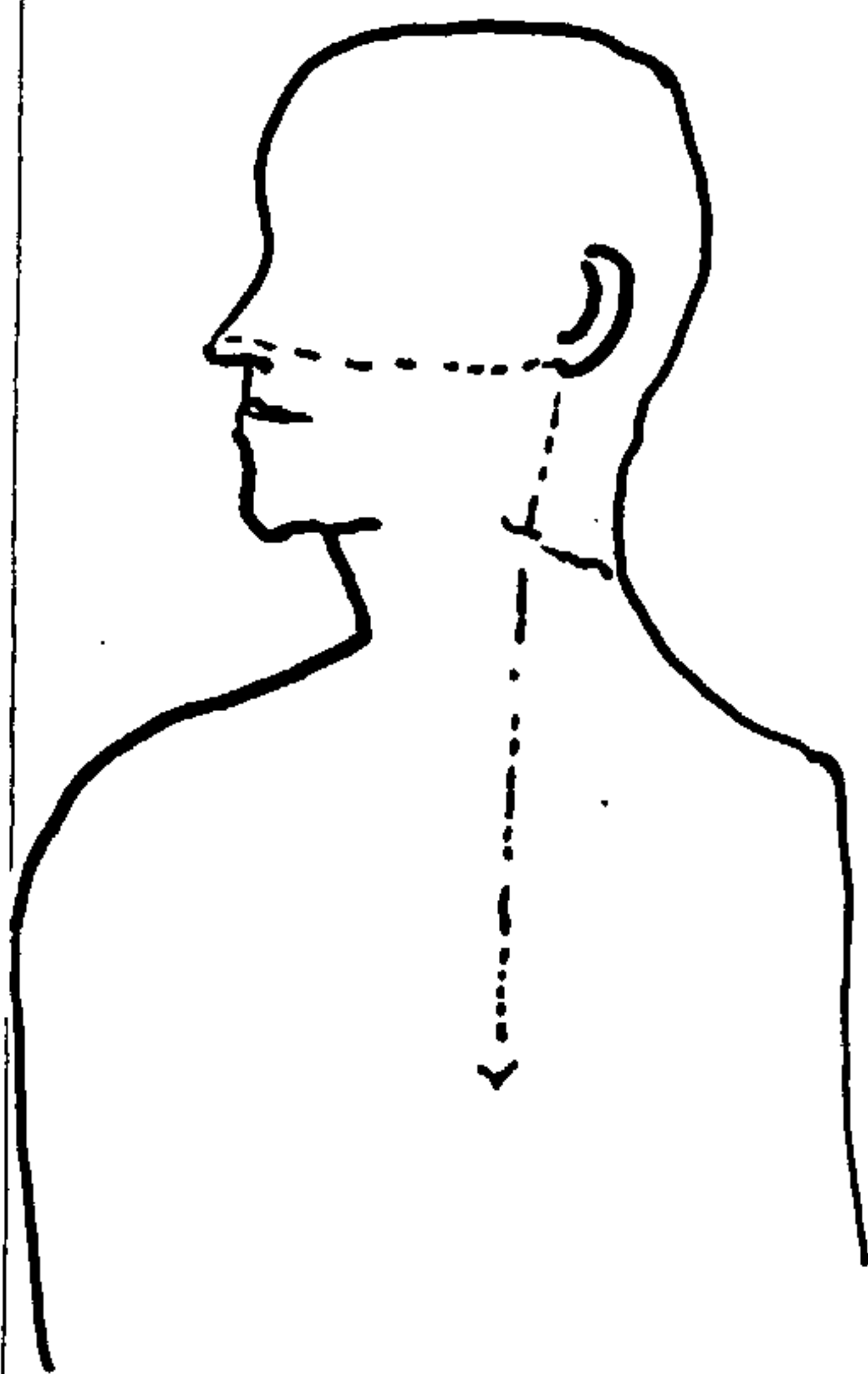
Indicaciones :

- a. Alimentación
- b. Aspiración
- c. Lavado
- d. Compresión

Tipos :

- 1. Levin
- 2. Nelaton
- 3. Otras

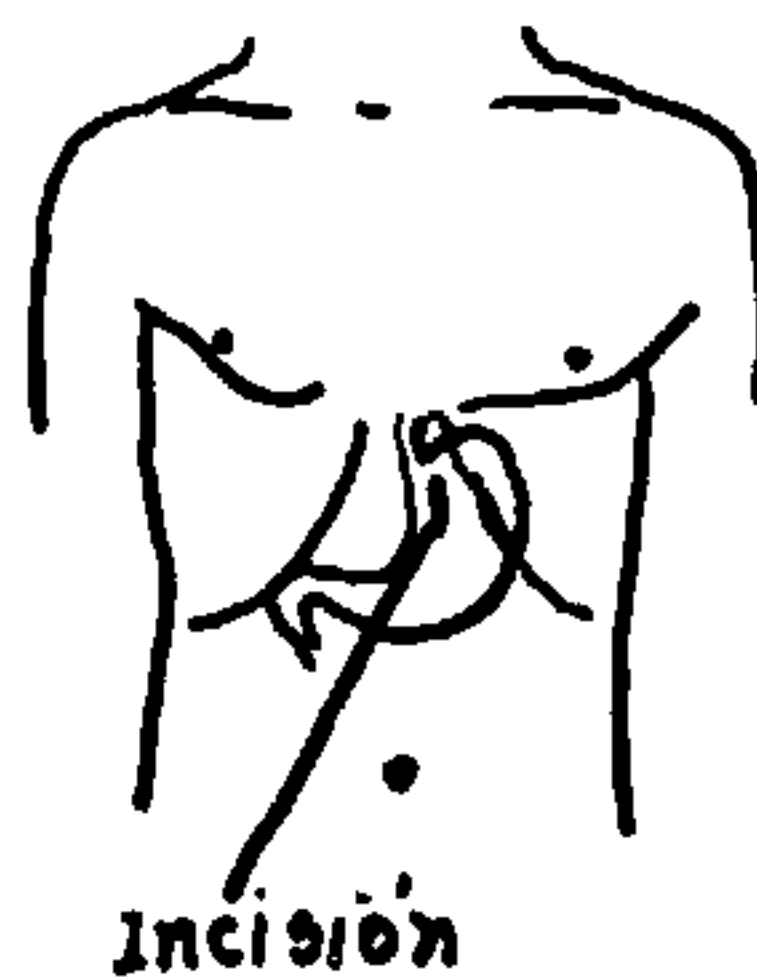
Técnica de Colocación



Manejo :

- a. Alimentación
- b. Aspiración
- c. Lavado
- d. Compresión

Gastrostomía



48

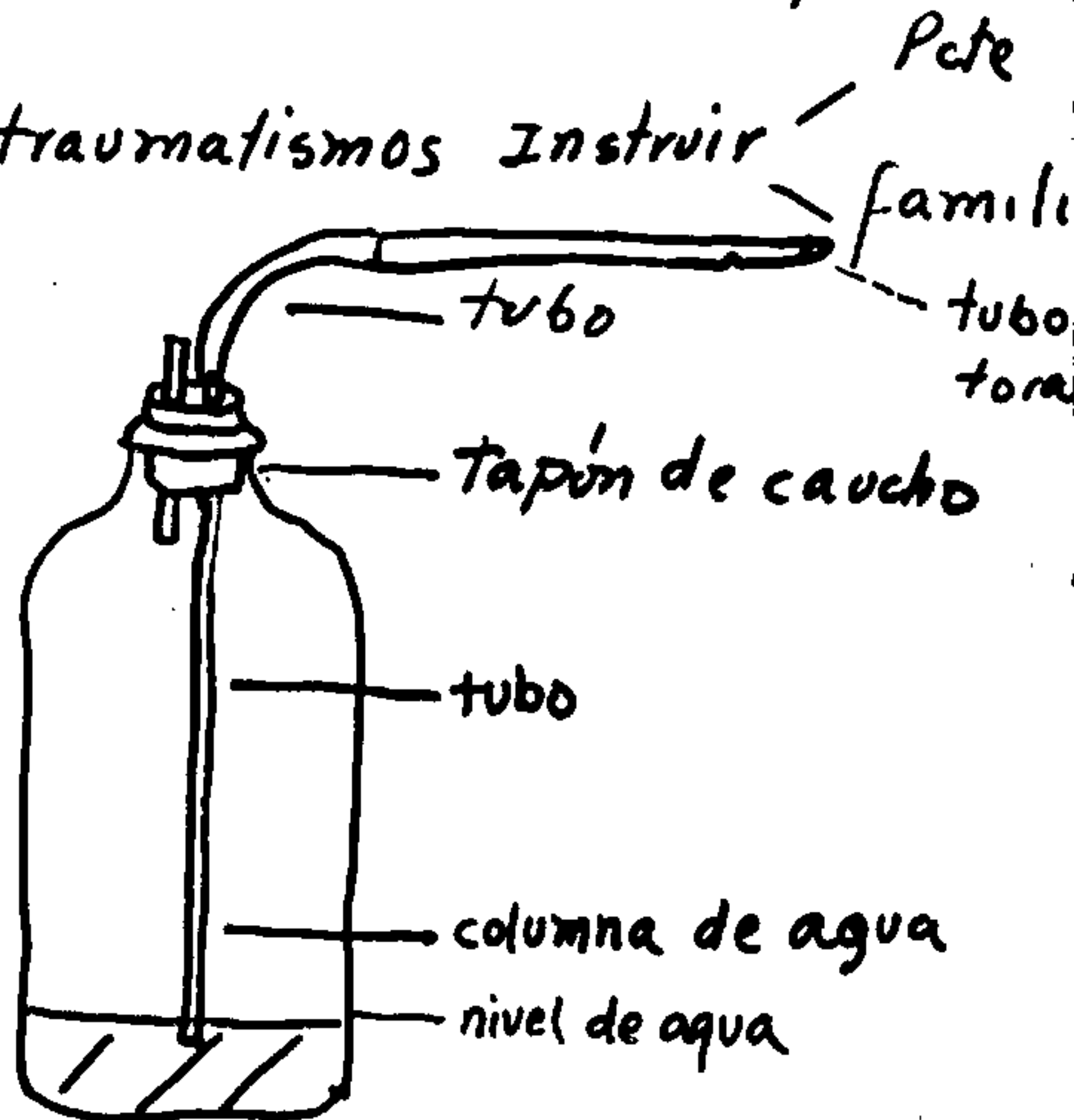
Profesional → calmar $\begin{cases} \text{temor} \\ \text{ansiedad} \end{cases} \rightarrow \Delta \text{ controlar Microorganismos}$

Técnica de Colocaciòn.

Tubo en torax

Indicaciones { Neumo torax
Hemo torax
Pio torax

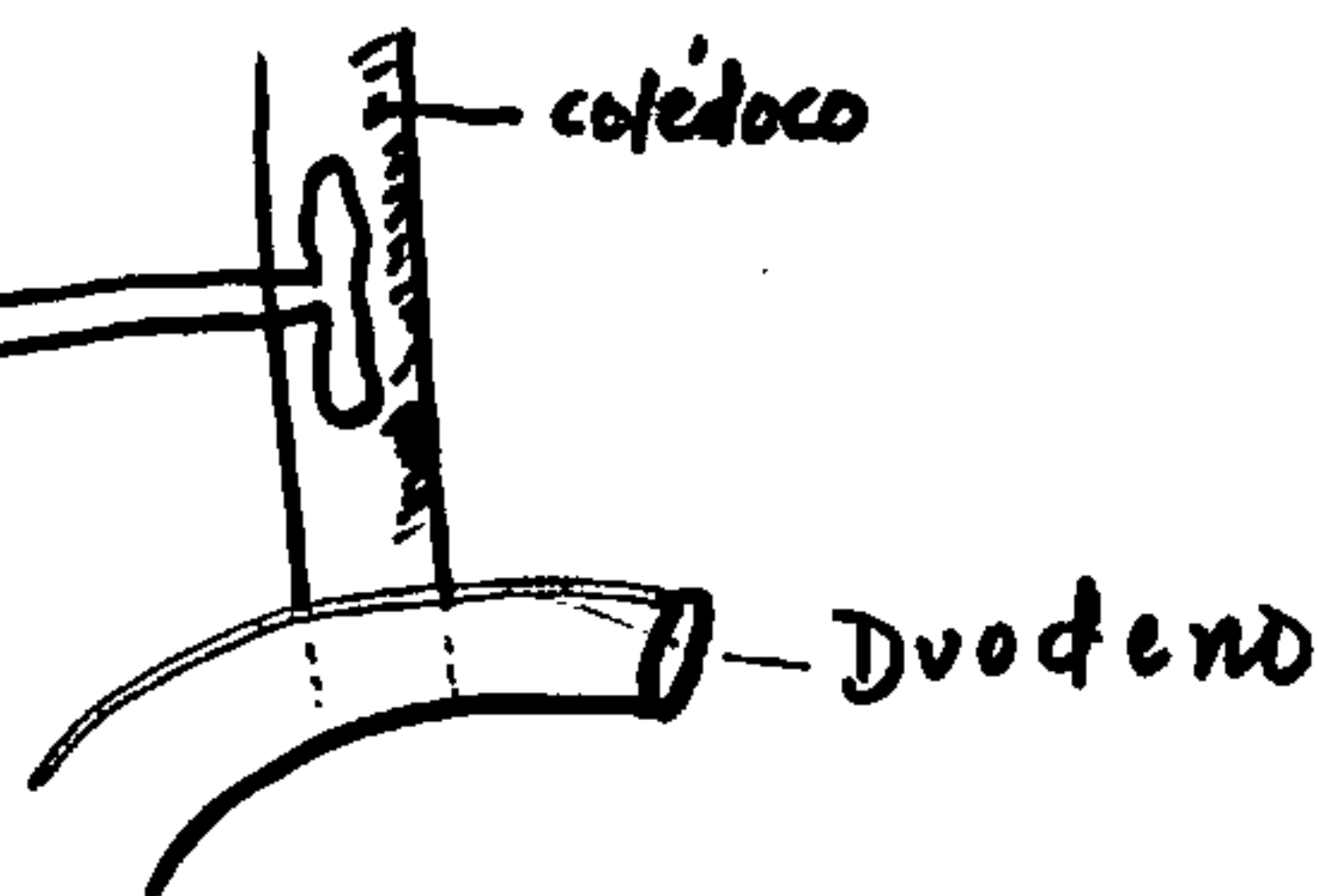
Manejo



tubo en T

Indicaciones

- a. descomprimi
- b. Estudios Rx.



Drenajes .

tipos

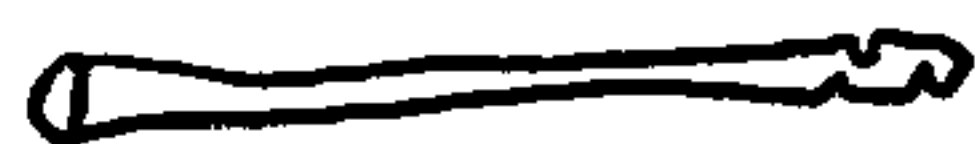
Anrose



Cigarrillo



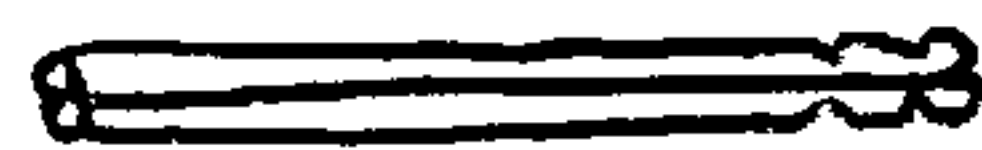
tv60



Ventajas

Desventajas

Collector



Collector



APENDICITIS

DEFINICION

MANIFESTACIONES CLINICAS

1. PERDIDA DEL APETITO
2. DOLOR
3. VOMITO
4. HIPERSENSIBILIDAD
5. FIEBRE
6. LEUCOCITOSIS

VALORACION : A). HISTORIA CLINICA
 B) EXPLORACIÓN FISICA
 C). ESTUDIO DE LABORATORIO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- A. PRE- OPERATORIO
- B. POST - OPERATORIO

COMPLICACIONES.

COLELITIOSIS - COLEDOCOLITIASIS =

DEFINICION = CALCULOS EN VESICULA BILIAR O COLEDOCO

FISIOPATOLOGIA

CALCULOS BILIARES ESTAN COMPUESTOS DE COLESTEROL- CALCIO COMBINADO CON BILIRUBINA Y SALES INORGANICAS

MANIFESTACIONES CLINICAS :

1. ASINTOMATICO
2. CALCIO BILIAR
3. COLANGITIS AGUDA
4. ICTERICIA
5. MALESTAR EPIGASTRICO = PLENITUD
ERUCTOS
6. DOLOR CRONICO

DIAGNOSTICO :

HISTORIA CLINICA
EXPLORACION FISICA
ESTUDIO RADIOLOGICOS
EXAMEN DE LABORATORIO

TRATAMIENTO.

LIQUIDOS - ALIMENTOS SOLIDOS - GRASAS RESTRINGIDAS- INTERVENCIÓN QUIRURGICA - TUBO EN T.
PRE - AP. VIT K - ANTIBIOTICO

CUIDADOS DE ENFERMERIA :

PREPARARLO PRUEBAS DX - REPOSO - ANALGESIA - VIGILA INFECCIONES - DIETA COLOR HECES- ORINA - PRE- POST - OPERATORIO . CUIDAR TUBO EN T . APOYO EMOCIONAL - DIETA - SIGNOS- SINTOMAS DE RECURRENCIA .

ULCERA GASTRICA

DEFINICION

FACTORES PREDISPONENTES

- A. TENSION EMOCIONAL
- B. ESTILO DE VIDA

MANIFESTACIONES CLINICAS :

- 1. DOLOR
- 2. VOMITOS
- 3. PERDIDA DE PESO
- 4. HEMORRAGIA

COMPLICACIONES :

- A. OBSTRUCCION PILORICA
- B. HEMORRAGIA
- C. PERFORACION

TRATAMIENTO :

- 1. CONTROLAR ACIDEZ
- 2. PREVENIR COMPLICACIONES
- 3. QUIRURGICO = GASTRECTOMIA
VAGOTOMIA
PILOROPLASTIA

INTERVENCION DE ENFERMERIA :