

**ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL. Con estudios incorporados a la
UNAM.**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO POST-
OPERATORIO**

TESINA

Para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

JESSICA BIANCA ROBLEDO RUBIO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Jessica Bianca
Robledo Rubio
FECHA: 25-09-09
FIRMA: Jessica B

NÚMERO DE CUENTA:

400504957

Directora:

Mtra. Martha Lilia Bernal Becerril.

México D.F. 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE.

| | |
|--|----|
| I.- INTRODUCCIÓN | 1 |
| II.- JUSTIFICACIÓN | 3 |
| III.- OBJETIVOS | 4 |
| IV.- MARCO TEORICO | 5 |
| 4.1.- Definición de periodo post- operatorio | 5 |
| 4.2.- Clasificación de periodo post-operatorio | 6 |
| V.- INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO POST-OPERATORIO | 7 |
| VI.- COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS | 29 |
| 6.1.- Complicaciones circulatorias | 29 |
| 6.2.- Complicaciones pulmonares | 32 |
| 6.3.- Complicaciones gastrointestinales | 33 |
| 6.4.- Complicaciones urinarias | 35 |
| VII.- GUIAS DE INTERVENCIÓN | 37 |
| VIII.- CONCLUSIONES | 42 |
| IX.- BIBLIOGRAFIA | 43 |

I. INTRODUCCIÓN.

Se le llama periodo post-operatorio al tiempo posterior a una intervención quirúrgica y que finaliza con la rehabilitación del paciente, dentro de un lapso de 30 días después de la operación aproximadamente. Se caracteriza principalmente por el establecimiento de intervenciones y tratamiento los cuales nos ayudarán a restablecer los reflejos y las respuestas homeostásicas normales. El paciente recibe aporte nutritivo adecuado y finalmente se rehabilita para reintegrarse a sus actividades habituales.

Este periodo puede dividirse en dos fases: el periodo post-operatorio inmediato y el post-operatorio mediato. Durante estas etapas la atención se centra en la regulación de la homeostasia, el tratamiento del dolor y la prevención y detección oportuna de las complicaciones. Una intervención inmediata ayudará al paciente a recuperar su funcionamiento normal con rapidez, brindándole así la mayor seguridad y comodidad posible.

El área de recuperación post-operatoria se destina a extensión de los cuidados clínicos que se hacen en la sala de operaciones y regularmente se encuentra el personal de enfermería en esta área. Donde los pacientes después de una cirugía deben ser observados hasta que recobren la conciencia y se establezcan sus signos vitales. Los trastornos agudos de los aparatos respiratorios y cardiovasculares; son las principales causas de enfermedad y muerte inmediata después de una intervención quirúrgica. En la sala de recuperación se cuenta con personal y equipo especializados para la observación y tratamiento de esos problemas.

Por ello la importancia de que el personal de enfermería pueda prestar mejor asistencia a los pacientes cuando se cuenta con los recursos y los conocimientos necesarios para su manejo.

El presente trabajo podrá servir de apoyo a compañeros enfermeros ayudando a detectar y tratar oportunamente alguna complicación postoperatoria, así mismo facilitará la adquisición de conocimientos nuevos y recientes que pudieran requerir en algún momento durante su práctica estudiantil y posteriormente profesional.

Esta tesina presenta la clasificación de periodo postoperatorio, sus posibles complicaciones y guías de intervención de enfermería ordenadas. También se abordan aspectos importantes como son el manejo del dolor y valoraciones anestésicas con el objetivo de que al ser dado de alta el paciente sea egresado de la unidad hospitalaria en las mejores condiciones posibles.

II. JUSTIFICACIÓN.

Es importante que el personal de enfermería domine el tema sobre cuidados post-operatorios para aliviar los signos y síntomas del paciente y evitar lesiones, puesto que es un periodo donde se encuentran sumamente vulnerables y susceptibles a presentar alguna complicación que altere el curso fisiológico de una cirugía. Así mismo se brinde una atención de calidad.

Es una gran responsabilidad del personal de enfermería que conozca sobre el tema para que al enfrentarse a los pacientes, pueda conocer las posibles complicaciones que durante el periodo se pudieran presentar para que se actúe mediante guías de intervenciones de enfermería que nos podrán servir de base para ayudar a restablecer un funcionamiento paulatino y una vigilancia estrecha e individualizada del paciente como equipo multidisciplinario de salud en el área de recuperación post-operatoria. Y así evitar alguna complicación ya sea respiratorio, circulatorio, urinario, e incluso que pudiera llegar a un shock.

El área de recuperación se destina a extensión de los cuidados clínicos que se hacen en la sala de operaciones, regularmente se encuentra personal de enfermería a cargo y por eso es indispensable contar con los conocimientos necesarios para actuar de manera eficaz e inmediata y así poder evitar alguna complicación. Los trastornos agudos de los aparatos respiratorios y cardiovasculares, así como de los líquidos; son las principales causas de enfermedad y muerte inmediata después de una intervención quirúrgica y en la sala de recuperación se cuenta con personal y equipo especializados para la observación y tratamiento de esos problemas.

Se puede prestar mejor asistencia a los pacientes cuando se cuenta con los recursos y el personal especializado para su manejo.

III. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

- Retomar los elementos teóricos que permitan realizar una vigilancia continúa del estado del paciente para ser capaces de resolver problemas y complicaciones que se presenten durante el periodo post-operatorio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Brindar al paciente atención individualizada orientada a cada padecimiento tomando en cuenta la valoración inicial para que el paciente se recupere de la anestesia y la cirugía.
- Proporcionar al paciente una atención integral, mediante herramientas teóricas que me permitan actuar inmediatamente para evitar alguna complicación.
- El enfermero aplicará guías de intervención de enfermería que le permitirán actuar de manera inmediata para evitar complicaciones y poder evaluar el progreso de recuperación paulatino y constante del paciente.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 DEFINICIÓN DE PERIODO POST-OPERATORIO

El post-operatorio comienza cuando acaba la intervención quirúrgica y el paciente ingresa a la unidad de asistencia postanestésica (UAPA), también denominada sala de recuperación. La recuperación del post-operatorio depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de la alteración causada por la cirugía y la anestesia, pudiendo ser de solo unas pocas horas.¹

También se le llama post-operatorio al periodo que continúa a la intervención quirúrgica y que finaliza con la rehabilitación del paciente, dentro de un lapso de 30 días después de la operación e incluso hasta meses.²

Se caracteriza por el establecimiento de controles y tratamiento que se simplifican gradualmente, en tanto que se restablecen los reflejos y las respuestas homeostáticas normales. El paciente recibe aporte nutritivo adecuado y finalmente se rehabilita para reintegrarse a sus actividades habituales.

Algunos factores como la edad del paciente, estado nutricional y estado patológico requieren una terapéutica más intensiva que afectará la duración de este periodo. La clase de intervención quirúrgica influirá en la duración de la vigilancia continua que requiere el paciente después del periodo post-anestésico inmediato.

¹ Gauntlett B. P. Principios y Práctica de la Enfermera Medico-Quirúrgica. 1995. Pág. 457-465.

² Méndez. C. F. Educación Quirúrgica. 1997. Pág. 367-368.

4.2 CLASIFICACIÓN DEL PERIODO POST-OPERATORIO

El periodo post-operatorio se clasifica en dos Fases: el post-operatorio inmediato y el post-operatorio mediato. **El periodo inmediato** se caracteriza por la recuperación inicial de estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención, generalmente durante las siguientes 72 horas. Mientras que **el periodo mediato** abarca a partir de las siguientes 72 horas en adelante, también se denomina de resolución y curación, que puede llegar a durar incluso un par de meses en casos de intervenciones mayores.³

Durante estas etapas la atención se centra en la regulación de la homeostasia, el tratamiento del dolor, la prevención y detección oportuna de las complicaciones.

➤ **El traslado del paciente a la sala de recuperación anestésica.**

El traslado del paciente de la sala de operaciones a la sala de recuperación es crítico. La proximidad de la sala de operaciones disminuye el riesgo de traslado y permite el acceso directo a ella en caso de que alguna complicación requiera tratamiento operatorio.

Se debe trasladar en conjunto el cirujano, anesthesiólogo y enfermera; especialmente para mantener la función respiratoria, la posición del paciente en la camilla dependerá de la cirugía realizada pero confortable. Se deben de vigilar las vías periféricas, electrodos, catéter y sondas. El cirujano, anesthesiólogo y el personal de enfermería deben revisar con frecuencia al paciente durante las horas siguientes a la operación. Al llegar a la sala de recuperación se deberán entregar órdenes médicas en forma detallada y le informará sobre el paciente al personal de enfermería.

³ Gauntlett B. P. Principios y Práctica de la Enfermera Médico-Quirúrgica. 1995. Pág. 465-471.

Esta área de recuperación se destina a extensión de los cuidados clínicos que se hacen en la sala de operaciones. Los pacientes después de una cirugía deben ser observados en la sala de recuperación hasta que recobren la conciencia y se estabilicen sus signos vitales. Los trastornos agudos de los aparatos respiratorios y cardiovasculares, así como de los líquidos; son las principales causas de enfermedad y muerte inmediata después de una intervención quirúrgica y en la sala de recuperación se cuenta con personal y equipo especializados para la observación y tratamiento de esos problemas.

Se puede prestar mejor asistencia a los pacientes cuando se cuenta con los recursos y el personal especializado para su manejo.

V. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL PERIODO POST-OPERATORIO.

Inmediatamente al llegar al área de recuperación se deberá **monitorizar** al paciente colocando elementos de vigilancia estándar, colocar en una posición cómoda, colocar oxigenoterapia según las necesidades del paciente se hará con mascarilla también llamada face tent o puntas nasales, también se colocará alguna frazada y se dejarán las vías periféricas permeables. Así mismo se colocaran los drenajes y sondas a la vista en un lugar donde se tenga acceso inmediato.

Durante la vigilancia de signos vitales será necesario registrar la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria cada 15 minutos hasta que se estabilicen, posteriormente se registran cada hora, esto es con la finalidad de detectar arritmias cardíacas, compromiso respiratorio, hemorragias o drenaje en el sitio de la herida quirúrgica o deterioro de la circulación en una extremidad, se recomienda que a los pacientes que padecen hipertensión arterial también se les monitoree la presión venosa central (PVC).

El paciente puede recibir un aporte complementario de oxígeno por medio de una mascarilla en caso de presentar algún tipo de alteración en el patrón respiratorio.

A los pacientes consientes que no requieran apoyo respiratorio se les invitará a que efectúen respiraciones profundas.

En las **órdenes médicas** se deberá indicar la posición especial para el paciente. A cada paciente se deben de realizarse por escrito y en forma muy precisa, las órdenes postoperatorias, cuales se deben de corroborar por la enfermera encargada de recuperación.

En casos delicados se enlistan las órdenes de controles especiales como: la presión venosa central, los signos de insuficiencia respiratoria, taquipneas, cianosis, o vigilancia de sangrado en los drenajes de las heridas, y sondas. Vigilancia de la circulación distal en vendajes con yeso. Se indicará la **posición** que deberá guardar el paciente en la cama. Las más comunes son: posición Fowler, la de Sims y la elevación de las extremidades inferiores.

La posición de Fowler es una porción dorsal inclinada que se obtiene elevando unos 50 grados la cabecera. Se utiliza en pacientes post-operados en donde se requiere una buena movilización de los hemidiafragmas o en pacientes peritoníticos en los que se destaca drenaje peritoneal. La posición de Sims es en decúbito lateral en el que muslo infrayacente se flexiona. Se utiliza cuando se desea drenar secreciones de boca y garganta, y cuando el paciente pudiera vomitar: para evitar su bronco-aspiración. La elevación de miembros inferiores se utiliza para favorecer el retorno venoso, sin interferir con la función respiratoria.

En cuanto no haya contraindicaciones se le volteará de un lado a otro cada 30 minutos hasta que recupere la conciencia y después cada hora durante las primeras 8 a 12 horas para facilitar la expansión de los pulmones y evitar la formación de atelectasias. Mientras el paciente se encuentre despierto se debe animar a que movilice en forma activa los pies y las piernas para prevenir éxtasis venoso.

Se pedirá también determinar el índice de hematocrito una o dos veces durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía. En pacientes en estado crítico

puede estar indicada la determinación de los valores de la composición química y gases sanguíneos, así como el uso de una placa de Rx de tórax.

Todos los pacientes deben de tener reposo en cama durante las primeras horas, se pueden cambiar de lado cada 30 a 60 minutos si se sometieron a una anestesia general, y se les estimula para que realicen inspiraciones profundas y se les pide que muevan sus extremidades de 1 a 3 horas.

El paciente se recupera de la anestesia bajo la observación directa del equipo: cuando sus constantes y signos vitales se han establecido, con recuperación completa de su estado de conciencia y reflejos respiratorios, se pasa al área de hospitalización en donde continuará hasta ser dado de alta.

Los cuidados post-anestésicos se deberán de realizar de acuerdo al tipo de anestesia que el paciente recibió durante su proceso quirúrgico. Por ello es importante saber los tipos de anestesia los cuales son:

La anestesia es la administración de medicamentos que inhiben y deprimen el sistema nervioso del paciente para poder someterlo a algún procedimiento, mediante la relajación muscular puede ser venoso, epidural, inhalatorio etc.

SEDACIÓN MÍNIMA: Es un estado inducido por medicamentos, durante el cual los pacientes responden normalmente a órdenes verbales. Aunque la función cognoscitiva y la coordinación pueden estar afectadas la función ventilatoria y cardiovascular están intactas.

SEDACIÓN MODERADA: Es la depresión del estado de conciencia inducida por medicamentos, durante la cual los pacientes responden claramente a las órdenes verbales ya sea solas o acompañadas por una estimulación táctil mínima. No se requiere de ninguna intervención para mantener la permeabilidad de la vía aérea, y la ventilación espontánea es adecuada. Usualmente la función cardiovascular es normal.

SEDACIÓN PROFUNDA: Es la depresión del estado de conciencia inducida por medicamentos durante la cuál, los pacientes no pueden ser fácilmente despertados pero responden adecuadamente después de estímulos repetidos o dolorosos. Se puede perder la habilidad para mantener una adecuada función ventilatoria de manera independiente. Los pacientes pueden requerir asistencia para mantener la permeabilidad de la vía aérea, y la ventilación espontánea puede ser inadecuada. Usualmente la función cardiovascular es normal.

ANESTESIA GENERAL : Cuyo objetivo es la seguridad del paciente mientras se proporciona amnesia, analgesia y unas condiciones quirúrgicas óptimas. Se deben considerar varias opciones de inducción, mantenimiento y urgencias.

FASES DE LA ANESTESIA GENERAL.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Fase I Amnesia | ➤ Este periodo empieza con la inducción de la anestesia y continúa con la pérdida de la conciencia. El umbral de percepción del dolor no está disminuido en esta fase. |
| Fase II Delirio. | ➤ Este periodo se caracteriza por la excitación desinhibida y respuestas potencialmente lesivas a estímulos dolorosos, incluyendo vómito, taquicardia, hipertensivo y movimientos descontrolados. Las pupilas están a menudo dilatadas, la mirada puede ser divergente, la respiración es irregular, las apneas son frecuentes. |
| Fase III Anestesia quirúrgica. | ➤ En este nivel de intensidad anestésica, las pupilas están centradas y están bióticas, y las respiraciones son regulares. La anestesia se considera suficiente cuando al estímulo doloroso no da lugar un reflejo somático o a respuestas autonómicas deletéreas (hipertensión, taquicardia). |

| | |
|--------------------------------------|---|
| <p>Fase IV sobredosis</p> | <p>➤ Habitualmente descrita como demasiado profunda, se caracteriza por ausencia de respiraciones o superficiales, pupilas midriáticas y no reactivas e hipotensión que puede progresar a fallo circulatorio. La anestesia debe hacerse más superficial inmediatamente.</p> |
|--------------------------------------|---|

ANESTESIA LOCAL: Los anestésicos locales son bases débiles cuya estructura consiste en un radical aromático ligado a una amina sustituida a través de un enlace éster o amida. Las diferencias clínicas entre los anestésicos locales éster y las amidas se relacionan con su posibilidad de producir efectos adversos y los mecanismos por los que se metabolizan.

Ésteres: procaína, cocaína, tetracaína. La unión éster es desdoblada fácilmente por la colinesterasa plasmática. La vida media de los ésteres en la circulación es muy breve alrededor de un minuto.

Amidas: lidocaína, bupivacaína, etidocaína. La unión amida es desdoblada a través de una desalquilación inicial seguida de hidrólisis que se produce principalmente en el hígado. La vida media de eliminación para estos anestésicos es aproximadamente de 2 a 3 horas.

Los **cuidados anestésicos** más importantes de acuerdo al tipo de anestesia son:

ANESTESIA REGIONAL O LOCAL

- Presencia o ausencia de control muscular.
- Vigilancia de circulación.
- Detección de retorno de sensibilidad y función.

- Vigilancia y determinación de grado de dolor.

ANESTESIA RAQUIDEA O EPIDURAL

- Vigilar datos de compromiso hemodinámico.
- Vigilancia de patrón respiratorio.
- Detección de datos de cefalea raquídea.⁴

ANESTESIA GENERAL

- El paciente debe permanecer en ayuno durante las seis horas siguientes.
- Se debe indicar la administración intravenosa de líquidos de mantenimiento durante las primeras 24 horas y la restitución de líquidos.
- Se deberá incluir en el expediente un control sobre la administración y excreción de líquidos, así como las pérdidas de sangre y restitución de la misma durante el proceso quirúrgico.

Cuando el paciente sea recuperado de los efectos de la anestesia sus constantes vitales se han estabilizado, se ha tratado eficazmente el dolor y se han controlado las complicaciones puede ser dado de alta de la UAPA. Antes de ser dado de alta debe cumplir con los requisitos de la escala que se utilice para su valoración post-anestésica, dentro de las cuales se encuentran las siguientes:

Para dar de alta a un paciente del área de recuperación deberá ser evaluado mediante unas **escalas de valoración anestésica**. En recuperación se realizan valoraciones y monitorizaciones frecuentes de los pacientes inicialmente, algunos pacientes necesitan una asistencia de enfermería constante hasta que se

⁴ Brunner S. Tratado de Enfermería Médico Quirúrgica. 2002. Pág. 212- 223.

estabilizan o se despiertan. Las constantes vitales se registran en el momento del ingreso y cada 5 minutos hasta que el paciente se estabiliza. Una vez que el paciente recobró sus constantes vitales éstas se determinan cada 15-30 min. A continuación se muestra un sistema de puntuación muy utilizado el cuál fue creado por Alderete y Kroulik en 1970.

El sistema de puntuación de **Alderete** valora la actividad, la respiración, la circulación, el nivel de consciencia y la coloración de tegumentos. En algunas otras valoraciones se toma en cuenta la temperatura en vez de la coloración de tegumentos por considerarla más objetiva.

- Donde a mayor puntuación nos indica que los efectos residuales de anestesia han disminuido y podrá ser trasladado a su habitación en donde se le brindarán cuidados menos específicos.

VALORACION DE ALDRETE

| Calificación | 2 | 1 | 0 |
|--|---------------------------------|--|--|
| Actividad Movimiento voluntario de | 4 Extremidades | 2 Extremidades | No se mueve. |
| Respiración Movimientos respiratorios. Spo2 | Profundos y tose >92% | Limitados con disnea >90% solo con O2 suplementario | Apnea <90% aun con O2 suplementario. |
| Circulación Cambios en la PA basal EKG | Hasta +/- 20% Sin cambios | De +/- 20% a 50% con cambios reversibles. | Arriba de +/- 50 % con cambios irreversibles. |
| Consciencia | Despierto Orientado. | Despierta al hablarle o moverlo. | No responde. |
| Coloración | Rosada (como la preoperatorio.) | Pálido marmóreo icterico etc. | Cianótico. |

Escala de Bromage

- Valora el nivel de bloqueo en miembros inferiores a menor bloqueo nos indica que el tiempo acción del bloqueo ha terminado. Y puede ser dado de alta a su habitación.

| Criterio | Grado de bloqueo |
|--|-------------------|
| ➤ Movimiento libre de pies y piernas. | Nulo 0% |
| ➤ Solo flexión de rodillas, con movimiento libres de pies. | Parcial 33% |
| ➤ No flexión de rodilla pero mueve los pies. | Casi completo 66% |
| ➤ Imposibilidad de mover pies y piernas. | Completo 100% |

COMPLICACIONES POST-ANESTESICAS FRECUENTES⁵

| PROBLEMA | FACTORES CONTRIBUYENTES | TRATAMIENTO INTERVENCIONES ENFERMERÍA. | E DE |
|---------------------|--|--|---------|
| Apnea, hipo- | 1. Obstrucción de la vía aérea. 2. Fármacos depresores respiratorios. | -Mantenimiento de la permeabilidad respiratoria. - Administración de oxígeno. | la |

⁵ Gaunetlett B. P. Enfermera Medico Quirúrgica. 1995. Pág. 457-471.

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| ventilación, Hipoxia. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Efectos residuales de los relajantes musculares. 4. Dolor Vendajes constrictivos | <ul style="list-style-type: none"> - Anulación de los agentes anestésicos. -Analgesia. |
| Hipotensión | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipovolemia. 2. Vasodilatación. 3. Pérdida del tono simpático. 4. Alteración funcional del miocardio. 5. Fármacos. | <ul style="list-style-type: none"> -Determinación de la causa. -Corrección del déficit de volumen. -Colocación de paciente en posición trendelenburg. -Administración de vasopresores. |
| Hipertensión | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor 2. Delirio o agitación. 3. Hipoxia. 4. Hipervolemia. 5. Hipotermia moderada. 6. Distensión gástrica o vesical. | <ul style="list-style-type: none"> - Determinación de la causa. - Tratamiento farmacológico. - Monitoreo de signos vitales. |

Se deberán **cuantificar** los ingresos y egresos como son: la cantidad de orina, vómitos, succiones y sangrado y se estimará el volumen de las pérdidas insensibles. En los pacientes que continuarán recibiendo terapia intravenosa, se deberán enlistar las soluciones y su tiempo en que se deberán administrar.

Se hace un registro preciso de los líquidos que ingresan y egresan del paciente, por lo menos durante las primeras 24 horas. Dependiendo de la magnitud de la cirugía a la que fueron sometidos. Siendo que en una cirugía mayor se continuara el tiempo que sea necesario para obtener el equilibrio de los líquidos.

Si el paciente no orina, se procederá al cateterismo vesical, usualmente después de las 6 horas siguientes a la intervención quirúrgica, utilizando una sonda foley vesical en hombres 16Fr, y en mujeres 14 Fr. La sonda vesical tipo foley se debe conectar a cistoflo y se coloca nivel del suelo, previamente fijada al muslo para impedir que se tracciones o se lastime la vejiga.

Si el paciente tiene instalada una sonda naso gástrico se puede dejar drenar a gravedad a un recipiente o bolsa y posteriormente cuantificarlo. También se puede conectarlo a un equipo de succión intermitente.

Cuando en una herida o localización quirúrgica se acumula líquido, se produce una interferencia en la cicatrización de la herida al crearse un “espacio muerto” en el que no existe circulación. Además ello supone un medio óptimo para el crecimiento bacteriano y dificulta la aproximación de los tejidos, lo que puede dar lugar a la irritación de los mismos. El tejido situado por encima de la zona se puede romper a causa de la ausencia de soporte y de riego. Las colecciones de líquidos pueden deberse a una hemorragia, infección o exudación de la herida. Cuando se prevee esta circunstancia se coloca un drenaje.

El manejo de **drenajes** los cuales se colocan con el fin de evacuar el líquido antes de que pueda acumularse y causar infección. Se deberá registrar y monitorizar el tipo y la cantidad de los drenajes. Para garantizar la función adecuada de los drenajes se deberán evitar las acodaduras y los taponamientos. Estos se deberán asegurar para evitar su desplazamiento. Se deberá tener mucho cuidado en la cantidad de líquido que se drene y el cuál deberá ser cuantificado y reportado si es que es gran cantidad con el médico encargado del paciente.

La mayoría de las heridas quirúrgicas se cubren con un **apósito** cuyo tipo depende de las preferencias del médico y el tipo de herida. Los apósitos aceleran la reepitelización, reducen la movilidad de la herida, disminuyen el dolor post-operatorio y minimizan las posibilidades de infección y de hemorragia. Éstos pueden ser oclusivos o no oclusivos. Los no oclusivos o se deja la herida expuesta con el fin de que se forme una costra seca que retrasa el proceso de reepitelización. Los oclusivos proporcionan un ambiente húmedo más favorable

para la regeneración de epitelio, pero tiene el inconveniente de favorecer al crecimiento de microorganismos que puedan encontrarse bajo él.

El **dolor** es un síntoma muy importante que durante el periodo post-operatorio se va a manifestar. Por ello es importante darle un buen manejo para evitar complicaciones.

Después de cualquier operación se debe esperar que aparezca dolor, por lo que el médico deberá de dar ordenes para la **administración de analgésicos** y lograr que el paciente esté lo más cómodo posible. Aparece dolor intenso durante las siguientes 48 horas, y desencadena grados diversos de ansiedad en las personas, muchas personas le temen tanto que su temor y tensión lo aumentan.

El dolor experimentado por el paciente al recobrase la anestesia es relativamente fuerte y resulta a menudo aumentado por sentimientos de desamparo y desconcierto por el hecho de encontrarse en un medio extraño. La enfermera tiene la responsabilidad de administrar algún narcótico al paciente. Algunos factores que se deberán considerar para administrarlo son:

- Se deberá considerar el intervalo de aplicación del medicamento con la deambulación.
- Nunca sustituir las intervenciones de enfermería con medicamento.

La vivencia de dolor está determinada por múltiples factores: la capacidad del organismo para segregar endorfinas y encefalinas, las influencias socioculturales que le han marcado unas pautas de conducta y las experiencias vividas de sensaciones dolorosas.

La vivencia de dolor es una sensación individual, en la que pueden observarse tres aspectos: la percepción del dolor, su tolerancia y la reacción de la persona que lo sufre.

- Se define como umbral del dolor a la estimulación mínima necesaria para que se perciba la sensación dolorosa. La determinación del umbral no depende únicamente del estímulo nociceptivo, sino que también influye el estado psicológico del individuo. Diversas circunstancias pueden alterar la percepción del dolor como: Las zonas corporales adyacentes a tejidos lesionados son más sensibles al dolor; en los tejidos previamente lesionados, un estímulo mínimo que en condiciones normales no sería percibido como doloroso, puede provocar un dolor más o menos intenso; el dolor agudo e intenso en una región corporal puede disminuir considerablemente la percepción del dolor en otra zona que ha sido estimulada con menor intensidad; se debe tener en cuenta que la intensidad del dolor no siempre refleja la gravedad de determinada lesión.
- La tolerancia al dolor se define como la intensidad máxima de estimulación que el individuo está dispuesto a soportar antes de buscar alivio.⁶

El dolor es una sensación de intensidad variable, desagradable en grado indistinto y por su magnitud resulta una amenaza para la salud. El dolor se clasifica en dos grupos: el dolor agudo y el dolor crónico.

De acuerdo a su duración puede ser clasificada en:

DOLOR AGUDO: Es breve duración, inferior a los seis meses, aunque este periodo de tiempo es muy relativo. Cumple un papel protector para el individuo y le informa sobre alguna alteración corporal. En numerosas ocasiones describe

⁶ Dorothy W. Smith Carol. Enfermería Médico Quirúrgica. 1984. Pág. 209-222.

como un dolor intenso, punzante o súbito. Suele relacionarse con lesiones específicas y desaparece al cesar la causa que lo ha provocado.

DOLOR CRÓNICO: Se considera crónico cuando dura más de seis meses. No puede atribuirse a ninguna lesión específica y suele ser rebelde al tratamiento. En general se acompaña de alteraciones psíquicas más o menos importantes, este tipo de dolor puede acabar siendo el principal foco de interés del paciente. La persona que lo padece puede sufrir insomnio, irritabilidad, lo que conlleva a un aislamiento tanto de la familia como de las amistades y una pérdida progresiva de interés y vitalidad.

También puede clasificarse de acuerdo a su intensidad o localización:

DOLOR SUPERFICIAL: Está provocado por la estimulación directa de los receptores sensoriales de la piel y mucosas. Estos estímulos pueden ser mecánicos (golpes, cortes), térmicos (quemaduras), o químicos (quemaduras químicas). Suelen describirse como punzante o quemante, y resulta muy fácil su localización.

DOLOR PROFUNDO: Aparece por la lesión de músculos, tendones, huesos y articulaciones. Generalmente se define como un dolor sordo no de entumecimiento, que corre o taladra y que es continuado. Los estímulos que lo provocan con los mayor frecuencia son mecánicos (golpes, presión, fracturas o luxaciones) e isquémicos. Suelen ir acompañados de respuestas autónomas (hipotensión, bradicardia, palidez, sudoración) y de contracciones musculares.

DOLOR VISCERAL: Es el dolor originado en una víscera. La transmisión del dolor como consecuencia de una lesión en la mayoría de los órganos del cuerpo depende casi exclusivamente de las fibras nerviosas. Se describe como dolor sordo, continuo o tipo cólico. Los estímulos capaces de provocar este tipo de dolor pueden ser la isquemia, el espasmo o la distensión de un órgano hueco y las sustancias químicas segregadas por el tubo digestivo. El dolor puede ser muy intenso si se ha producido perforación en el órgano y las sustancias químicas entran en contacto con una zona amplia bien dotada de nociceptores

(peritoneo). El dolor visceral suele ir acompañado de respuestas autónomas y de contracciones musculares reflejas (vientre en tabla).

DOLOR REFERIDO: Es aquel que se percibe en una zona alejada de los tejidos que están lesionados. Generalmente el dolor es visceral, pero la sensación dolorosa suele aparecer en una zona de la superficie corporal. El dolor referido se irradia siguiendo un trayecto o línea dolorosa.

DOLOR PSICÓGENO: Suele estar provocado por estímulos mentales, pero no por ello ha de pensarse que no es real. Es muy difícil que aparezca dolor psicógeno puro, sin ninguna causa física. En la mayoría de los casos es la combinación de ambos. Un ejemplo es la cefalea.

DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA: El individuo percibe este dolor en una extremidad después de haber sido amputada. Puede tardar bastante tiempo en desaparecer, no se sabe cual es el mecanismo de producción. Suele ser más frecuente en aquellas personas que han sufrido dolores intensos en la extremidad, antes de ser amputada.

EVA.

El dolor al ser una experiencia individual, subjetiva, multifactorial y compleja; al presentar múltiples respuestas (sensoriales, psicoafectivas y conductuales) y al depender de múltiples variables (personalidad, experiencias dolorosas previas, status socio-cultural, etc.); hace que su valoración se torne también individual, compleja y multidisciplinaria. La parte más difícil es transformar a éste fenómeno subjetivo, en cuanto a sus características e intensidad, en una descripción objetiva a través del lenguaje; por lo que es aconsejable la utilización de escalas para la medición del dolor y de cuestionarios estandarizados basados en una lista de adjetivos descriptores de ésta sensación. La ventaja primordial de **evaluar al dolor**, tanto cualitativa como cuantitativamente, reside en que nos proporciona valiosa información acerca de origen de éste y nos orienta al diagnóstico y manejo adecuados.

La investigación de sus **cualidades** nos guía al conocimiento de la causa y a la selección del manejo analgésico.

La evaluación de su **intensidad**, a través de las escalas, también nos orienta a la selección del manejo analgésico, siendo además útiles para estimar la eficacia de los analgésicos administrados, su dosificación y frecuencia de administración y el resultado de algún otro método empleado (acupuntura, TENS, bloqueos, etc.). Para ello se aconseja una evaluación inicial y reevaluaciones comparativas posteriores al manejo.

EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL DOLOR

El manejo del dolor está basado entre otros factores, en la **causa**, **tipo** e **intensidad** del dolor. Siguiendo éstos mismos lineamientos lo podemos clasificar, de acuerdo a fisiología, estructura anatómica, su evolución, localización y distribución, periodicidad, origen del sistema nervioso, etc. Todo esto descrito en el tema de **tipos de dolor**.

EVALUACIÓN CUANTITATIVA DEL DOLOR

La intensidad del dolor se evalúa a través de escalas, tratando de atribuirle un valor a un síntoma subjetivo; se trata de hacer objetivo lo que se consideraba inmesurable. Subjetivo no quiere decir que no es real, que no existe; por lo que hay que creerle al paciente, ya que ninguna prueba puede probar la presencia o ausencia del dolor. El dolorímetro no existe ni existirá, pues el dolor es una experiencia individual y subjetiva. Ante un mismo estímulo nociceptivo, dos pacientes expresarán el dolor de manera e intensidad diferentes, aunque no siempre corresponda con la severidad de la enfermedad. Esta cantidad de dolor que exteriorizan, sea cual sea la causa, para ellos es **real**; por lo que debemos estudiar a todos de una manera completa e interdisciplinaria.

Se debe utilizar la escala más sencilla que mejor se adapte al paciente, no comparar el resultado de un paciente con otro y siempre utilizar la misma escala en el mismo paciente para poder compararse posterior al manejo analgésico y así valorar su efectividad.

ESCALAS:

La intensidad del dolor se evalúa por métodos:

1.- **Verbales o escritos** (por evaluación directa): Pudiendo ser **unidimensionales** que sólo valoran la intensidad del dolor o **multidimensionales** (valoran todos los aspectos del dolor (sensorial, afectivo, cognitivo-conductual, incluyendo la intensidad). Adaptable a pacientes concientes con los que nos podemos comunicar (adultos, adolescentes, sin problema de comunicación y algunos niños). Son las más utilizadas y describiremos posteriormente.

2.- De **conductas indicadoras de dolor** y de estados emocionales (por evaluación indirecta), como posturas corporales, expresiones faciales, gesticulaciones, quejidos, llanto, disminución de la actividad habitual, ausentismo laboral, medicación frecuente, consultas médicas periódicas, etc. Útil en pacientes con los que uno no se puede comunicar con tanta facilidad. La escala de Andersen podría ser útil:

ESCALA DE ANDERSEN

- | | |
|---|--|
| 0 | no dolor |
| 1 | no dolor en reposo y ligero a la movilización o tos |
| 2 | dolor ligero en reposo o moderado a la movilización o tos |
| 3 | dolor moderado en reposo e intenso a la movilización o tos |
| 4 | dolor intenso en reposo y extremo a la movilización o tos |
| 5 | dolor muy intenso en reposo. |

3.- **Fisiológicas.-** evaluación indirecta por medio de las respuestas fisiológicas al dolor, como la determinación de catecolaminas, hormona antidiurética, 11-hidroxicorticosteroides, de endorfinas, encefalinas, dinorfinas en LCR; potenciales evocados, patrones electromiográficos, neurografía percutánea, determinación de parámetros respiratorios, etc. Son caros e indirectos.

METODOS VERBALES PARA LA EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

UNIDIMENSIONALES

1.- **Escala verbal análoga (EVERA):** Análoga significa semejante; analogía es la relación de semejanza entre cosas distintas. La más simple y a la vez completa es la graduar la cantidad del dolor entre:

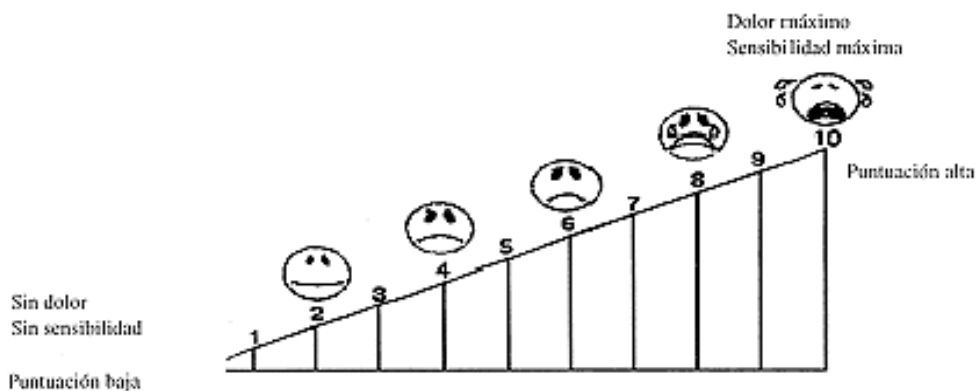
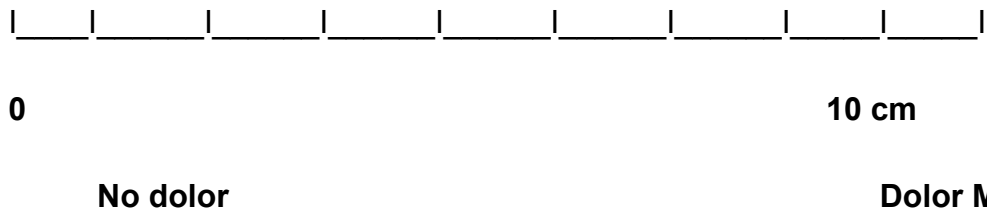
NADA LEVE MODERADO SEVERO
INSOPORTABLE

(O con palabras análogas).

2.- **Escala verbal numérica (EVN):** Utilizar números para calificar la intensidad del dolor, puede ser del 1 al 10 o del 1 al 100, o corresponderla con la anterior (nada=0, leve=1, moderado=2, severo=3, insoportable=4). Esta es a veces criticada porque se dice que se está sugiriendo al paciente una respuesta, pero es igualmente útil y la más usada.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.- Escala visual análoga (EVA) o (VAS en inglés). Es la escala más sencilla, de una línea de 10 cm, en los extremos de la línea se encuentran las palabras de **no dolor** y **dolor máximo**. El paciente elige un punto donde él cree corresponder a su dolor y se mide posteriormente, La medición nos dará el EVA; ejemplo, a 6 cm el EVA es 6. Con ésta escala no se sugiere al paciente una respuesta. Esta escala no es muy útil puesto que le cuesta más al paciente identificar la intensidad del dolor que aplicándole los números.



A todo paciente sometido a una intervención se deberá evaluar para determinar si es necesaria atención postoperatoria de la herida. Por ello es importante que se realice una **vigilancia en la herida quirúrgica** para evitar infecciones.

Las intervenciones de enfermería se centrarán en brindar los conocimientos básicos sobre el cuidado de la herida, de acuerdo con las prescripciones del médico.

La creación de una herida quirúrgica interrumpe la integridad cutánea y su función protectora. La exposición de los tejidos profundos a los patógenos del medio ambiente coloca al paciente en un riesgo de infección del sitio quirúrgico, una complicación grave que pone en peligro la vida del paciente.

La infección del sitio quirúrgico aumenta el periodo de hospitalización, costo de la atención y riesgo de complicaciones. En pacientes postoperados la infección del sitio quirúrgico es la infección nosocomial más frecuente con 67% de infecciones dentro de la incisión y un 33% en un órgano o espacio que rodea el sitio quirúrgico.

Un factor de riesgo es el tipo de la herida. Las heridas quirúrgicas se clasifican de acuerdo con el grado de contaminación. Otro factor de riesgo son los asociados al procedimiento como son: método preoperatorio, duración de la cirugía, técnica aséptica, drenaje o materiales extraños, ventilación del quirófano; también los relacionados al paciente que pueden ser: la edad, estado nutricional del paciente, tabaquismo, obesidad, otras infecciones, duración de la estancia preoperatorio.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS Y RIESGO ASOCIADO DE INFECCIÓN EN EL SITIO QUIRÚRGICO.

| Categoría quirúrgica. | Factores determinantes para la clasificación. | Riesgo esperado de infección postoperatoria (%) |
|-----------------------|--|---|
| Limpia. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sitio no traumático. ➤ Sitio sin infección. ➤ Ausencia de inflamación. ➤ No se viola la técnica estéril. ➤ No se entra en los tractos respiratorio, alimentario, genitourinario y orofaríngeo. | 1 a 3 % |
| Limpia-contaminada. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrada en los tractos respiratorio, alimentario, genitourinario, u orofaríngeo sin contaminación inusual. ➤ Apendicetomía. ➤ Violación menor en la técnica aséptica. ➤ Drenaje mecánico. | 3 a 7 % |
| Contaminada. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Heridas traumáticas abiertas recién ocurridas. ➤ Fuga masiva del tracto gastrointestinal. ➤ Violación de importancia en técnica aséptica. ➤ Entrada al tracto genitourinario o biliar cuando la orina o bilis están infectadas. | 7 a 16% |
| Sucia | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Herida traumática con retraso de la reparación, tejido desvitalizado, cuerpos extraños o contaminación fecal. ➤ Inflamación aguda y drenaje purulento durante el procedimiento. | 16 a 29% |

FASE DE LA CICATRIZACIÓN DE LAS HERIDAS:⁷

| FASE | DURACIÓN | EVENTOS. |
|--|-----------------------------|--|
| Inflamatoria (también se llama fase exudativa) | 1 a 4 días | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formación del coágulo. ➤ La herida se vuelve edematosa. ➤ Los residuos del tejido dañado y coágulos son fagocitados. |
| Proliferativa (también se llama fase fibroblástica o de tejido conectivo). | 5 a 20 días | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se produce colágena. ➤ Se forma tejido de granulación. |
| Maduración (también se llama fase de diferenciación, reabsorción, remodelación o de mesa). | 21 días a meses o aún años. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los fibroblastos se alejan de la herida. ➤ Aumenta la resistencia a la tracción. ➤ Las fibras de colágena se reorganizan y contraen para reducir el tamaño de la cicatriz. |

⁷ Brunner S. Tratado de Enfermería Medico Quirúrgica. 2002. Pág. 413-420.

La **educación al paciente** después de cada procedimiento e intervención quirúrgica es de suma importancia para saber como y cuales cuidados deberá tener en su domicilio de acuerdo a la magnitud del procedimiento y evitar complicaciones en la herida.

Cuando un paciente es dado de alta a su domicilio es importante que se le brinde información sobre todos los cuidados que deberá realizar en su domicilio para una pronta recuperación y que se integre a la sociedad lo más pronto posible, dentro de los cuidados tenemos:

- Ayudar al paciente a recobrar su independencia vistiéndose solo.
- Motivarle a caminar solo sin apoyo.
- Animarle a bañarse solo primero con apoyo de una silla y posteriormente de pie en la regadera.
- Ayudarlo a tenerse paciencia y brindarle aliento constantemente.
- Se informa a la familia y al paciente sobre los resultados esperados.
- Se brindan recomendaciones sobre medicamentos y visitas de seguimiento al médico.
- Se le informa sobre la dieta que deberá seguir.
- Se le informará los cuidados que deberá tenerle a la herida.
- Signos de alarma en caso de que se infecte la herida.
- Se le informa sobre su recuperación paulatina.
- Posibles complicaciones.

VI. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

El paciente se recupera de la anestesia bajo la observación directa del equipo: cuando sus constantes y signos vitales se han establecido, con recuperación completa de su estado de conciencia y reflejos respiratorios, se pasa al área de hospitalización en donde continuará hasta ser dado de alta.

Durante las primeras 72 horas después del evento quirúrgico, suelen presentarse complicaciones que pueden revertirse, si son identificables.

6.1 COMPLICACIONES DEL APARATO CIRCULATORIO.

Dentro de las complicaciones post-operatorias el aparato circulatorio puede sufrir un colapso en sus funciones y si esta situación se mantiene puede producirse en estado de shock que es un estado fisiológico anormal y cursa con riego sanguíneo inadecuado. La perfusión tisular se reduce de tal modo que los tejidos del organismo inician su deterioro no se trata puede llegar a un estado irreversible y conducir a la muerte. Según sus causas se distinguen 4 tipos de shock:

- **SHOCK HIPOVOLEMICO O HEMORRÁGICO:** Es la causa más frecuente de shock en pacientes; secundaria a pérdidas de sangre, a depleción de líquidos y electrolitos secundaria a vómitos y diarrea, pérdidas de líquidos en tercer espacio debidas a síndromes de goteo capilar y a pérdidas patológicas renales de líquidos. Suele acompañarse de algunos signos y síntomas como son: hipotensión, taquicardia, el dolor, temor, frío y deshidratación. Su identificación es de importancia en el registro de la PVC y la determinación de volumen sanguíneo circulante que se encuentran bajos. Se debe prestar atención en la recolección de los siguientes signos y síntomas: el paciente refiere náuseas, y fatiga por el metabolismo anaerobio, existe postración por hipoxia cerebral. El gasto cardiaco disminuye y esto se manifiesta por taquicardia y disminución de la PVC y la caída de la presión arterial.

La oliguria compensatoria puede llegar a ser insuficiencia renal. Los catabólicos ácidos acumulados producen acidosis con ph. cercano a 7.2, la sangre venosa se desatura y presenta cifras menores al 70 %.En su tratamiento es indispensable el control quirúrgico (hemostasia), restituir el volumen cuando el paciente se precipita en estado de shock por pérdida de sangre, el manejo lógico es la transfusión de sangre total.

Los substitutos se utilizan en la carencia de sangre. Para este momento el cirujano deberá conocer previamente: grupo sanguíneo, haber cruzado la sangre y vía periférica permeable. Se deberá colocar al paciente en posición con elevación de miembros inferiores, dejando el tronco en posición horizontal.

Se deberá tener registro constante de la presión arterial, PVC, frecuencia cardiaca, electrocardiograma y gasto urinario. A sí mismo se deberá mantener la vía aérea permeable con catéter nasofaríngeo y aliviar el dolor y la ansiedad con opiáceos. El control de la temperatura corporal, se trata abrigándolo con frazadas. Es muy importante mantener el equilibrio ácido-básico. Se deberán administrar soluciones amortiguadoras en perfusión intravenosa; la más utilizada es el bicarbonato de sodio al 7.5 % también se utiliza el lactato de sodio al 1/6 molar. Prevenir la insuficiencia renal aguda, manteniendo al paciente en buenas condiciones de hidratación, elevar las cifras de la presión arterial de 90 mmhg se reinicia la diuresis.

- **SHOCK NEUROGÉNICO:** Es el ocasionado por la vasodilatación secundaria a disminución del tono vasoconstrictor con la consecuente pérdida de resistencia periférica. Se maneja inicialmente dando líquidos en venoclisis rápida de 500ml de solución glucosada al 5 % (carga de volumen) y se espera respuesta, que siendo negativa indica que el paciente sufre la pérdida del tono vasomotor. El paso siguiente es la administración de vasos constrictores que corrigen el cuadro. Se monitorean como en todos los estados de shock, la

presión arterial, la PVC, electrocardiograma y el gasto urinario. Se desencadena por un dolor intenso no tratado.

- **SHOCK CARDIOGÉNICO:** Se dice que es ocasionado por falla de la bomba. La causa es de origen central y ocasiona hiperperusión tisular aún cuando el volumen sanguíneo y el tono vasomotor sean normales o elevados. Las causas más comunes son: la isquemia miocárdica, el infarto del miocardio y los trastornos de ritmo que pueden desarrollarse aun en ausencia de antecedentes. Su tratamiento semi-sentado, monitorización de electrocardiograma, PVC, presión arterial, frecuencia respiratoria, y determinación del gasto urinario y cardiaco. El tratamiento de este shock requiere medicamentos cardiotónicos y diuréticos. Para su diagnostico preciso existe una enorme gama de recursos terapéuticos para resolver los trastornos del ritmo por medio de agentes farmacológicos para cada alteración y podrían resultar letales si se usan equivocadamente. Los recursos instrumentales también están altamente desarrollados con equipos complejos, como son el balón de contrapulsación aórtica o el ventrículo izquierdo accesorio. A pesar de todos los recursos, el shock cardiogénico está gravado de una mortalidad muy elevada.

- **SHOCK SÉPTICO:** Este choque se denomina también endotóxico y bacteriano. Ocurre en infecciones extensas, por lo general de bacterias Gram. negativas que llegan al torrente circulatorio. Provocado por la presencia de toxinas bacterianas en la sangre. El daño celular difuso ocasionado por las mismas, es la causa de hipoxia tisular, ya que los cambios hemodinámicas iniciales y no alteran el débito cardiaco ni la perfusión de los tejidos, por el contrario, puede haber un aumento en el flujo, como mecanismo compensatorio con un estado de estimulación simpática máxima. Este cuadro es muy grave y por efecto de las toxinas suele acompañarse de respuestas metabólicas o inmunológicas y hematológicas que agravan el problema con acidosis láctica y coagulación intravascular diseminada.⁸

⁸ Méndez C. F. Educación Quirúrgica. 1997. Pág. 384-394.

6.2 COMPLICACIONES PULMONARES:

Se manifiestan en forma repentina después de las 48 en el post-operatorio inmediato. Por efecto del dolor, de las drogas anestésicas y de los reflejos de defensa, disminuyen su amplitud los movimientos respiratorios. La tos es efectiva para eliminar secreciones. Involuntariamente los pacientes limitan sus movimientos y las enfermedades preexistentes, entre las que destacan la bronquitis por el hábito del tabaco y la enfermedad obstructiva crónica, suelen dificultar la función respiratoria.

- **HIPOXIA:** Es un estado fisiológico anormal muy común en el postoperatorio inmediato. La causa más común es la obstrucción de las vías respiratorias superiores al retirar el tubo endotraqueal, con edema de la glotis o relajación muscular en la base de la lengua. Puede aspirarse vomito o tener relajación muscular por fármacos incompletamente revertidos. Debe prevenirse desde el momento en que termina la intervención, deben mantenerse los controles instalados hasta que el paciente este consiente y sus signos vitales sean estables.

También se utiliza una cánula de Guedel la cual se coloca en la boca haciéndola llegar hasta la faringe para levantar la lengua, elimina la obstrucción; cuando la hipoxia se debe a la presencia del efecto de medicamentos relajantes musculares o a parálisis respiratoria, el único manejo posible es la intubación endotraqueal y la instalación de un respirador automático con presión positiva intermitente que puede ser de tipo volumétrico o manejado simplemente por presión.

- **LA ATELECTASIA:** Es la más común y más importante de las complicaciones, en la que juega un papel determinante la retención o aspiración de secreciones que bloquean los bronquios o bronquiolos, formando tapones que atrapan el aire de tejido pulmonar distal. Los gases

se absorben por la circulación pulmonar intacta, produciéndose un colapso de los alvéolos, segmentos, lóbulos o pulmones completos.

La presencia de bacterias en el tapón obstructivo propicia la invasión secundaria del área colapsada por gérmenes habitualmente patógenos que producen inflamación del parénquima pulmonar, neumonitis. Los signos clínicos de atelectasia son inconstantes: aumento de la temperatura, de la frecuencia respiratoria y del pulso, tos productiva con expectoración espesa y adherente, sin sangre, movimientos respiratorios disminuidos en el hemotórax involucrado, zona de matidez a la percusión, con ausencia de ruido respiratorio en la misma área. Soplo tubario y estrectores bronquio-alveolares. La placa de tórax demuestra una zona de densidad aumentada en el tejido pulmonar colapsado con elevación del hemidiafragma y reducción de los espacios intercostales.

Su tratamiento es especialmente preventivo, pero ya que se presenta se recomiendan las siguientes maniobras: puño percusión del área afectada y cambios de posición, estimulando al paciente para hacerlo toser, Inhaloterapia con presión positiva intermitente, aspiración endotraqueal, broncoscopía directa y aspiración bronquial. En casos graves está indicada la traqueotomía.

6.3 COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES

Ocurren en el post-operatorio, son el resultado de la reacción designada como estrés quirúrgico, que define el estado de alarma o tensión excesiva, ocasionado por el propio padecimiento y el acto quirúrgico. Casi todos los trastornos están asociados a sobre-sedación anestesia prolongada; manejo rudo o traumatismo de los órganos digestivos; irritación peritoneal o infección; shock, deshidratación y desbalance electrolítico, en especial hipotasemia o desnutrición con hipoproteinemia o hipovitaminosis.

Durante el postoperatorio se debe vigilar con atención el abdomen, periódicamente y utilizando el recurso radiológico de la placa simple de abdomen.

- **VÓMITO:** Puede haber vómito en el postoperatorio inmediato y es habitualmente de corta duración, cediendo espontáneamente.

- **DILATACIÓN GÁSTRICA AGUDA:** Es ocasionado mecánicamente por compresión del mismo estomago. En el que se acumulan secreciones y aire deglutido. El paciente se queja de distensión, sensación de plenitud, eructos, arqueo e hipo. Se llega a vomitar en pequeñas cantidades de flemas de contenido gástrico. El peligro de bronco aspiración es grande. El diagnostico y tratamiento se hace mediante una sonda naso- gástrica e instalando succión.

- **ÍLEO PARALÍTICO POSTOPERATORIO:** Es normal dentro de las 48 a 72 hrs. posteriores a la cirugía abdominal y consiste en una desorganización y disminución de la función motora del tracto gastrointestinal que frecuentemente lleva a la cesación de la motilidad intestinal con obstrucción funcional. Signos a la auscultación hay silencio abdominal, la placa de abdomen muestra gas atrapado en el intestino delgado y en el colon, ausencia de cólicos, distensión abdominal y salida de pequeña cantidad de gas o materia fecal por el recto.

- **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:** Puede ser parcial o completa y siempre se causa por problemas mecánicos como son: angulaciones, pinzamiento, edema local, fijación, procesos inflamatorios, colecciones de líquidos. Tiende a acompañarse de dolor cólico de bastante intensidad. Radiológicamente se ven varias asas distendidas por gases. Se debe instalar la succión y cuando se desea aspirar a nivel intestinal se debe poner una sonda más grande de tipo Cantor o Miller-Abbott. Es muy importante que el paciente cuente con un balance hídrico y electrolítico preciso, midiendo el líquido succionado y calcular las perdidas y cuantificación precisa de uresis.

- **SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO:** Se observa particularmente en pacientes con historia previa de úlcera péptica, y en pacientes expuestos a stress intenso por cirugía prolongada o en personas que han sufrido traumatismo craneoencefálico. Puede presentarse en el postoperatorio de etiología variada. Los tipos de sangrado pueden ser variables:

Sangrado de tubo digestivo alto: Se ocasiona por pérdida de sangre del esófago, estómago o duodeno. Se manifiesta habitualmente por hematemesis (vómito de sangre) alterada por la mezcla con jugos digestivos, tomando un característico color café oscuro al que se denomina vómito en asientos de café. Se presenta también melena, (salida de evacuaciones negras por recto).

Sangrado de tubo digestivo bajo: Se refiere a pérdida de sangre por lesiones dístales al ligamento de trelles. Sus manifestaciones son generalmente del tipo de la melena, el color de las heces nos da una idea precisa del sitio de sangrado, porque un tránsito acelerado por sangrado, aún siendo alto, puede dar sangre roja fresca. En general el sangrado rojo vivo rutilante, tiene su origen en la mucosa del recto sigmoides y en el ano. El manejo se hace con restitución de volumen sanguíneo y balance estrecho de líquidos. Se instala un catéter de PVC y catéter para transfusión. También se instala una sonda naso- gástrica y se lava el estómago con solución salina isotónica, depositando medicamentos antiácidos para mantener el PH arriba de 6.0. Si el sangrado no cede se procede a utilizar infusión intra arterial de vasopresina. En casos de sangrado de várices esofágicas se puede también utilizar un balón de triple lumen llamado Sengstaken Blakemore o de Patton el cuál es de utilidad diagnóstica y terapéutica, produce una hemostasia transitoria.

6.4 COMPLICACIONES URINARIAS:

Las más frecuentes son: retención urinaria aguda, insuficiencia renal aguda y la infección urinaria.

- **RETENCIÓN AGUDA DE ORINA:** Después de la cirugía se presenta incapacidad para evacuar espontáneamente la vejiga urinaria. Es una complicación muy molesta pero no representa un problema. Se debe al espasmo del esfínter con atonía de la musculatura vesical. Los fármacos anestésicos bloquean el reflejo espontáneo de la micción. Se identifica por la palpación del globo vesical en hipogastrio, mientras que el paciente se queja de dolor, presión y deseo de orinar no satisfecho. Puede ceder si se permite al paciente levantarse a evacuar la vejiga o mediante la colocación de compresas húmedas y tibias en hipogastrio, o recurrir a la cateterización con sonda nelaton fina mediante técnica estéril. En caso de no ceder se coloca sondeo vesical permanente con sonda Foley la cual va a regularizar la micción espontánea.

- **OLIGURIA:** Se define como gasto urinario menor de 25 ml/h. en adultos y menor de 1ml/kg./hr. en niños. En general la oliguria es el resultado de un descenso en la intensidad del filtrado glomerular debido a hipovolemia o sepsis. El tratamiento adecuado es la rehabilitación o eliminación de la sepsis.⁹

- **INSUFICIENCIA RENAL AGUDA:** Se desarrolla con más frecuencia después de una operación, cuando hay uno o más de los siguientes aspectos: edad mayor de 60 años, enfermedad renal persistente, hipotensión de más de 30 minutos, estados de shock prolongado, con hipoperfusión renal, transfusiones de sangre incompatibles, quemaduras extensas, deshidratación y depleción electrolítica, y obstrucción mecánica de los uréteres. Se manifiesta por la disminución o suspensión de la excreción urinaria, se produce acumulación de productos de desecho apareciendo síntomas de uremia. Puede haber elevación de la presión arterial, insuficiencia cardiaca, edemas y desequilibrio ácido básico. La duración de la anuria varía de 3 a 10 días o mas depende de la magnitud de la lesión renal. Su manejo se basa en que los riñones requieren tiempo para alcanzar la regeneración celular y su restitución funcional. Se debe registrar un control exacto de líquidos.

⁹ Méndez. C. F. Educación Quirúrgica. 1997. Pág. 385-408.

VII. GUÍA DE INTERVENCION DE ENFERMERÍA. ^{10, 11}

A continuación se presentarán guías de intervención de enfermería encaminadas a brindar cuidados que incidan en la prevención de complicaciones jerarquizándolas de acuerdo al modelo de Virginia Henderson.

Las cuales nos van a servir de apoyo en una intervención pronta y efectiva para reducir las complicaciones post-operatorias y así poder reducir la morbi-mortalidad durante este periodo.

Así mismo se mencionaran por prioridad de atención.

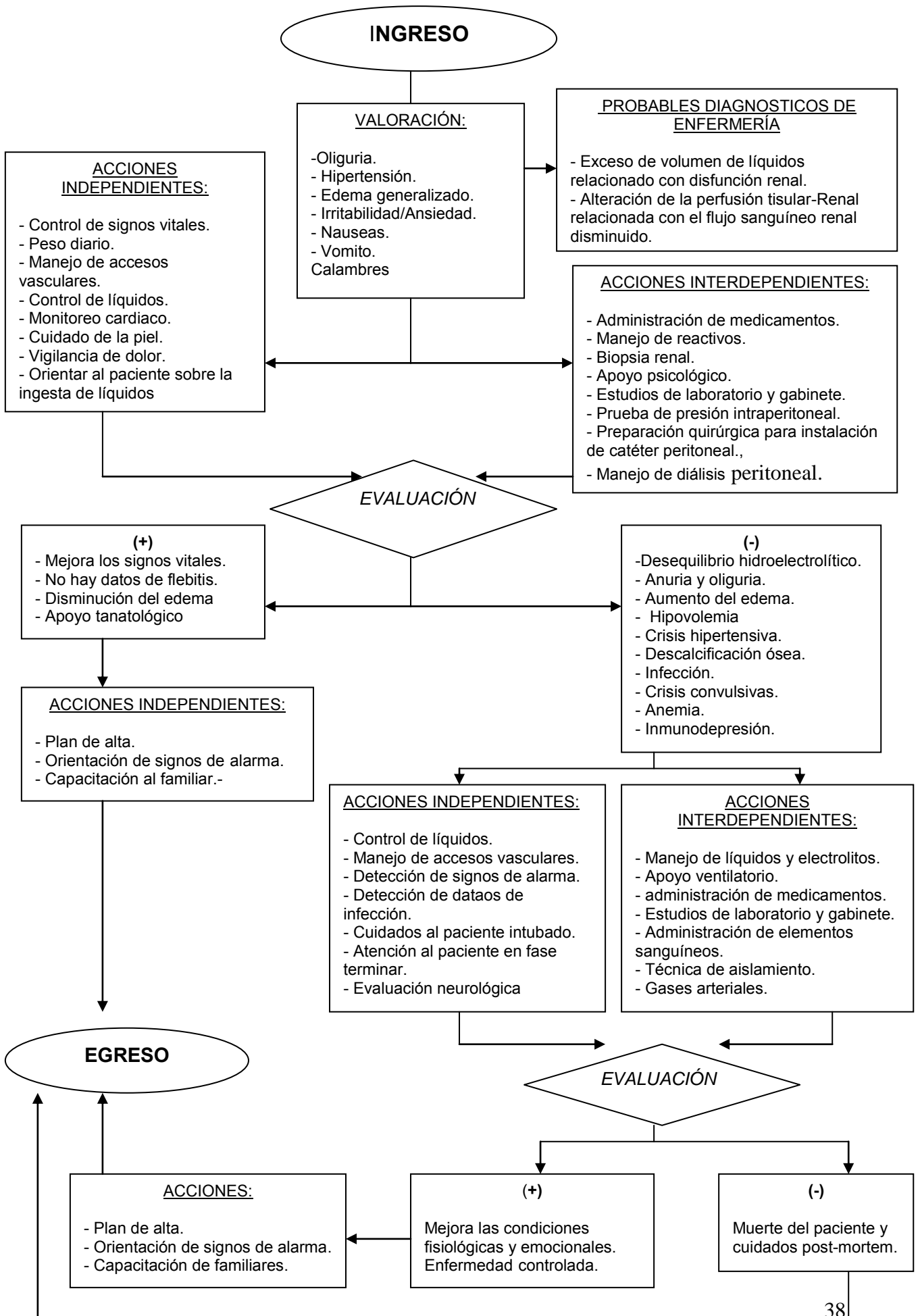
El cuidado de enfermería debe estar sustentado con elementos teóricos suficientes que permitan ofrecer calidad de atención procurando mantener las funciones vitales de los pacientes y mantener la vida.

La NANDA, después de varias investigaciones, ha establecido recomendaciones en el uso de determinados diagnósticos enfermeros que deberán ajustarse a las necesidades o alteraciones que cada paciente manifieste en cualquier etapa de su vida. Y que sea necesaria la intervención de enfermería pronta y eficaz para reducir las complicaciones.

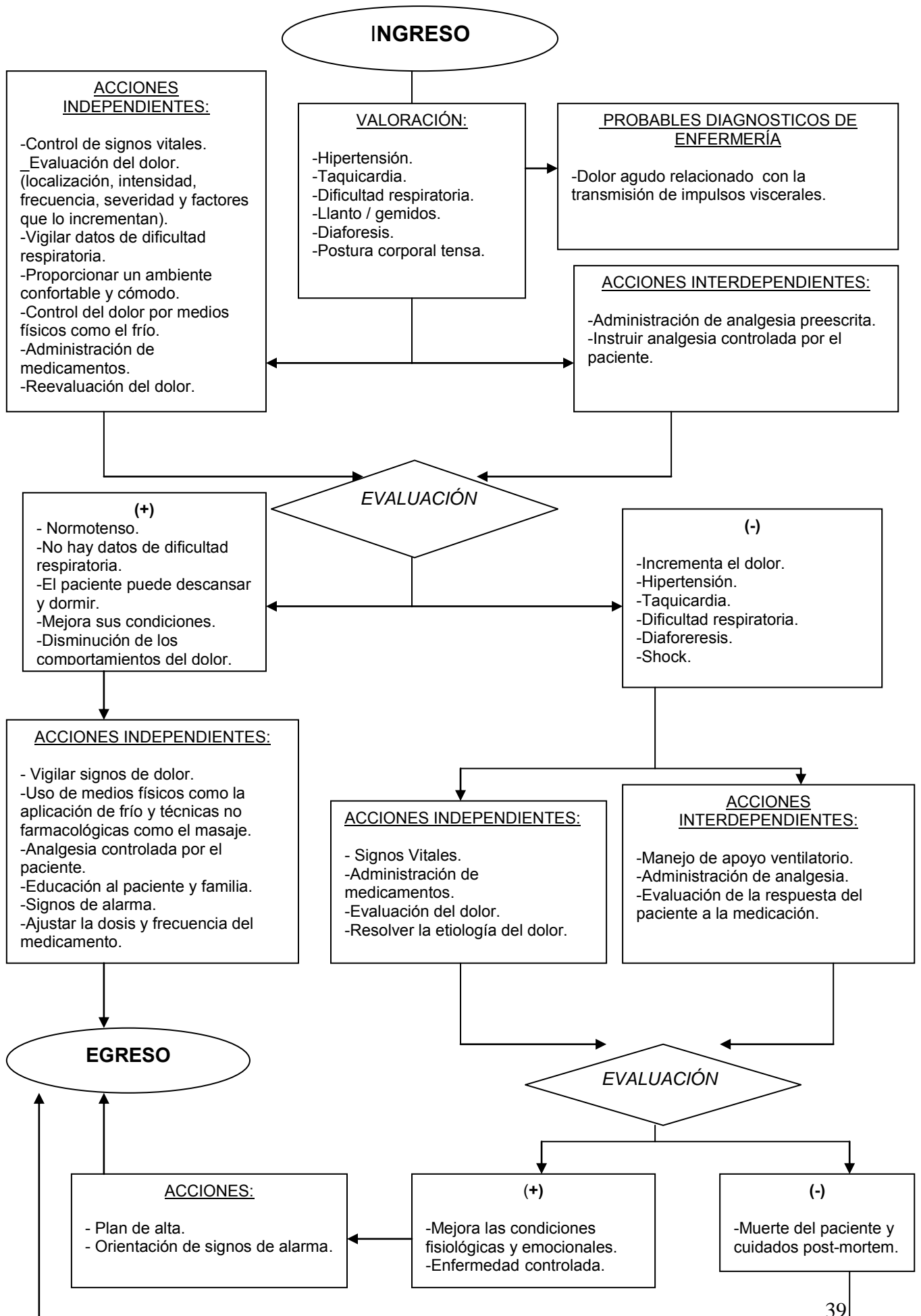
¹⁰ Sparks R. Craft-Rosenberg. NANDA. Diagnósticos de Enfermeros. Definición y Clasificación. 2003. Pág. 27, 42, 82, 101, 116, 163, 215.

¹¹ Johnson, M. Mass, M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 2002. Pág.436, 592, 569, 597, 609, 618, 628.

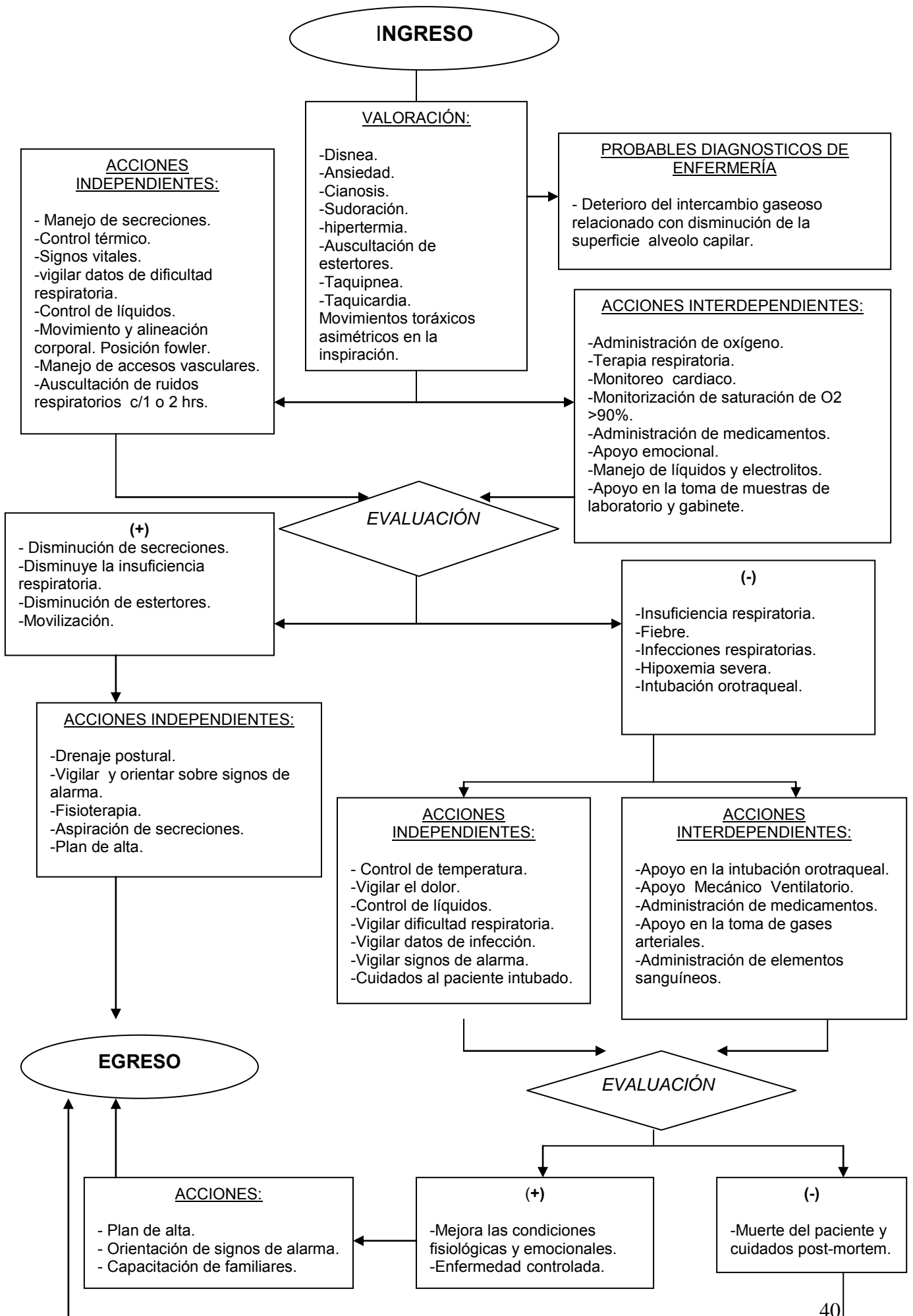
INSUFICIENCIA RENAL



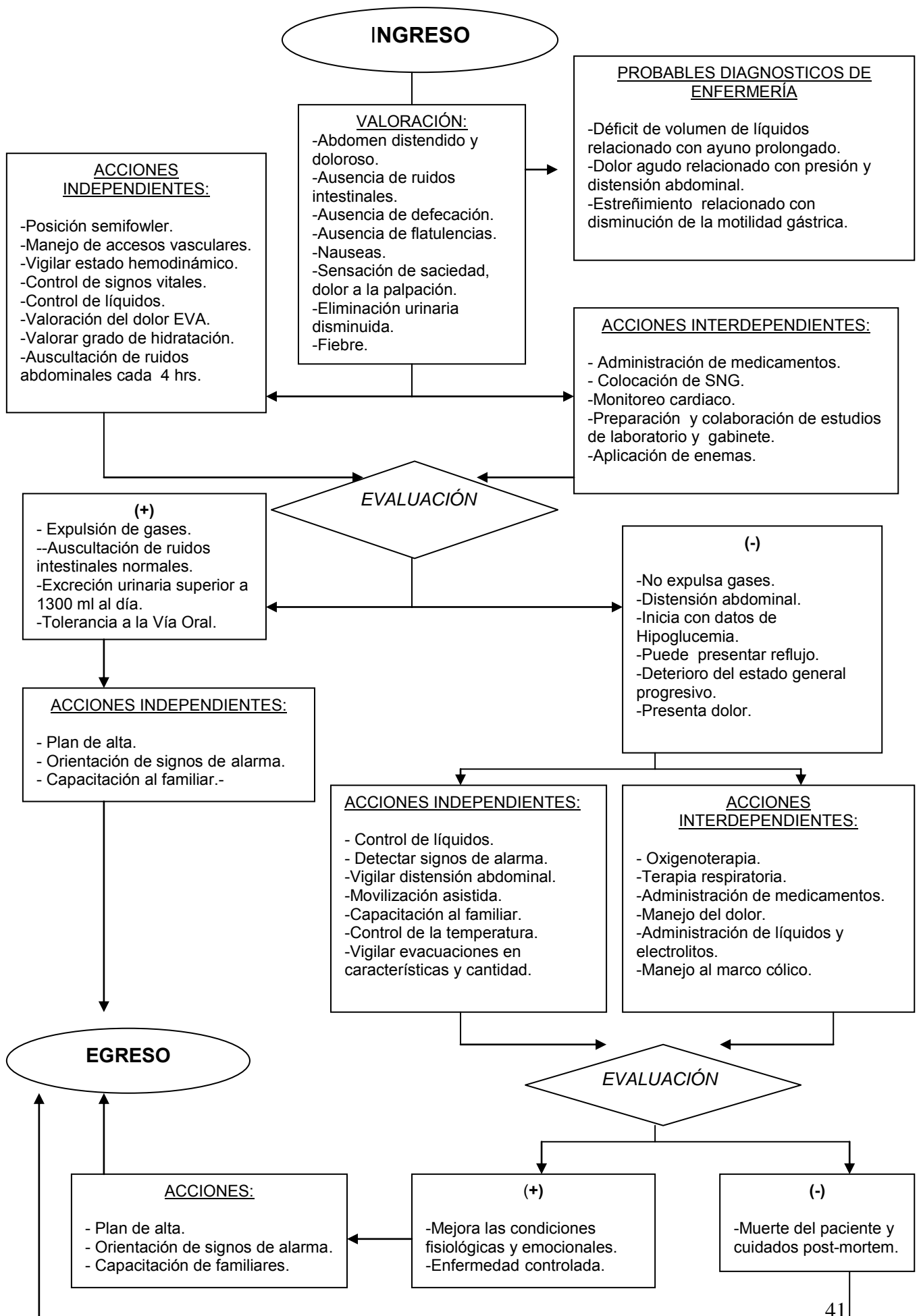
DOLOR



ATELECTASIA



ILEO PARALÍTICO.



VIII. CONCLUSIONES.

Es responsabilidad del personal de enfermería atender a los pacientes y conocer las posibles complicaciones que durante el periodo se pudieran presentar, para que se actúe mediante intervenciones de enfermería que nos podrán restablecer su funcionamiento paulatino y una vigilancia estrecha del equipo multidisciplinario.

Por ello es muy importante que el personal de enfermería esté en constante capacitación para manejar los temas más actuales sobre la atención de enfermería y nuevos avances en tecnología y así poder mejorar día con día la atención y los cuidados.

Puesto que el periodo postoperatorio es una fase muy importante de la cirugía puesto que se deberán brindar los cuidados específicos a cada paciente para evitar complicaciones que modifiquen el rumbo de la cirugía, así mismo que aumenten el periodo hospitalario. Por ello la importancia de tener conocimiento de las complicaciones que se pueden suscitar que van desde complicaciones respiratorias hasta shocks que ponen en riesgo la vida del paciente. Que si son detectadas a tiempo se pueden corregir y evitar un mal desenlace.

Para así mismo valorar las intervenciones de enfermería y priorizar cuidados de acuerdo al tipo de paciente, cirugía y necesidades que requiera el mismo. Hasta su valoración dentro del área de recuperación para ser trasladado a su habitación. Y poder ofrecerle atención de calidad.

IX BIBLIOGRAFÍA.

Aldrete J. Antonio. Tratado de Algiología. JGH Editores 1ª Ed. 1999

Brunner y Suddarth. Tratado de enfermería medico quirúrgica. Novena edición. Mac Graw Hill Interamericana. 2002. Pág. 396-420.

Dorothy W. Smith. Enfermería Médico Quirúrgica. 4ta Edición. Interamericana. 1984. Pág. 209-222.

Gauntlett P. Beare. Principios y Práctica de la Enfermera Médico Quirúrgica. 2da Edición. Mosby /Doyma Libros.1995. Pág. 457-471.

Lawrence W. Way. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico. Sexta edición. Manual Moderno. 1984 Pág. 16-38.

MacCloskey J. Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Tercera edición. Elsevier Science. 2002. Pág. 184, 452, 550, 566, 663, 683, 765, 785, 804, 811, 825, 834, 856.

Méndez F. Educación Quirúrgica. Mendez Editores.1997. Pág. 367-415

Moorhead S. Jonhson M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Tercera edición. Elsevier Science. 2005. Pág. 436, 592, 569, 597, 609, 618, 628.

Sparks S. Craft-Rosenberg M. Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación. NANDA. Elsevier. 2003. Pág. 27, 42, 82, 101, 116, 163, 215.