

CAPITULO II

CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO BAJO ANESTESIA GENERAL

Por no existir bibliografía de antecedentes históricos sobre cuidados posoperatorios, se describirá una breve historia sobre la anestesia.

A. Antecedentes Históricos.

El hombre desde el inicio de la naturaleza tuvo la inquietud de quitar o moderar el dolor. En la época primitiva los individuos usaban amuletos o se tatuaban para alejar el dolor, los que siguieron con la magia fueron los curanderos.

En Babilonia se halló una tabla de arcilla del año 2250 A. C. donde estaba un escrito sobre las molestias dentales.(1) En tiempos de Nerón, los cirujanos romanos y griegos proporcionaban a sus enfermos una mezcla de vino y vinagre, esto quitaba el dolor; también ensayaban con un anestésico local, colocando rocas de carbonato, directo en la operación y después de aplicarle vinagre advirtieron una reacción que generaba bioxido de carbono, esto producía una sensación de entumecimiento. Tanto los somníferos inhalantes, como las sustancias reanimadoras, los precursores en utilizarlas fueron los árabes y los egipcios, consistía en una mezcla de plantas como la amapola y la cicuta; pero este sistema resultaba ineficaz ya que a menudo se desconocía su acción y su dosis, esto con frecuencia era causa de muerte.

(1) Berry y Köhn "Técnicas de Quirófano" p. 131

La incomprensión real para el dolor humano se comprueba en el acto de enterrar vivo a un escocés, por indagar como -- quitar el dolor en un parto. En los laboratorios los alqui-- mistas ansiaban dar con un compuesto de vitriolo dulce, -- nombrándolo después éter.

Los militares cirujanos ayudaron a la evolución de la medi-- cina. Paré atenuaba el sufrimiento de sus reclutas opri -- miendo los vasos y nervios que rodeaban la zona afectada.-- En esa época se enteraron que los soldados medio congela-- lados alcanzaban un nivel más alto al dolor. En 1941 la a-- nestesia por refrigeración se usó una vez más en las ampu-- taciones durante la guerra civil estadounidense. (2)

El hipnotismo aunque era defendido por unos cuantos, este -- método se creía poco efectivo e inválido para quitar el do-- lor.

Durante el renacimiento, los adelantos de la química y la-- física aumentaron el nivel de desarrollo de la anestesia.-- Los experimentos de Joseph Priestley dan una definición mo-- derna de la anestesia, con el oxígeno y oxido nitroso que-- también se le nombraba "gas hilarante", ya que causaba ri-- sa sin control.

El Dr. Crawford Long dió las primeras anestесias con éter-- en 1842. En 1946 dos dentistas de Boston, Morton y Wells -- emplean el óxido nitroso para extracciones dentales. En Oc-- tubre del mismo año el Dr. Morton demostró que el éter ser-- vía como anestésico quirúrgico. El Dr. Oliver Wendell Hol-- mes inventó el nombre de anestesia partiendo de las raíces

(2) Berry y Kohn. Op. Cit. p.131

griegas que son "sensación nula" . (3)

Un cirujano escocés llamado Sir James Simpson, estableció el empleo de la anestesia con cloroformo en 1847. A fines del siglo XIX e inicios del XX se usó el cloroformo y el éter con fines anestésicos, se obtuvo un avance notable en las cirugías de cráneo, tórax y abdomen. Es cuando aparecen las cirugías por especialidades junto con ellas se desarrollaron y mejoraron los procedimientos anestésicos. El aire adulterado, el calor sofocado del quirófano antiguo, cuyas operaciones se realizaban a plena luz del día, en donde a los enfermos se les inducía a la anestesia general, goteando éter que se volatizaba muy pronto (tanto el enfermo como el equipo de cirugía respiraban dicho gas) todo esto abrió ruta hacia nuevos quirófanos de hoy. (4)

Algunos inventos como las agujas huecas, los aparatos de anestesia etc. así como la depuración de algunas drogas como la morfina, promovieron a la invención de nuevos métodos anestésicos. El Dr. Friedrich Trendelenburg precursor de la anestesia endotraqueal. El Dr. Chevalier Jackson -- creó el laringoscopio, auxiliar principal para la intubación.

Se establecieron medidas de protección hacia los pacientes que se encontraban bajo los efectos de la anestesia.

Mucho le debemos a los precursores y creadores de la anestesia, como el Dr. Heidbrink y Boothby, mejoraron las mascarillas y los aparatos de anestesia. Destacados médicos

(3) Berry y Kohn. Op.Cit. p. 131

(4) Berry y Kohn. Op.Cit. p. 131

en cirugía como el Dr. George Crile y el Dr. Harvey Cushing hicieron incapie e la importancia de llevar un registro del estado del paciente durante la cirugía.

En 1896 se introdujeron en América los primeros Baumanómetros y en 1950 el uso del electroencefalograma en las cirugías para estimar la profundidad de la anestesia. (5)

La tecnología especial usada actualmente ha abierto nuevos caminos a la cirugía moderna. Lográndose efectuar operaciones que antes resultaban imposibles de realizar.

La continua vigilancia de los signos vitales mientras el enfermo está anestesiado, el inducirlo sin problemas, su recuperación agradable, la aplicación de transfusiones -- cuando así lo requiera, la continua invención de técnicas y medicamentos nuevos, son cualidades de la anestesia actual que hace más fácil la recuperación del enfermo y son más efectivos los servicios del equipo de cirugía.

B. Cuidados Generales de Enfermería.

Se definen primero los cuidados generales de enfermería ya que estos servirán de base a los cuidados posoperatorios.

En estos cuidados se atiende en forma general, las necesidades de las personas, ya que al paciente se ve dentro de un marco social, tiene necesidades psicológicas, sociales y físicas las cuales no operan independientemente unas de otras.

Las relaciones que hay entre los factores fisiológicos y-

(5) Berry y Kohn. Op. Cit. p. 131

psicológicos y su resultado en la salud esta bien comprobado.

Más que la habilidad técnica en la práctica de enfermería se requiere su desarrollo y su competencia manual dentro de la provisión de bienestar físico y la terapia indicada. Esa competencia aunque es importante es sólo una parte de los cuidados de enfermería y cuando se ignora cualquiera de las necesidades mencionadas anteriormente, esta atención se torna ineficaz. La atención de la enfermera debe ser comprensiva tanto para el paciente como para su familia; se espera que examine y que cubra dichas necesidades tanto del enfermo como de su parentela. Los logros a corto y a largo plazo es conseguir que los pacientes alcancen y retengan su bienestar físico y mental óptimo. El establecer logros a largo plazo incluye que los cuidados de enfermería sigan aún después de que el paciente es dado de alta.

Las Atenciones Globales de Enfermería son:

1. Evaluar las necesidades y condiciones del paciente y su familia.
2. Elaborar un programa individualizado, planeando e implementando la atención.
3. Abastecerse de medidas de seguridad, protección y sosten.
4. Se explicará e interpretará la enfermedad, tanto a la familia como al paciente.
5. Sobre la satisfacción de las necesidades de salud con-

respecto a esto se le educará y sugerirá al paciente y su familia.

6. En coordinación y cooperación con el demás equipo de salud, se trabajará en esto para llevar a cabo las múltiples ordenes.
7. Se le mencionará sobre el personal de otros sitios de salud y bienestar para seguir manteniendo la constante rehabilitación y cuidados si así lo requiere el caso.

La enfermera ya no se limita a estar al lado de la unidad del paciente. La enfermera es ahora consultante en la totalidad de los niveles gubernativos y aportan atención médica en diversos casos. En unión con el demás equipo de salud se trazará una meta en común que es la de brindar comodidad al paciente y a su familia. Los componentes de este equipo de salud de acuerdo a las dificultades y necesidades a solucionar se incluyen: Una trabajadora social, un consejero religioso, de uno o más médicos, un dietista, un fisioterapeuta, un técnico en rehabilitación, personal de salud y bienestar comunal y las enfermeras encargadas de la atención necesaria. Las enfermeras necesitan ciertas nociones y comprender los servicios que otorgan otros centros de salud; se requiere de esfuerzos y cooperación unidos, para brindar mejor cuidado al paciente.

C. Cuidados Posoperatorios.

Hemos escrito anteriormente los cuidados generales de enfermería que se otorgan al paciente tanto en el area hospitalaria como fuera de ésta. Mencionando de una manera global dichos cuidados brindados tanto al paciente como a su familia. Pero en este trabajo de investigación sólo se enfocarán los cuidados posoperatorios inmediatos después de una anestesia general.

Los cuidados posoperatorios son aquellos que se le proporcionan al paciente desde que sale de la sala de operaciones y pasa a la sala de recuperación, hasta que deja el hospital.

Existen dos tipos de cuidados posoperatorios: Los inmediatos y los mediatos.

1. Los Cuidados Posoperatorios Inmediatos.

Son aquellos en el que, el punto más importante, es auxiliar al paciente recién intervenido a cualquier estudio u operación, estos cuidados van encaminados a que se regularice su homeostásis lo más pronto posible y con el mayor bienestar.

Se procurará adelantarnos y estar alertas a dificultades que se susciten durante este período. La ayuda al paciente en estas condiciones, seguirá en significación sólo a la operación misma.

Abarcan desde que sale el paciente de la sala de operaciones y es trasladado a la sala de recuperación, hasta que el recién operado se haya recuperado totalmente

de la anestesia y es transportado a su unidad.

2. Los Cuidados Posoperatorios Mediatos.

Son aquellos que se le brindan al paciente desde que sale de la sala de recuperación a su unidad hasta su total restablecimiento y es dado de alta, es aquí donde concluyen dichos cuidados.

D. Dolor.

El dolor, siendo una de las principales manifestaciones que el paciente presenta en el período posoperatorio, lo describiremos brevemente, ya que se encuentra íntimamente relacionado con el tema que estamos abordando.

El dolor es una manifestación que se percibe, es un sentimiento alterado que genera molestias o sufrimiento. Con frecuencia es el motivo por el cual el paciente acude al médico. El dolor se hace consciente con estímulos de las terminaciones nerviosas de los filamentos del dolor, estos a su vez originan un impulso nervioso que va al cerebro. En este lugar el impulso nervioso es sometido a un proceso y la persona lo registra como sensación no grata. La intensidad, la calidad, el lugar, lo que dure y el recuerdo del dolor contribuye en la intensidad de percepción de cada persona y en la contestación emocional. Sin vacilar se puede afirmar que no hay dolor estrictamente orgánico ni puramente funcional; todos los dolores van acompañados de un factor psicógeno. Por eso la tolerancia y la divergencia del equipo médico, sean una base para quitar el dolor.

Es Anestesia.

Es la total o parcial privación de la sensibilidad en común, principalmente de la sensibilidad táctil por variaciones anormales o causada artificialmente. Existen varios tipos de anestesia, de los cuales mencionaremos los más comunes y describiremos sólo aquellos que interesen al trabajo de investigación.

La anestesia puede obtenerse por diversos procedimientos:

1. Neuroleptoanalgesia, Neuroleptoanestesia.

Es la combinación de un tranquilizante con un narcótico produce sedación, amnesia y analgesia pero no es esta - la verdadera anestesia. Se ocupan otros medicamentos auxiliares para métodos de cirugía más extensos. Y cuando se combinan el narcótico, el tranquilizante más un anestésico como el óxido nitroso resulta un estado llamado de neuroleptoanestesia.

2. Anestesia General.

En este método se domina el dolor con la insensibilidad generalizada. Se presenta la inconciencia, analgesia, - hay interferencia de los reflejos no deseados y relajación muscular.

3. Anestesia Equilibrada.

Es un método donde las cualidades de la anestesia por ejemplo: Analgesia, hipnosis y relajación muscular, se obtienen en grado cambiante, con una mezcla de agentes.

4. Anestesia Local y Regional.

En este tipo de anestesia se domina el dolor sin perder la conciencia. Se anestesia una región del cuerpo. A veces se le nombra anestesia por conducción.

F. Anestesia General.

En este tipo de anestesia trabaja a nivel del sistema nervioso central. Los modos de asociar se suspenden en la corteza cerebral para generar privación más o menos total de la percepción sensorial y de la descarga motora. Cuando el anestésico que viaja por la sangre y llega al cerebro es -- cuando se obtiene la inconciencia. La anestesia general permite son límites de tiempo realizar operaciones extensas.- El enfermo se encuentra quieto, estático, y olvida el acto quirúrgico.

Casi todos los anestésicos pueden causar la muerte. El anestesiólogo deberá estar alerta a cualquier reacción reflejada del cuerpo, a guías y a estímulos, para estimar el grado de profundidad del sistema nervioso central, circulatorio y -- respiratorio, en el transcurso de la inducción y de la cirugía. No se debe de confiar en ninguna señal clínica para -- valorar la depresión de la anestesia. Es importante la atención continua, la evaluación y todas las señales clínicas, sumadas a otras precauciones objetivas. De este modo el anestesiólogo valora el grado de anestesia, los niveles de anestesia son: Ligero, moderado y profundo, además de brindar al paciente la atención óptima.

Hay tres procedimientos de dar anestesia general: Inhalatoria, instalación rectal, e inyección intravenosa. El método rectal ya está pasado de moda. Varía el control de cada procedimiento.

La inducción en la anestesia general es aquel período que sucede entre el inicio de la administración anestésica y el instante en el que, el enfermo sufre una privación de la conciencia.

Los métodos más usados para aplicar anestesia general son: Anestesia por inhalación y anestesia endovenosa.

1. Anestesia por Inhalación.

Esta técnica se controla más por que la entrada y salida de gases anestésicos se hace por los pulmones, aunque son importantes la ventilación pulmonar y la circulación de la sangre, aunque también intervienen elementos de la experiencia anestésica, variaciones en la postura del paciente, medicamentos preanestésicos, anomalía en la temperatura del cuerpo o el gas inspirado. El gas anestésico de un fluido volátil se inhala y llega al torrente sanguíneo, cruzando a través del tejido alveolar a la circulación total y a los tejidos.

Siempre se tendrá presente que durante este tiempo el sistema respiratorio está usándose para repartir el anestésico, de la misma manera lleva a cabo su función habitual de ventilación por ejemplo: Oxigena los teji-

dos y elimina el bióxido de carbono, colabora a mantener la igualdad acidobásico general.

La centralización de los alveolos es el producto de la igualdad entre dos potencias: La ventilación que lleva la anestesia al alveolo y el efecto de captar, que atrae hacia sí el anestésico del alveolo. Varios elementos actúan en la captación de la anestesia y de acá la inducción y la recuperación. La captación posee dos períodos:

- a. El traslado de la anestesia del alveolo al torrente sanguíneo. La rapidez del traslado está decidida por lo soluble del anestésico en la sangre, la rapidez del curso sanguíneo pulmonar (ligado con el gasto cardíaco) y la tensión fragmentaria del anestésico en la sangre arterial y en las venas incorporadas.
- b. Traslado del anestésico del torrente sanguíneo a los tejidos. Los elementos que actúan en el traslado a los tegumentos particulares son iguales a los antes descritos. Estos son lo soluble del gas en los tejidos, dimensión de los tejidos en correspondencia a la cantidad de sangre que los nutre y la tensión parcial de la anestesia en la sangre de las arterias y los tejidos. Los tejidos son desiguales de aquí que la acción de captar el anestésico no sea igual. El tejido del corazón es el mejor regado, se igualan con más velocidad por la tensión arterial que los tejidos menos irrigados como la gra-

sa, estos tienen reducida su aptitud para igualar y detener el anestésico por más tiempo.

La exclusión de la anestesia se determina por los mismos elementos que transportan su captación. Al ser excluido el anestésico, en primer lugar baja la tensión parcial de la sangre en las arterias y después a nivel tisular.

2. Anestesia Intravenosa.

Para la anestesia general el anestésico se aplica directo en el torrente sanguíneo por una vena superficial del brazo preferentemente. Dentro en la circulación el anestésico se diluye en la sangre de los pulmones y corazón, trasladándose en elevadas concentraciones a los órganos que están más irrigados como son: El corazón, hígado, cerebro y riñones. Por esta razón se concentra con mayor rapidez en el cerebro. Con la recirculación, se instala una nueva distribución en todo el cuerpo y baja la concentración del contenido anestésico que había en el cerebro. La evaporación de los efectos lo determinan la redistribución y la transformación corporal.

A continuación reproducimos un cuadro de los anestésicos más utilizados e importantes que se emplean actualmente.

Tipos de Anestesia

Tipos de Anestesia	Método de Administración	Agentes Anestésicos	Observaciones
Anestesia general	A. Inhalación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oxido nitroso (gas) 2. Ciclopropano (gas) 3. Halotano (fluoatano) (líquido volátil) 4. Eter (líquido volátil) 5. Metoxifluorano (líquido volátil) 6. Efluorano (líquido volátil) 	<p>No inflamable. Siempre se administra con oxígeno. En alta concentración produce hipoxia.</p> <p>Inflamable. Se administra con oxígeno. Puede provocar arritmia cardíaca, náusea y vomito postanestésicos.</p> <p>No inflamable. Habitualmente se administra con oxido nitroso y oxígeno. Poca frecuencia de náusea y vomito postanestésicos. Deprime la respiración, lo cual puede llevar a la acidosis respiratoria. Depresor cardiovascular; puede ocasionar disminución del gasto cardíaco hipotensión. Puede ocurrir disfunción hepática postanestésica.</p> <p>Inflamable. Irritante para la mucosa del aparato respiratorio. Produce náuseas y vomitos postanestésicos. Períodos de inducción y recuperación prolongados e inquietos.</p> <p>No inflamable. Rara vez ocurre náuseas y vomitos postanestésicos. Recuperación lenta de la conciencia. Posible daño tubular renal con grandes dosis.</p> <p>No inflamable. Puede reprimir las funciones cardiovasculares.</p>

CONTINUA.....

Tipos de Anestesia

Tipos de Anestesia	Método de Administración	Agentes Anestésicos	Observaciones
	B. Intravenosa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiopental sódico (pentotal sodico) 2. Innovar (combinación de fentanil y droperidol analgésico y tranquilizante) 3. Ketamina 	<p>Acción rápida. Empleado para inducción antes del anestésico por inhalación. Peligro de depresión respiratoria con grandes dosis.</p> <p>Puede ocasionar ligera depresión respiratoria. - Empleado como coadyuvante al anestésico inhalado o a la anestesia general.</p> <p>Produce un estado de anestesia disociativa. El paciente puede aparentar estar despierto pero es insensible al dolor visceral. Empleado para cam- biar apósitos en pacientes quemados o para proce- dimientos ortopédicos manipulatorios breves. No- emplearoc si el paciente es hipertenso. (6)</p>

(6) Watson Jeannette. " Enfermería Medicoquirúrgica". p. 169

G. Sala de Recuperación.

Se encuentra cerca o dentro del quirófano. Si esta cerca - debe de existir una línea de intercomunicación con la sala de operaciones conteniendo una alarma de emergencia para - solicitar ayuda. El lugar está bien provisto con aparatos - para salvar y proteger la existencia del paciente y poseer personal con elevados conocimientos y bien instruido.

El cometido de esta sala es brindar un sitio seguro, aisla - do de familiares o de otros pacientes. No se les ayuda com - pletamente a su recuperación ya que han sufrido una herida quirúrgica, disminución de líquidos y variaciones en el -- proceso del organismo; se tratará al máximo de brindarle - al paciente, comodidad, vigilancia y atención óptima.

1. Equipo.

El equipo que a continuación mencionamos es primordial para cada paciente ya que con ellos se le brindará aten - ción máxima.

a. Camilla. Debe dar las posiciones más comunes, debe - ser controlada y sujeta por una sola persona, con barandales sólidos que bajen y suban con facilidad, con soporte para los sueros, debe de tener colchón - firme y con tableros que se muevan fácilmente para - pies y cabeza, debe también estar provista de fre -- nos.

b. Aspirador. Lo excelente es que exista un aparato por paciente. Estarán fijos en la pared.

fácil manejo y tener dos tomas por cada paciente.

- d. Esfigmomanómetros. También que estén sujetos a la pared, deben de ser legibles y estar provistos de una línea larga que se extienda para permitir mayor acceso al enfermo. O también los hay de pie que son más prácticos.
- e. Alumbrado. La luz debe de estar bien colocada preferentemente a la cabecera del paciente y así se extiende en todas direcciones. Casi semejante a la luz natural, para ver mejor al paciente y una lampara auxiliar para auscultación.
- f. Portasueros. Comunmente conocidos por tripies o se encuentran empotrados en el techo por canales y ganchos deben de desplazarse con facilidad, ser seguros y estables.
- g. La suministración de energía eléctrica. Los enchufes o contactos, deben estar colocados en sitios de fácil acceso y conectados a tierra, se necesitan cuatro tomas por lo menos en cada unidad.
- h. Estantes. Uno para cada enfermo, para material anexo o monitor. También se instalarán soluciones parenterales de reserva, receptáculos para asear las sondas de aspiración.
- i. Cajones. Son necesarios para conservar y guardar sondas, cateteres, abatelenguas, apósitos, gasa, cinta-

adhesiva, toallas, sujetadores, etc.

j. Equipo de emergencia. Tiene lo siguiente:

Tabla para masaje al corazón, reloj para paro cardíaco, carro para paro cardíaco con todos los fármacos de emergencia, extinguidores o mangueras contra incendio con alarma, equipo endotraqueal, charola para traqueostomía, cánulas nasales y para la boca, ambú balones para niños y adultos.

k. Otros equipos primordiales. Equipos de inhalación y ventiladores, desfibrilador, monitor y electrocardiógrafo, frigorífico para conservar medicamentos y unidades de sangre, así como ciertos tipos de injertos, auxiliar infusor para sangre, tanque portátil de oxígeno, material estéril, ropas, mantas, orinales, como bolsas para hielo o para agua caliente, recipientes para vomitos, termómetros, etc.

La capacidad de la sala de recuperación debe de estar en proporción con los quirófanos existentes. El promedio del tiempo que dura el enfermo en recuperación será de hora a hora y media. Es más práctica una sala grande donde existan divisiones con cortinas y le permite a la enfermera mejor visualización a donde se encuentran los demás enfermos. debe de haber un cuarto séptico y otro para almacen.

2. Personal.

El personal debe de estar adiestrado para brindar cuidados intensivos, tener conocimiento pleno de la anestesia y sus funciones, saber de otros fármacos o su acción inmediata, tener la capacidad máxima para reconocer los inicios de un contratempo o urgencia, conducirse con rapidez antes de que vaya en detrimento la salud del paciente. Tener iniciativa y decisiones veloces capaz de manejar todos los aparatos que se encuentran en dicha sala.

El personal de enfermería debe de poseer dominio y la suficiente calma pero también debe saber sus limitaciones. Debe de observar al enfermo, valorar sus observaciones, realizar la terapia necesaria, anotaciones y registro de la vigilancia y la terapia.

H. Cuidados Posoperatorios Inmediatos.

Generalmente la mayoría de los pacientes que les fue administrada anestesia general necesitan cuidados de enfermería.

Cuando es notorio que el paciente esta con su respiración normal y que su color, su circulación y estado general son satisfactorios. Es llevado a la sala de recuperación en donde el anestesiólogo debe de mantener las vías respiratorias del paciente libres y no se debe de dejar solo por ningún motivo.

Cuando el paciente es llevado a la sala de recuperación la enfermera lo inspecciona rápidamente y da los datos de los signos vitales al anesthesiologo o al cirujano. Estos datos darán una evaluación rápida sobre su estado total se comparan con los que tenía durante la cirugía, ya estos datos son dados por el anesthesiologo a la enfermera la relación consiste en el nombre del paciente, la clase de anestesia brindada, y el tipo de cirugía realizada, una evaluación general de los signos vitales, fármacos, soluciones aplicadas por vía endovenosa. Debe señalarsele a la enfermera de algún estado peculiar que presente el enfermo antes de la cirugía o durante la misma. Deben de informarsele también de sondas, drenes, aparatos, que le hallan colocado al paciente.

Cuando se esté en la toma de los signos vitales debe de estar frenada la camilla, para evitar que se mueva en caso de urgencia.

El personal de enfermería de la sala de recuperación evalúa de una forma general al paciente y anota sus observaciones. Esta evaluación se hará cada 15 minutos o más frecuentemente si el caso lo amerita.

1. Vías aéreas.

La inspección de las vías aéreas es lo más primordial que debe hacerse al enfermo en cuanto es instalado en recuperación. La enfermera pasa con delicadeza la mano por encima de la boca, nariz o cánula del enfermo para

sentir que hay un intercambio aéreo. Aún cuando esten presentes los movimientos del tórax del paciente estos no son de fiar de que haya ventilación. Debe notar la enfermera la proporción de aire espirado. Si la cantidad de aire es poco, se debe de suponer de algún obstáculo en parte para la respiración. Quizás originados por fármacos usados antes de iniciar la cirugía o durante la operación que se realizó, esto causa que la lengua se relaje y obstaculice las vías respiratorias; uno de los modos más comunes es el moco acumulado o también se debe a las diferentes posturas que adopta o que le obligan a tomar al paciente. Esto se soluciona aspirando o variando la postura al enfermo. Si no mejora la capacidad aérea será debido a la disminución de actividad respiratoria por el uso de medicamentos de acción relajante a nivel muscular o el uso de sedantes, los cuales se convierten en antídoto para mejorar el intercambio aéreo. Un ventilador es primordial para estos casos. Es probable también que el motivo lo origina un espasmo laríngeo y se precisan fármacos y/o cánulas, ejemplo de estas cánulas: Sondas endotraqueales con globo nasales o bucales, la cánula orofaríngea o la nasofaríngea.

Las vías aéreas no se obstruyen con la caída de la mandíbula, cuando se usan las cánulas faríngeas.

La enfermera debe maniobrar la mandíbula del paciente de tal manera que sobresalga a la superior. Esto halará a la lengua hacia adelante y dejará libres las vías res

piratorias.

Hay que tener al paciente en constante observación cuando tiene puesta la cánula ya que no hay reflejo nauseoso o tusígeno. Se le deben de aspirar secreciones y moco para no dejar que haya obstrucción que origine otros problemas respiratorios. Las cánulas serán retiradas -- por el enfermo mismo cuando éste sea capaz de mover la lengua y no por la enfermera. Esto es una señal de que el paciente se ha recuperado. También la enfermera podrá retirar la cánula sólo si produce náuseas al paciente, después de que ha sido retirada la cánula se debe de vigilar al paciente ya que todavía su lengua puede retraerse hacia atrás. Si el paciente ya puede cooperar se le animará a que realice respiraciones profundas o que tosa, lo que favorece al intercambio de gases de esto resulta una eliminación rápida del anestésico inhalado. Este tipo de respiraciones sirve para impedir la presencia de atelectasia.

2. Los Signos Vitales.

La rapidez del pulso y la presión arterial deberán compararse con los tomados en el preoperatorio y el transoperatorio. Siempre el brazaleté del baumanómetro se deberá colocar en el brazo opuesto al lugar de la cirugía realizada no importa que en ese brazo se encuentre la venoclisis.

Se tomará en cuenta para la toma de los signos vitales--

los siguientes puntos:

- a. La acción de los medicamentos aplicados y de la anestesia.
- b. Los líquidos y la sangre que haya perdido el paciente y que no han sido repuestos.
- c. Pérdida imperceptible de sangre.
- d. Síntomas y señas de choque.
- e. Señas y síntomas de hemorragia internas o externas.

3. Coloración.

Se inspeccionarán oídos, uñas, labios, y la coloración de la piel. Si la valoración correcta no se puede realizar por el tipo de pigmentación se inspeccionará la mucosa bucal. Se valorará de acuerdo a su coloración mancha da, palidez, ictericia, tinte pardo, cianosis y rubicun dez.

4. Piel.

La piel del paciente puede estar fría, sea pegajosa, acalorada o húmeda.

5. Grado de Conciencia.

Las descripciones más usuales son: Estado inconciente - sin reflejos, estado inconciente con reflejos, medio-inconciente con actividad instintiva, medio-inconciente -

con contestación a las ordenes, somnoliento, conciente, alerta conciente orientado.

El tono de la enfermera al dirigirse al enfermo será normal y lo debe de ubicar en tiempo, espacio y lugar.- Se le debe de comunicar y a sus familiares que la operación se ha realizado. Las enfermeras se deben de cuidar de lo que dicen y como lo dicen.

6. Electrolitos y Equilibrio de líquidos.

La enfermera debe de estar enterada de la cantidad de soluciones parenterales que se le han aplicado al enfermo, los tipos, la rapidez y los fármacos añadidos. Se debe de vigilar el sitio de la venopunción para estar alertas a posibles infiltraciones, catéteres desconectados, signos de tipo alérgico, tubos doblados, debe de saber que tipo de aguja o punzocat se usó, es preciso que examine los resultados preoperatorios del laboratorio, para asegurar se de que todo esta en orden y si no es así se notificará al médico.

7. Sondas, Drenes, Apósitos o Instalación de yesos.

Debe de estar enterada la enfermera la clase de dren que hay en existencia (tipo pen-rose, sondas de diferentes tipos etc.). El cambio de aparato se hará de acuerdo con la orden del médico, la misma operación se hará con la conexión de drenes, sondas o irrigaciones. La diuresis debe ser coantificada por la enfermera tenien-

do conocimiento de que por lo menos deben de ser 30 ml. de orina excretada por hora para asegurar el buen funcionamiento de los riñones, esto es en los adultos.

Si al enfermo se le han instalado yeso se le debe de examinar constantemente para ver si hay demasiada presión, se inspeccionará la temperatura y el color de la parte distal del miembro enyesado. Si el paciente ya esta recuperado se le revisará la sensibilidad de la parte enyesada. Si en el moldeado del yeso hay presencia de sangre originada por la herida quirúrgica que esta por debajo del yeso se marcará con tinta el diámetro de la mancha de sangre y así se continua observando midiendo y anotando.

8. La Posición.

La posición de lado es la más conveniente y segura para el enfermo inconciente (si es permitido por su operación). Así se controla más la situación si el enfermo vomita. No se colocará al paciente sobre la región operada.

9. Medidas de Seguridad.

La camilla debe de estar fija o frenada con sus barandales levantados. Si el paciente se encuentra confundido o desorientado, la enfermera debe de permanecer a su lado si es posible aplicarle protectores acojinados para cubrir los barandales. No se usarán correas para muñecas y tobillos a menos que la terapéutica lo amerite.

Para fijar la extremidad donde se encuentra la venoclisis se utilizarán tableros comunmente llamados aviones para fijarlos.

10. Indicaciones Médicas.

La enfermera debe de llevar a cabo las indicaciones médicas inmediatas con conexión al enfermo en tanto se encuentre en la recuperación postanestésica.

11. El Bienestar del Paciente.

La preocupación de la enfermera de la sala de recuperación es el bienestar del paciente. Hay tres incomodidades o quejas que puede presentar al paciente recién operado, que es el dolor, vomito y desasosiego. La enfermera debe evaluar el caracter que origina dicha molestia ya que un simple cambio de posición, una ligera presión de los apósitos, disminuyen el dolor o la molestia sin necesidad de aplicar medicamentos. En otras ocasiones es necesario aplicar analgésico y este se administrará en pequeñas dosis o diluido y lentamente. Otras medidas son el aseo físico del enfermo, el aseo de la boca y -- brindar le comodidad.

12. Notificación y Registro.

Se registra y se informa de todas las evaluaciones y observaciones encontradas con el enfermo. Anotar y revisar el estado general del paciente cuando menos cada hora o cada 30 minutos. Los datos anotados deben ser --

legibles, claros, concisos y limpios.

I. Complicaciones Posoperatorias Inmediatas.

Pueden presentarse complicaciones después de la cirugía -- realizada y dependiendo de su origen pueden ser:

1. Choque.

A menudo se previene el choque cuidando el equilibrio -- de líquidos y la aplicación de sangre o reemplazos de -- la misma, ya sea en la misma cirugía o después de ella. Hay algunas causas del choque aunque se pueden presen -- tar mezclados varios factores.

Las clases de choque son: El causado por pérdida de san -- gre (hematógeno), El originado por la dilatación de los vasos inhibiendo la acción refleja del corazón origina -- dos por alguna acometida al sistema nervioso (neuróge -- no). Debido a que hay una perturbación cardíaca, trombo -- sis coronaria o infarto al miocardio (cardiógena). Otro generado por la dilatación de los vasos, la sangrè cir -- cula mal a través de la vasodilatación y no esta libre -- para los centros vitales, se amontona en los vasos de -- pequeños calibres y en órganos, se puede presentar ana -- filaxia (vasógeno). También se cree que el estado de -- choque es originado por algún agente tóxico que se insta -- la en la circulación sanguínea por infección (tóxico o bacteriémico). Y el causado por dolor intenso, temor -- profundo o un desorden de tipo emotivo ya sea súbito o grave.

Los signos y síntomas que se presentan en el estado de choque, es cuando el paciente se encuentra aprensivo -- nervioso al inicio, después se torna apático. La piel se le toca húmeda y fría, los labios se presentan un poco cianóticos. El pulso se presenta filiforme y rápido, las respiraciones se presentan rápidas y superficiales, y la temperatura esta por debajo de lo normal. La presión arterial baja.

El tratamiento del choque esta sujeto al origen y diversidad del mismo: Para el hematógeno es la transfusión -- para el aumento del volumen sanguíneo, otros tratamientos iniciales se enfocarán a otros tipos de choques que incluyen inspección de vías aéreas, oxigenoterapia, examinar o cambiar de postura al paciente para atenuar -- el dolor o mejorar la respiración, vigilar la cantidad de orina y fármacos que se le han aplicado. Los medicamentos más usados para el choque son: Neo-sinefrina, efedrina, isoproterenol y atropina.

La recuperación y el restablecimiento. Si se detecta -- con rapidez todos los síntomas y signos descritos arriba y se controla la situación, la recuperación es rápida. Si el tratamiento llega tarde el pronóstico suele -- ser grave. El tratamiento del choque entre más rápido -- se maneja con inteligencia y su identificación inmediata, los resultados serán óptimos.

2. Hemorragia.

Puede ser externa u oculta hay tres clases de hemorra-

gia: La primera que se presenta al inicio de la cirugía, la intermedia esta se establece unas horas de haber iniciado la cirugía y la secundaria que es la que aparece algún tiempo después de concluida la operación.- El paciente que presenta hemorragia puede tener los siguientes síntomas: Se encuentra intranquilo, temeroso, con sed, su piel esta pálida, humeda y fria, su temperatura baja, el pulso sube de frecuencia, sus inspiraciones son precipitadas y hondas. Si continua la pérdida sanguínea, la presión sigue bajando, las conjuntivas y los labios del enfermo se tornan pálidos. Puede ver manchas y zumbidos en los oidos. El paciente esta conciente aunque desfallecido.

Dentro de las medidas y tratamiento se le avisará al cirujano. Se le aplica oxígeno al paciente, la venoclisis se le aumentará el goteo, se le elevarán los miembros inferiores si esta permitido, se le toma frecuentemente la presión arterial. Se le extrae sangre para cruzarle unidades de la misma.

3. La Trombosis y La Flebitis.

Se presentan con más frecuencia después de la cirugía de abdomen en la parte baja o en desarrollo de enfermedades sépticas graves como úlcera perforada o peritonitis. La situación la definen diferentes factores que son: Las venas de los miembros inferiores presentan lesiones causadas por correas o sujetadores que la inmovilizan durante la cirugía, bultos acomodados debajo -

de las rodillas, por una concentración de sangre, por -
disminución o pérdida de líquidos, deshidratación por -
el flujo sanguíneo tardado en la extremidad, por un ni-
vel bajo en el metabolismo y una disminución circulatoria cuando termina la cirugía.

El primer síntoma que aparece en la trombosis o flebitis es dolor en la extremidad inferior, se presenta fiebre escalofríos y diaforesis.

La terapia más eficaz para la trombosis o flebitis es -
previniéndolas. Esto se hace aplicando cantidades convenientes de líquidos cuando sale de la cirugía para no -
dejar que haya una hemoconcentración, con ejercicios de miembros inferiores, vendajes con vendas elásticas o medias contra embolia si es preciso. No se colocarán almohadas o cobijas enrolladas en el hueco poplíteo. La -
deambulación temprana es primordial para prevenir trombosis o flebitis por que no deja que la sangre se estacione en las venas de las piernas. También sirve de mucho apoyo la respiración a presión positiva intermitente.

Existen otros métodos para evitar la trombosis o flebitis que incluyen ligadura de la vena o eliminación de -
la vena problema y la aplicación de heparina también.

4. Complicaciones Respiratorias.

Son las de más incidencias y las más graves en el posoperatorio. Se pueden atacar desde antes de la cirugía,

con educación y cuidados tomando todas las precauciones durante el trans- y en el posoperatorio de la cirugía.

Se sabe que los enfermos que ya presentan este tipo de padecimientos son los que están más expuestos a iniciar con problemas respiratorios.

Los problemas respiratorios se desarrollan con más frecuencia por enfermedades de: Nariz, boca y garganta, la irritación que provocan algunos anestésicos, que aspire restos alimenticios, dificultad y dolor para respirar - ya sea por el tipo de cirugía, referencia de alguna enfermedad crónica o antecedentes de ser muy fumador, débil, obeso, la edad, inhalación de humo.

Cuando un tapón de moco cierra por completo algún bronquio, el tejido pulmonar distal presenta colapso. Si el tejido de los pulmones afectado es mayor, el enfermo -- tendrá: Intensa disnea, cianosis, dolor pleural, pos-- tración, hipertermia, taquicardia, ortopnea y ansiedad.

La atelectasia pulmonar posoperatoria su presencia se ha disminuido en mayor cantidad por el uso conservador y apropiado de los sedantes antes y después de la cirugía, y por la deambulación temprana de los enfermos.

5. Complicación a Nivel Urinario.

Se pueden presentar complicaciones las más comunes son: Retención urinaria después de cualquier cirugía, pero donde se desarrolla más es en las operaciones de recto,

vagina y de abdomen inferior. Se cree que se presenta - espasmo del esfínter vesical. El tratamiento es de acuerdo al origen; se le puede aplicar diuréticos, o aumentar los líquidos endovenosos.

La complicación más frecuente en el enfermo anciano es - la incontinencia urinaria.

Alta del enfermo de la sala de recuperación.

Se dará de alta al paciente cuando haya una estabilización de sus signos vitales, estado de conciencia normal, efectos de - la cirugía, ya que se traslada al paciente a su unidad, a la enfermera que lo va a recibir se le da un informe detallado - de todas las observaciones, manejo, medicamentos que se le -- han aplicado, así como la existencia de sondas, drenes, apósitos, aparatos, etc. que se le hayan aplicado durante su estancia ya sea en quirófano o en la sala de recuperación. Después de ayudar al traslado del paciente a su unidad, este personal se reintegra a su servicio.