



GACETA OFICIAL DISTRITO FEDERAL

Órgano de Difusión del Gobierno del Distrito Federal

DÉCIMA OCTAVA ÉPOCA

13 DE ABRIL DE 2015

No. 68

Í N D I C E

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

Secretaría de Salud

- ♦ Aviso por el que se dan a conocer las Técnicas Específicas de Enfermería 4
- ♦ Aviso por el que se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Recuperación 47
- ♦ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Cirugía General 64

Oficialía Mayor

- ♦ Aviso por el que se da a conocer el Acuerdo mediante el cual se determinó el Destino Final de los Bienes Muebles (Vehículos), declarados en Extinción de Dominio 85

Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo

- ♦ Aviso por el que se da a conocer el cambio de domicilio de la Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo y se establece la suspensión temporal de los Actos, Trámites, Servicios, Solicitudes de Acceso a la Información Pública, Solicitudes de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición de Datos Personales, así como la Suspensión de Los Plazos y Términos Relativos a los Procedimientos Administrativos que ante ella se realizan 86

Delegación Coyoacán

- ♦ Aviso por el cual da a conocer el Programa Anual de Obras para el Ejercicio Fiscal 2015 88

Continúa en la Pág. 2

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA, Secretario de Salud, con fundamento en el artículo 29 fracción XIX, 16 fracción IV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, 24 fracción XX de la Ley de Salud del Distrito Federal, 11 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, 26 fracciones V y VIII y 67 fracciones VI, XIV y XXI del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal emito el siguiente:

AVISO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2 MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

4.1 Tendido de Camilla Posquirúrgica.

4.2 Aspiración de Secreciones.

5. ANEXOS

5.1 Información General.

5.2 Cuidados de Enfermería en la Sala de Recuperación.

5.3 Posiciones Indicadas para Derechohabientes o Usuarios Posquirúrgicos.

5.4 Manejo de Drenajes y Canalizaciones.

5.5 Complicaciones en el Posquirúrgico.

5.6 Manejo del Shock en Derechohabientes o Usuarios Posquirúrgicos.

5.7 Criterios para el Egreso del Derechohabiente o Usuario del Servicio de Recuperación.

5.8 Actividades de la Enfermera.

5.9 Glosario de Términos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El Servicio de Recuperación tiene como propósito proporcionar servicios de enfermería con eficiencia y eficacia en los procesos posquirúrgicos que se brindan a los derechohabientes o usuarios, a fin de coadyuvar eficazmente en su restablecimiento que ha sido sometido a un evento quirúrgico.

El presente documento contiene las técnicas de enfermería y la información complementaria que el personal de enfermería del servicio de recuperación requiere para el cumplimiento de las actividades que le competen.

Está dirigido al personal de enfermería de las unidades médicas hospitalarias, con el fin de unificar criterios de acción, garantizando la calidad de atención que se le brinda al derechohabiente o usuario.

Este documento se compone de seis capítulos que contienen: La introducción, el objetivo del mismo, el marco jurídico - administrativo que norma las acciones desarrolladas en el servicio, las técnicas de enfermería, los anexos y la bibliografía utilizada y de referencia.

Las técnicas de enfermería específicas en el Servicio de Recuperación, señalan: El concepto, los objetivos, los principios y el material y equipo utilizados, así como las técnicas de enfermería aplicadas y las medidas de control y seguridad que se deben tomar.

El presente documento se elabora con fundamento en las atribuciones de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial establecidas en el artículo 67 Fracciones VI y XIV del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito y en las funciones de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial descritas en el Manual Administrativo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

2.- MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

Principales ordenamientos jurídico-administrativos que sustentan la aplicación de las técnicas de enfermería en el Servicio de Recuperación.

CONSTITUCIÓN

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 1917, última reforma 07 de julio de 2014.

ESTATUTO

- Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de julio de 1994, última reforma 27 de junio de 2014.

LEYES

- Ley General de Salud, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984, última reforma 19 de diciembre de 2014.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1982, última reforma 24 de diciembre de 2013.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de diciembre de 1998, última reforma 14 de julio de 2014.
- Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 22 de mayo de 2006.
- Ley de Salud del Distrito Federal, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009, última reforma 18 de diciembre de 2014.

REGLAMENTOS

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, última reforma 24 de marzo de 2014.

- Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de diciembre de 2000, última reforma 19 de noviembre de 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de abril de 2004, última reforma 19 de diciembre de 2014.
- Reglamento de la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 04 de diciembre de 2006.
- Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de julio de 2011.

DOCUMENTOS NORMATIVO-ADMINISTRATIVOS

- Norma Oficial Mexicana NOM-138-SSA1-1995. Que Establece las Especificaciones Sanitarias del Alcohol Desnaturalizado, Antiséptico y Germicida (utilizado como material de curación), así como para el Alcohol Etilico de 96°g.l, sin Desnaturalizar y las Especificaciones de los Laboratorios o Plantas Envasadoras de Alcohol, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 1997.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico - Infecciosos - Clasificación y Especificaciones de Manejo, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002. Salud Ambiental. Agua para Uso y Consumo Humano. Requisitos Sanitarios que se Deben Cumplir en los Sistemas de Abastecimiento Públicos y Privados Durante el Manejo del Agua. Procedimientos Sanitarios para el Muestreo, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2005.
- Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2005. Estabilidad de Fármacos y Medicamentos (Modifica a la Nom-073-SSA1-1993, Estabilidad de Medicamentos, Publicada el 3 de Agosto de 1996), Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de enero de 2006, última reforma 01 de febrero de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011. Para la Práctica de la Anestesiología, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- Condiciones Generales de Trabajo del Gobierno del Distrito Federal, Publicadas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 13 de septiembre de 2013.
- Guía Técnica y Metodológica para la Elaboración, Presentación y Registro del Manual Administrativo y/o Específico de Operación del Gobierno del Distrito Federal, Oficialía Mayor junio 2014.

3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Contar con un instrumento para el desarrollo de los procedimientos de enfermería en el servicio de recuperación para garantizar que los derechohabientes o usuarios reciban una atención holística y de alta calidad.

4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

4.1 Tendido de Camilla Posquirúrgica.

Concepto:

Son todas las maniobras que se realizan para preparar la camilla, para la recepción del derechohabiente o usuario post operatorio.

Objetivo:

- Acondicionar un lugar (camilla) donde se recibirá al derechohabiente o usuario inmediatamente después de una intervención quirúrgica.
- Proporcionar seguridad al derechohabiente o usuario posteriormente de una intervención quirúrgica y facilitar su movilización.

Principios:

- Un ambiente agradable y limpio favorece la adaptación del individuo en un medio ambiente extraño.
- La integración y colocación ordenada del equipo, previa a la realización del procedimiento, evita o disminuye la pérdida de tiempo y energía.
- Los pliegues y costuras de la ropa de cama incrementan la aparición de úlceras por presión.
- La acción de asegurar la ropa en situación inamovible evita la formación de úlcera por presión.
- La utilización de auxiliares en la movilización del derechohabiente o usuario favorece el empleo mínimo de esfuerzo.

Material y Equipo:

- Riñón.
- Cobertor.
- Sábana clínica.
- Sábanas estándar.
- Hule clínico.
- Fuente proveedora de calor.

Técnica:

- Prepare el equipo.
- Colóquelo en el orden que se va a usar.
- Colóquelo en la silla.
- Centre la sábana en el borde superior del colchón, haga la cartera en el borde lateral próximo al colchón (en caso de que la sábana cubra todo el colchón y lo sobrepase, se hará cartera en la piecera).
- Centre la sábana móvil procurando que el borde superior quede al del colchón.
- Centre el cobertor, procurando que quede a 20 cm abajo del borde superior del colchón.
- Doble la ropa que sobresale de la piecera sobre el colchón.

- Introduzca entre el colchón y tambor las tres piezas de ropa del lado contrario al que se va a recibir al derechohabiente o usuario.
- Haga el acordeón lateral.
- Coloque un riñón en la cabecera (por si el derechohabiente o usuario quisiera vomitar).
- Coloque la fuente de calor procurando que el calor esté directamente en el centro de la camilla.

Medidas de Control y Seguridad:

- Verificar que la camilla esté en buenas condiciones, como es el barandal, colchón y freno.
- Evitar colocar ropa deteriorada en la camilla.
- Verificar la colocación del freno de la camilla, durante la estancia del derechohabiente o usuario en la sala de recuperación.

4.2 Aspiración de Secreciones.**Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para extraer las secreciones por medio de un catéter de caucho o polietileno del árbol traqueo-bronquial y que el derechohabiente o usuario por su estado patológico no puede expectorar.

Objetivo:

Mantener libre de secreciones las vías aéreas para favorecer el proceso de la ventilación pulmonar.

Principios:

- Las vías respiratorias, gastrointestinales y genitourinarias están revestidas de mucosa.
- Las membranas mucosas producen moco. El moco sirve para mantener húmeda la membrana, actúa como lubricante y como protector contra algunos agentes químicos e infecciosos.
- Generalmente la irritación de las membranas provoca aumento en la producción de moco.
- La permeabilidad de las vías respiratorias, aseguran un buen intercambio gaseoso.

Material y Equipo:

- Aspirador empotrado o portátil (con tubos y conectores).
- Equipo de Aspiración estéril (riñón, vaso y gasas).
- Sondas de Nélaton, de acuerdo a la edad (adulto 10, 12, 14, niños 8 y 10).
- Frascos con agua bidestilada o solución fisiológica.
- Guantes estériles.
- Cubrebocas.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento y/o cuantas veces sea necesario.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar brevemente al derechohabiente o usuario la razón del procedimiento y en qué consiste. (En caso de que el derechohabiente o usuario se encuentre traqueostomizado, proporcionarle papel y lápiz por si desea comunicarse).
- Colocarse el cubreboca.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición de Fowler o en decúbito dorsal según el caso.
- Abrir el equipo y anexas las sondas, gasas y verter en el recipiente la solución necesaria.
- Abrir la succión y colocarse los guantes.
- Tomar la sonda y conectar un extremo al tubo de aspiración.
- Introducir la sonda sin aspirar hasta el orofaringe por una nariz (obturando su luz, mediante un doblez de la misma para evitar el vacío al efectuar la introducción).
- Iniciar la aspiración retirando la sonda con movimientos rotatorios y suaves.
- Aspirar pequeñas cantidades de solución para limpiar el interior de la sonda y con una gasa limpiar el exterior cuantas veces sea necesario.
- Repetir el procedimiento en caso de persistir las secreciones.
- Alternar la aspiración en la otra nariz.
- En caso de tener traqueotomía.
- Retirar y lavar la endocánula con jabón y agua.
- Pasar gasa o aplicador humedecido, por la luz de la endocánula para el aseo correspondiente e instalarla en la cánula del derechohabiente o usuario.
- Cubrir con gasa húmeda el orificio de entrada de la cánula instalada en el derechohabiente o usuario.
- En caso necesario, efectuar limpieza y curación de la herida.
- Observar las secreciones del derechohabiente o usuario en caso de requerir oxigenación y alternar las fases de aspiración con las de oxigenación.
- Asistir al derechohabiente o usuario con insuficiencia respiratoria y avisar al médico si ésta se acentúa; informar la signología y características correspondientes.
- Dar comodidad y confianza al derechohabiente o usuario.
- Efectuar los registros correspondientes.
- Una vez terminado el procedimiento proporcionar los cuidados necesarios al equipo para mantenerlo en buenas condiciones.

Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar que el frasco colector de secreciones rebase el nivel que propiciará el reflujo de su contenido al derechohabiente o usuario.
- Cambiar las cintas de sujeción de la cánula de traqueostomía cuando sea necesario.
- Utilice sondas diferentes para aspirar la cánula y la boca.
- Ajustar perfectamente todas las conexiones y tapones del equipo para evitar fugas.
- Identificar perfectamente las partes de la cánula antes y después del procedimiento.

5. ANEXOS**5.1 Información General.**

El Área de Recuperación es específica del hospital y puede variar de nombre o lugar, según su función dentro de cada institución.

- Sala de recuperación post-anestésica.
- Unidad de reanimación post-anestésica.
- Unidad de cuidados post- anestésicos.

Generalmente se encuentra situada muy próxima al quirófano, consiste en una sala grande, dividida en una serie de cubículos individuales separados por cortinas para mantener la privacidad del derechohabiente o usuario.

La sala de recuperación debe estar equipada con:

- Monitores cardíacos.
- Oxímetros.
- Aspiradores.
- Esfigmomanómetros, empotrados o de pie.
- Borboteadores.
- Tomas de oxígeno. Tomas de vacío.
- Camas/camillas con barandales.
- Tripies empotrados o de pie.
- Luz a la cabecera de la cama/camilla.

Y debe estar dotada con lo siguiente:

- Equipo de Intubación.
- Soluciones (Hartman, Fisiológica, Glucosada).

- Venopack y catéteres.
- Vendas elásticas.
- Medicamentos anestésicos, analgésicos etc.
- Sistemas de drenaje (Foley, Nelatón, penrose, drenovack, etc.).
- Riñones.
- Cómodos y orinales.
- Carro rojo con desfibrilador.
- Lámparas de chicote.

5.2 Cuidados de Enfermería en la Sala de Recuperación.

- El profesional de enfermería debe avisar al personal de la sala de recuperación que el derechohabiente o usuario saldrá de la sala de quirófano, para que prepare la cama o camilla para recibirlo.
- Recibir al derechohabiente o usuario con expediente clínico y hacer la identificación del mismo.
- A cada derechohabiente o usuario se le hacen por escrito indicaciones post-quirúrgicas en forma muy precisa, por lo tanto, el personal que lo recibe, debe corroborarlas, aclarando todas las dudas que surgieran.
- Colocar al derechohabiente o usuario en la camilla en la posición adecuada.
- Comprobar la permeabilidad de las vías respiratorias, la frecuencia, profundidad y características de la respiración, el pulso, la presión arterial y la temperatura.
- Control y registro de las constantes vitales.
- Al primer signo de vómito se le gira la cabeza y se aspira.
- Revisar la herida observando si presenta sangrado por la misma. La palpación de un pulso rápido y filiforme puede indicar la existencia de una hemorragia, y si presenta otros signos de Shock inminente, como hipotensión o disminución de la conciencia.
- Anotar en la hoja de control de líquidos las soluciones administradas y los componentes de restitución (Hemoderivados).
- El reporte verbal del estado del derechohabiente o usuario al llegar a la sala de recuperación, es requisito indispensable de comunicación.
- El egreso del derechohabiente o usuario será por indicación del médico anestesiólogo.

5.3 Posiciones Indicadas para Derechohabientes o Usuarios Posquirúrgicos.

La posición en la que se coloca al derechohabiente o usuario en la cama/camilla dependerá del tipo de cirugía realizada y las más comunes son:

- Posición de Fowler.
- Posición de Semifowler.

- Posición de Sims (Inglesa).
- Elevación de las extremidades inferiores.
- Trendelemburg.

Posición de Fowler:

Es una posición dorsal inclinada que se obtiene levantando unos 90° la cabecera de la cama-camilla y se utiliza en derechohabiente o usuario post-operados en los que se requiere buena movilización de los hemi-diafragmas o en derechohabiente o usuarios peritoníticos, en los que se desea drenaje declive peritoneal y en derechohabiente o usuarios con padecimientos de Otorrinolaringología, a fin de evitar broncoaspiración.

Posición de Semifowler:

Es una posición dorsal inclinada que se obtiene levantando unos 45° la cabecera de la cama-camilla y se utiliza en derechohabiente o usuario post-operados en los que se requiere buena movilización de los hemi-diafragmas o en derechohabiente o usuarios peritoníticos, en los que se desea drenaje declive peritoneal.

Posición de Sims: (Inglesa):

Es un decúbito lateral en el que el muslo infrayacente se flexiona. Se utiliza cuando se desea drenar secreciones bucofaríngeas y cuando el derechohabiente o usuario pudiera llegar a vomitar; con esto se impide la bronco aspiración.

Elevación de las Extremidades Inferiores:

Persigue el favorecer el retorno venoso, sin interferir con la función respiratoria.

Trendelemburg:

Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal con elevación de la piecera de la cama (camilla) entre 30 a 45° de tal manera que la cabeza se encuentre en un plano más abajo, que los pies. Indicado en intervenciones quirúrgicas de vejiga y colon.

5.4 Manejo de Drenajes y Canalizaciones.**Los Drenajes Pueden Utilizarse:**

- Profilácticamente: Pueden insertarse para evacuar líquidos, incluyendo sangre o aire, de una cavidad corporal o de una herida quirúrgica.
- Terapéuticamente: Si existe material purulento o necrótico, durante la operación quirúrgica y/o en el post-operatorio.

Los Drenajes se Dejan en las Heridas por las Sigüientes Razones:

- Drenar un espacio grande; por ejemplo: después de una esplenectomía o resección de cualquier órgano intraperitoneal.
- Proporcionar un conducto a una anastomosis que podría tener secreciones; ejemplo: el caso de una anastomosis colónica.
- Drenar el líquido que se acumula, (como la linfa que aparece debajo de una incisión de mastectomía).
- Drenar una cavidad llena de pus; por ejemplo: después de la incisión de un absceso.
- Eliminar la acumulación del líquido.

- Obliterar los espacios muertos.
- Permitir la aposición de los tejidos.
- Evitar la formación de hematomas o seromas.
- Evitar la desvitalización de los tejidos o la necrosis de los márgenes de la herida.
- Minimizar una fuente potencial de contaminación de la herida.
- Disminuir el dolor post-operatorio.
- Minimizar la cicatriz.

La Acción de los Drenajes se Dividen en:

- Pasivos.
- Activos.

Drenajes Pasivos:

- Proporcionan una vía de menor resistencia hacia el exterior. Funcionan por rebosamiento y efecto de la capilaridad del drenaje del vendaje absorbente.
- Se ven influidos por las diferencias de presión y pueden ser ayudadas por el propio efecto gravitatorio (drenaje de penrose y drenaje continuo por gravedad).

Drenajes Activos:

- Estos se conectan a una fuente externa de vacío para crear aspiración en la herida. Un vacío constante, suave con presión negativa, evacua los líquidos tisulares, sangre y aire a través de un drenaje de silicona, cloruro de polivinilo o de poliuretano. Dependiendo del sistema utilizado, los niveles de aspiración varían para crear una presión negativa (menor que la atmosférica).

Ejemplo:

- Sistemas cerrados de aspiración de heridas (Drenovack).
- Drenaje torácico (Pleurovack).
- La zona de drenaje se recubre con apósitos por separado del lugar de incisión. Puede utilizarse un vendaje no adherente como capa de contacto alrededor del drenaje.
- Evitar tensión sobre el drenaje y cualquier tipo de anudamiento en éste y en el tubo.
- Los recipientes y bolsas de recolección conectados a drenajes pasivos, incluyendo los tubos de tórax, deben mantenerse muy por debajo del nivel de cavidad corpórea donde esté insertado el drenaje y su tubo de salida para evitar el flujo retrógrado, éste debe ser por la fuerza de gravedad.
- El personal debe verificar el nivel de aspiración para estar seguro de que es acorde con las indicaciones del cirujano o bien activarla de la forma adecuada para el sistema que se está utilizando.
- Registrar en la hoja de Enfermería el tipo de drenaje y el sitio anatómico de colocación y características del líquido drenado.

5.5 Complicaciones en el Posquirúrgico.

Hemorragia:

Es el escape de sangre de un vaso. El término arterial, capilar, venoso designa el tipo de vaso de que proviene el sangrado.

Clasificación:

- Primaria: cuando surge durante la operación.
- Intermedia: si se presenta en las primeras horas después de la intervención quirúrgica como consecuencia de la normalización de la presión sanguínea y por lo tanto, del desarrollo y crecimiento de coágulos unidos con firmeza a vasos sanguíneos no ligados.
- Secundaria: cuando surge tiempo después de la operación como resultado del desplazamiento de una ligadura a causa de infección, anudado deficiente o erosión de la pared vascular por un tubo de drenaje.
- Otra clasificación se basa en el tipo de vaso hemorrágico, la capilar se caracteriza por un goteo muy lento y generalizado, la venosa consiste en sangre que brota con rapidez y es de color oscuro, la arterial es sangre de color rojo brillante que brota a borbotones con cada latido cardíaco.
- Cuando la hemorragia tiene lugar en la superficie corporal y puede verse se habla que es evidente en caso contrario como en la cavidad peritoneal se describe como oculta.

Manifestaciones Clínicas:

La hemorragia y tiene sed; su piel esta fría, húmeda y pálida, aumenta la frecuencia del pulso, disminuye la temperatura y las respiraciones son rápidas y profundas con frecuencia de tipo se acompaña de un síndrome más o menos definido que depende de la cantidad del volumen de sangre y la rapidez de la pérdida. El derechohabiente o usuario está aprensivo e inquieto, se mueve constantemente jadeante y disneico. Al progresar la hemorragia disminuye el gasto cardíaco y con rapidez la presión venosa y arterial, así como los valores de hemoglobina; los labios y las conjuntivas adquieren coloración pálida, aparecen manchas por delante de los ojos se escucha un zumbido en los oídos y el sujeto se debilita, pero permanece consciente hasta poco antes de que ocurra la muerte.

Tratamiento:

Con frecuencia, los signos de la hemorragia post-operatoria no son evidentes como resultado de los efectos del anestésico o del choque, por lo tanto el diagnóstico inicial es general y casi idéntico al descrito por el choque.

Se administran sedantes o narcóticos en las dosis prescritas para mantenerlo tranquilo, siempre es preciso inspeccionar la incisión quirúrgica con el fin de identificar el sitio de la hemorragia, si es posible está indicada la aplicación de gasa estéril y un vendaje compresivo al igual que la elevación de la parte afectada ya sea la extremidad inferior o superior.

La administración de una transfusión y la identificación de la causa de la hemorragia son las medidas terapéuticas lógicas. En la administración l. V. de líquidos en presencia de hemorragia debe recordarse que su volumen o rapidez excesivos suelen aumentar la presión sanguínea en grado suficiente para hacer que mejore la hemorragia, a menos que esta se haya controlado.

5.6 Manejo del Shock en Derechohabientes o Usuarios posquirúrgicos.

Es un proceso agudo y generalizado de la alteración de la perfusión tisular que produce alteraciones celulares, metabólicas y hemodinámicas.

El shock es un complejo proceso fisiopatológico que produce frecuentemente la muerte.

Se divide en cuatro fases diferentes:

- Inicial.
- De compensación.
- Progresiva.
- Refractaria.

La progresión de un estado a otro dependerá de las condiciones previas del derechohabiente o usuario.

El Shock se puede clasificar en:

- Hipovolémico.
- Cardiogénico o distributivo, dependiendo de las causas fisiopatológicas.
- Shock Anafiláctico.
- Shock Neurogénico.
- Shock Séptico.

Shock Hipovolémico:

Este shock se produce por un inadecuado aporte de volumen de líquidos en el espacio intravascular. La falta de un volumen circulatorio adecuado produce un descenso de la perfusión tisular e inicia la respuesta general del shock.

Signos y Síntomas:

- La producción de orina empieza a disminuir.
- La piel del derechohabiente o usuario se vuelve pálida y fría.
- Dificultad respiratoria.
- Hipoxemia.
- Oliguria.
- Letargo.
- Taquicardia.
- Hipotensión.

Tratamiento Médico.

Los objetivos del tratamiento son corregir la causa de la hipovolemia y restaurar la perfusión tisular. Hay que administrar grandes cantidades de líquidos para reemplazar el volumen circulatorio, con soluciones cristaloides y coloides, o una combinación de ambas y transfusiones.

Shock Cardiogénico:

Este shock se produce cuando el corazón no puede bombear con eficacia la sangre. Puede producirse por alteración del ventrículo derecho, izquierdo o ambos.

El shock cardiogénico puede ser el resultado de isquemia ventricular primaria, de alteraciones estructurales o de arritmias. Las causas más frecuentes es el infarto agudo al miocardio que origina una pérdida de más del 40 % de la función miocárdica.

Manifestaciones Clínicas:

- Pulso débil y filiforme.
- Disminución de ruidos cardiacos.
- Piel fría, pálida y húmeda.
- Arritmias.
- Taquipnea.
- Disminución del gasto cardiaco.

Shock Anafiláctico:

El shock anafiláctico es un tipo que se produce por una reacción de hipersensibilidad inmediata.

Signos y Síntomas:

Los síntomas suelen aparecer de manera inmediata a la exposición al antígeno. Las manifestaciones cutáneas aparecen generalmente en primer lugar e incluyen prurito y edema generalizado, urticaria y angioderma, los derechohabientes o usuarios se muestran inquietos, intranquilos, aprensivos, ansiosos y acalorados. Los efectos en el sistema respiratorio incluyen el desarrollo de edema laríngeo, bronco constricción y tapón de moco desarrollan manifestaciones gastrointestinales y genitourinarias y en las mujeres llega a presentar hemorragias vaginales.

Tratamiento Médico:

Los objetivos del tratamiento son eliminar el antígeno que inicia la reacción, revertir los efectos de los mediadores bioquímicos y favorecer una adecuada perfusión tisular.

Aporte de oxígeno, administración de fármacos y líquidos. Se puede administrar corticosteroides como la metilprednisolona para prevenir reacciones retardadas y estabilizar las membranas capilares, deben administrarse soluciones cristaloides o coloides para reemplazar los líquidos perdidos.

Shock Neurogénico:

Este shock es del tipo distributivo y es el resultado de la pérdida o supresión del tono simpático. Su aparición se produce en minutos y puede durar días, semanas o meses, dependiendo de su causa.

Signos y Síntomas:

- Hipotensión.
- Bradicardia.
- Hipotermia.

- Piel caliente y seca.

Tratamiento Médico:

Los objetivos del tratamiento son controlar o eliminar la causa del shock, evita la inestabilidad cardiovascular y favorecer la adecuada perfusión tisular. La inestabilidad cardiovascular puede producirse por hipovolemia, hipotermia, hipoxia y por la aparición de arritmias. Los tratamientos específicos están encaminados a prevenir y corregir estos problemas a medida que aparecen.

5.7 Criterios para el Egreso del Derechohabiente o Usuario del Servicio de Recuperación.

Como norma, los derechohabientes o usuarios son dados de alta del servicio de recuperación tras una orden escrita del anestesiólogo.

- Si está orientado y alerta.
- Signos vitales estables.
- No existe compromiso respiratorio.
- Reflejo nauseoso presente, el derechohabiente o usuario puede tragar y toser.
- No existe hemorragia ni tumoración o secreción en los apósitos y estos son mínimos.
- El derechohabiente o usuario ha orinado.
- No existe dolor excesivo que no pueda controlarse con medicamentos.
- El derechohabiente o usuario tiene visión clara.

Las instrucciones de alta serán por escrito a:

- Egreso a hospitalización.
- Egreso a la unidad de cuidados intensivos.
- Egreso a Domicilio (Cirugía Ambulatoria):

Egreso a Sala de Cirugía General (Hospitalización):

- Avisar a la jefe de servicio o encargada de la sala de Cirugía general (o a la sala de acuerdo a la intervención quirúrgica), sobre el ingreso a su servicio del derechohabiente o usuario post operado.
- El personal de enfermería de recuperación entregará al derechohabiente o usuario con expediente e indicaciones en mano.
- A cada derechohabiente o usuario se le hacen por escrito indicaciones post-quirúrgicas en forma muy precisa por lo tanto, el personal que lo recibe debe corroborarlas, aclarando todas las dudas que surgieran.
- Así mismo, el personal de recuperación informará el estado del derechohabiente o usuario, al personal que lo recibe, esto incluye nombre del derechohabiente o usuario, procedimiento quirúrgico, tipo de anestesia, valoración de la temperatura respiración, pulso y tensión arterial, medicamentos, soluciones intravenosas administradas, el estado de los apósitos, drenajes y sondas.

Egreso a la Sala de Unidad de Cuidados Intensivos:

- Los derechohabiente o usuarios post operados que requieran vigilancia estrecha serán transferidos a la unidad de cuidados intensivos.
- Se avisará al jefe de la sala para que esperen al derechohabiente o usuario.

Los criterios para el egreso a la Unidad de Cuidados Intensivos son:

- Que el derechohabiente o usuario presente hemorragia intensa o deficiencia de líquidos (lesiones múltiples u obstrucción intestinal).
- Cirugías mayores y de tiempo quirúrgico prolongado, que requiera atención inmediata al sostén de las funciones vitales de la circulación y la respiración con la finalidad de prevenir complicaciones posteriores de estos sistemas.

Egreso a Domicilio (Cirugía Ambulatoria):

Las instrucciones de alta por escrito son revisadas verbalmente con el derechohabiente o usuario y con un miembro de su familia. Se hace hincapié en la obligación de acudir a la visita de seguimiento con el cirujano. (Cirugía Ambulatoria).

Se dará de alta a un derechohabiente o usuario:

- Si está orientado y alerta.
- Signos vitales estables.
- No existe compromiso respiratorio.
- Reflejo nauseoso presente, el derechohabiente o usuario puede tragar y toser.
- No existe hemorragia ni tumoración o secreción en los apósitos, y estos son mínimos.
- El derechohabiente o usuario ha orinado.
- No existe dolor excesivo que no pueda controlarse con medicamentos.
- El derechohabiente o usuario es capaz de deambular en el caso de cirugía ambulatoria.
- El derechohabiente o usuario tiene visión clara.
- El derechohabiente o usuario que tolere líquidos.

5.8 Actividades de la Enfermera.

- Uniformarse de acuerdo al reglamento vigente.
- Verificar que el área esté equipada en forma completa.
- Solicitar el equipo y material que se requiera en la Central de Equipos y Esterilización.
- Solicitar la ropa, medicamentos y documentación que se requiera.
- Recibir a los derechohabientes o usuarios que se les haya practicado alguna intervención quirúrgica, con expediente clínico completo, verificando su estado de salud y las prescripciones médicas.

- Hacer la toma de signos vitales y registrar los datos de evolución en la hoja de registros clínicos de enfermería.
- Llevar el control de líquidos ministrados y eliminados, si así lo requiere el estado del derechohabiente o usuario.
- Hacer la ministración de medicamentos que requiera el derechohabiente o usuario de acuerdo a los procedimientos establecidos.
- Vigilar la evolución post-anestésica del derechohabiente o usuario, informando al anestesiólogo de cualquier irregularidad.
- Mantener la posición corporal indicada al derechohabiente o usuario.
- Comunicar al anestesiólogo para que valore al derechohabiente o usuario y sea trasladado a su servicio.
- Entregar al derechohabiente o usuario, con su expediente a la enfermera del servicio de hospitalización correspondiente, informándole de éste y las indicaciones inmediatas a seguir.
- Participar en la introducción al puesto de personal de nuevo ingreso.
- Participar en las reuniones técnicas que se programen.
- Participar en las investigaciones del área y de enfermería que se realicen.

5.9 Glosario de Términos.

Asepsia: Ausencia de gérmenes patógenos.

Antiséptico: Agente que tiende a inhibir el crecimiento y la reproducción de los microorganismos.

Arteria: Vaso encargado de hacer llegar la sangre oxigenada y rica en nutrientes a los distintos órganos, a excepción de la arteria pulmonar que transporta sangre desoxigenada a los pulmones.

Desfibrilador: Dispositivos que sirve para aplicar un choque eléctrico a un voltaje preestablecido sobre el miocardio a través de la pared del tórax. Se utiliza para restablecer el ritmo y la frecuencia cardíaca normales.

Distres: Déficit. Falta de aire en los alvéolos.

Drenaje: Extracción de líquido de una cavidad corporal ó de una herida por diversos métodos. Para ello se utilizan tubos o catéteres que facilitan la salida de los líquidos, mientras exista supuración debe mantenerse un drenaje, es conveniente el mantener la cobertura con antibióticos, para evitar la diseminación de la infección.

Hemorragia: Pérdida de sangre, debido a la rotura de vasos sanguíneos pueden ser internos o externos, la extrema pérdida de sangre en la superficie del cuerpo, no es grave y se detiene fácilmente. La interna se descubre cuando se lleva algún tiempo sangrando, con riesgo de pérdida de abundante sangre y el peligro que esto con lleva.

Linimento: Preparación líquida constituida por lo general por un compuesto alcohólico, asertivo o jabonoso, con el que se fricciona la piel.

Reanimación: Proceso de mantenimiento de las funciones vitales de una persona.

Rebosamiento: Desbordamiento o eliminación excesiva de un líquido como la orina, saliva o bilis.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Charles J. Cote, MD, Stephen Wilson, DMD, MA, PhD, the Work Group on Sedation, Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: An Update, American Academy of Pediatrics American Academy of Pediatric Dentistry, 2006.
- Long B.C., Phipps W.J., Enfermería Médico-Quirúrgica, México, Editorial Interamericana, 2ª Edición.
- Brunner Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, Editorial Interamericana, 4 v. 12ª Edición.
- Caballero Martínez, Fernando, Diccionario de Medicina, Madrid, Editorial Cultural, 2006.
- Dugas B.W., Tratado de Enfermería Práctica, Editorial Interamericana de Ediciones, 4ª Edición.
- Eichhorn JH, Cooper JB, Cullen DJ, Maier WR, Phillip JH. Seeman RG. Standards for Patient Monitoring During Anesthesia at Harvard Medical School, Editorial Jama, 1986.
- Kaplan EB, Sheiner LB, Boeckmann AJ, Roizen MF, The Usefulness of Preoperative Laboratory Screening, Jama, 1985.
- Mosby, Diccionario de Medicina, Barcelona, Editorial Grupo Editorial Océano, 1996.
- Sturt Patty., Kidd P. Stinson, Manual de Urgencias en Enfermería, España, Editorial Harcourt, Océano, 1998.
- Potter; Perry. Enfermería Mosby 2000. Fundamentos de Enfermería, España, Editorial Horcourt-Océano, 2001, 2 v, 3ª Edición.
- Rosales Barrera Susana, Reyes Gomes Eva, Fundamentos de Enfermería, México, Editorial. El Manual Moderno, 2002, 2ª Edición.
- Brooks Shirley M., Enfermería de Quirófano, México, Editorial Interamericana, 1991, 2v.
- Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Libro blanco. Madrid, Editorial SEDAR, 1993.
- Tucker SM y Cols, Normas de Cuidados del Paciente, México, Editorial Harcourt-Océano, 1998. 6ª Edición.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Publíquese el presente aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Recuperación.

SEGUNDO Las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Recuperación entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

México, Distrito Federal, a 19 de Marzo de 2015.

(Firma)

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA
SECRETARIO DE SALUD
