



EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PRECOZ EN CIRUGÍA COLORECTAL

TERESA JULVEZ GARCIA ENFERMERA QUIRÚRGICA BLOQUE
QUIRÚRGICO, HOSPITAL LOZANO BLES. ZARAGOZA

ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Con la incorporación de los protocolos de rehabilitación multimodal la enfermería quirúrgica ha tenido que asumir una nueva serie de conceptos y conocimientos para el desarrollo de su trabajo en este tipo de pacientes. Esto ha supuesto la creación de nuevos programas de actuación para dar una atención integral, más especializada, si cabe, al paciente quirúrgico.

- Formación específica: debemos de conocer en que consiste el programa y saber informar sobre él
- Grupo de trabajo con el objetivo de crear protocolos de actuación y de aportar nuevas ideas
- Fomento del trabajo en equipo
- Formación continuada con la preparación de cursos sobre el programa

REHABILITACIÓN PRECOZ

Conjunto de cuidados
perioperatorios encaminados a
conseguir una recuperación más
rápida en pacientes sometidos a
cirugía convencional o por
laparoscopia



Equipo multidisciplinario: cirujanos, anestelistas, personal de enfermería y nutricionistas



BLOQUE QUIRURGICO
PROHIBIDO EL PASO



BLOQUE QUIRÚRGICO

- ACOGIDA
- QUIRÓFANO
- URPA



UNIDAD DE ACOGIDA



- Identificación paciente
- Contrastar información
- Comprobación hora toma bebida hipercalórica
- Selección vía periférica
- Profilaxis antibiótica
- Premedicación según nivel ansiedad y necesidades
- Control patologías asociadas
- Comunicar al quirófano información importante

Cuidados de enfermería en el Bloque Quirúrgico

Rehabilitación multimodal

Etiqueta

Intervención _____

Fecha _____

Cirujano _____

Enfermeras:

Acogida _____

Quirófano _____

URPA _____

LISTADO DE VERIFICACIÓN

	SI	NO	Observaciones
Comprobar pulsera identificación	☐	☐	_____
Canalización vía	☐	☐	_____
Administración antibiótico	☐	☐	_____
Colocación catéter epidural	☐	☐	_____
Monitorización CardioQ	☐	☐	_____
Manta térmica	☐	☐	_____
Hiperoxigenación en quirófano	☐	☐	_____
Sonda nasogastrica	☐	☐	_____
Drenaje	☐	☐	_____
Hiperoxigenación URPA	☐	☐	_____
Control dolor EVA	(1.....10)		



QUIRÓFANO



LISTA DE CHEQUEO

Es una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Su objetivo es reforzar las prácticas quirúrgicas seguras y crear una mejor comunicación y trabajo en equipo.

DATOS DEL PROCEDIMIENTO

Especialidad _____

Quirófano _____

Fecha: _____ Hora: _____

1º Apellido: _____

2º Apellido: _____

Nombre _____ nº Historia _____

Fecha nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA (enfermero y anestesiólogo)

- ☐ ¿Se ha confirmado con el paciente?:
 - Identidad
 - Procedimiento
 - Localización anatómica
 - Consentimientos
- ☐ Lugar del cuerpo marcado / no procede
- ☐ ¿Se ha verificado la seguridad de la anestesia?
 - Respirador
 - Intubación
 - Aspirador
 - Medicación
- ☐ ¿Se ha comprobado la monitorización?:
 - ECG
 - T/A
 - Pulsioxímetro
- ☐ ¿Se han verificado los equipos/materiales necesarios?:
 - Aparataje
 - Implantes
 - Instrumental
- ☐ ¿Se ha verificado?:
 - Tiempo de ayuno
 - Objetos metálicos, prótesis dentarias
 - Alergias conocidas
- ☐ ¿Se ha verificado?:
 - Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración/ No procede
 - Riesgo de hemorragia / No procede
- ☐ ¿Se ha comprobado la profilaxis antibiótica según protocolo?

Identificación y firma Anestesiólogo:

ANTES DE LA INCISIÓN DE LA PIEL

PAUSA (enfermero, anestesiólogo y cirujano)

- ☐ ¿Se ha confirmado que todos los miembros del equipo están presentes y preparados?
- ☐ Cirujano, anestesista y enfermero confirman verbalmente:
 - Identidad del paciente
 - Procedimiento
 - Localización quirúrgica
- Prevención de eventos críticos:*
- ☐ El cirujano revisa: ¿cuáles son los pasos críticos, la duración de la intervención y la pérdida de sangre prevista?
- ☐ El anestesiólogo revisa: ¿el paciente presenta algún problema que suscite preocupación?
- ☐ El enfermero revisa: ¿Se ha comprobado el embalaje, la caducidad e indicadores de esterilización?, ¿existen problemas relacionados con el instrumental y los equipos?
- ☐ ¿Se ha verificado la disponibilidad de las imágenes diagnósticas / No procede?

Identificación y firma Enfermero:

ANTES DE LA SALIDA DEL PACIENTE DEL QUIRÓFANO

SALIDA (enfermero, anestesiólogo y cirujano)

- ☐ El cirujano confirma verbalmente con el equipo:
 - Procedimiento realizado
 - Recuento de instrumentos, agujas y gasas.
 - Identificación y gestión muestras biológicas/No procede:
 - Identidad
 - Número
 - Impreso
 - Tipo
 - Destino :
 - Anatomía Patológica/Citología
 - Microbiología
 - Otros
- ☐ Se han notificado problemas con el material o equipo / No procede
- ☐ El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan el tratamiento y los cuidados del paciente

Identificación y firma Cirujano:

Incidencias

☐ Si

☐ No

☐ Retraso

☐ Suspensión

Relacionado con el paciente

☐ No higiene adecuada, afeitado

☐ No ha cumplido el ayuno

☐ Analítica alterada

☐ El paciente no se presenta

☐ Problemas con la intubación

☐ Desaparición de la indicación

☐ Patología ajena a la intervención

☐ Negativa a operarse

☐ Alérgico al látex

Relacionado con la documentación

☐ Falta la historia clínica

☐ Faltan pruebas de imagen

☐ Falta preoperatorio

☐ No tiene solicitada sangre

☐ Falta consentimiento quirúrgico

☐ Falta consentimiento anestésico

☐ Faltan otras pruebas diagnósticas

Relacionado con recursos humanos o materiales

☐ Hay una urgencia

☐ Falta cama en UCI

☐ Falta tiempo quirúrgico

☐ Falta material quirúrgico

☐ No hay prótesis

☐ No hay sangre

☐ Falta personal

☐ Falla equipo de anestesia

☐ Falla equipo quirúrgico

Relacionado con las órdenes médicas

☐ No medicación preoperatoria domiciliaria

☐ No profilaxis antibiótica

☐ Mantiene medicación

Otros

Comentarios



En este tipo de programa es fundamental manejar adecuadamente el peri e intraoperatorio (con ello conseguimos minimizar el dolor, el íleo y la inmovilización), los fluidos y realizar cirugía laparoscópica.

OPTIMIZACIÓN DEL PERI E INTRAOPERATORIO I

1. No premedicación
2. Salvo excepciones no hay preparación mecánica del colon
3. Profilaxis antibiótica
4. Profilaxis TEP

OPTIMIZACIÓN DEL PERI E INTRAOPERATORIO II

- 5. Cirugía mínimamente invasiva siempre que sea posible
- 6. Fluidoterapia intraoperatoria individualizada. Ajuste fluidos según volumen de eyección
- 7. Concentraciones altas de oxígeno en el perioperatorio

OPTIMIZACIÓN DEL PERI E INTRAOPERATORIO III

8. Evitar sobrecarga de líquidos en el periperatorio

9. Uso de anestésicos locales en las heridas quirúrgicas

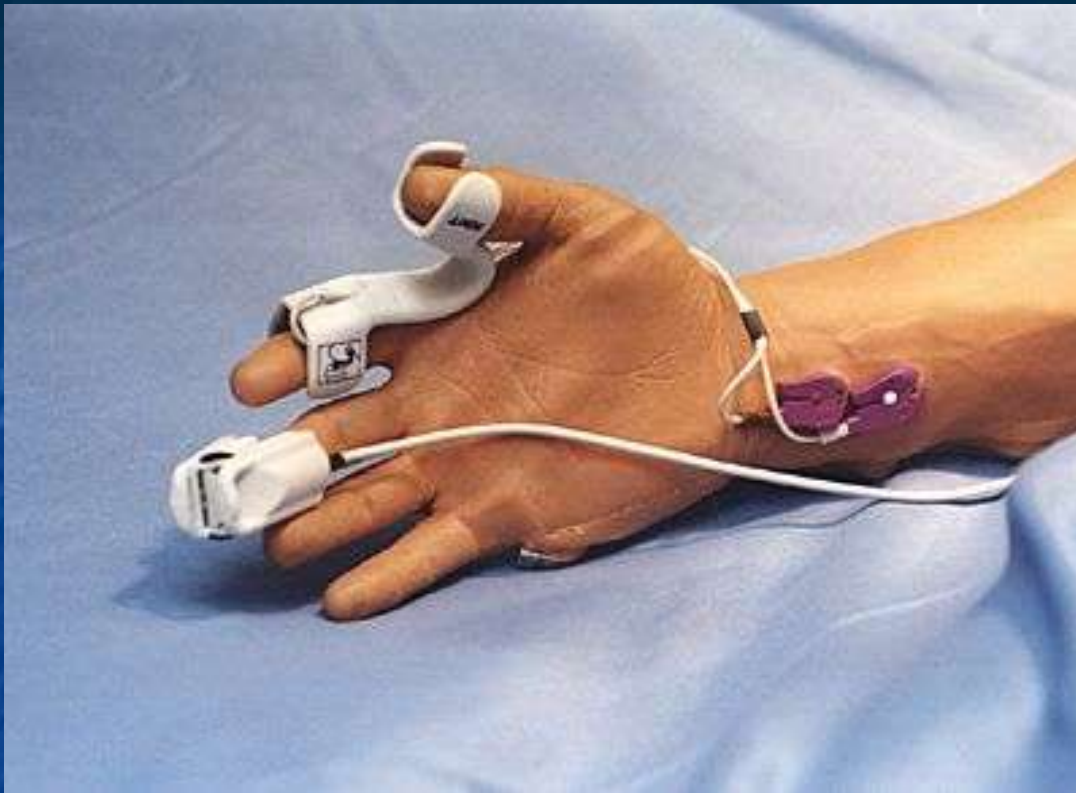
10. Evitar el uso rutinario de drenajes

11. Evitar el uso de sonda nasogástrica

Recepción y monitorización del paciente



- Frecuencia cardiaca
- Presión arterial
- Saturación de oxígeno
- Profundidad de hipnosis
- Relajación
- Balance de entradas y salidas
- Control de fluidos con eco-doppler (gasto cardiaco)
- Temperatura
- Diuresis



NEUROESTIMULADOR



BIS

SISTEMA MONITORIZACIÓN BIS VISTA

Es un sistema para
controlar el estado
hipnótico del cerebro
partiendo de la obtención
de señales del EEG

Anesthesia

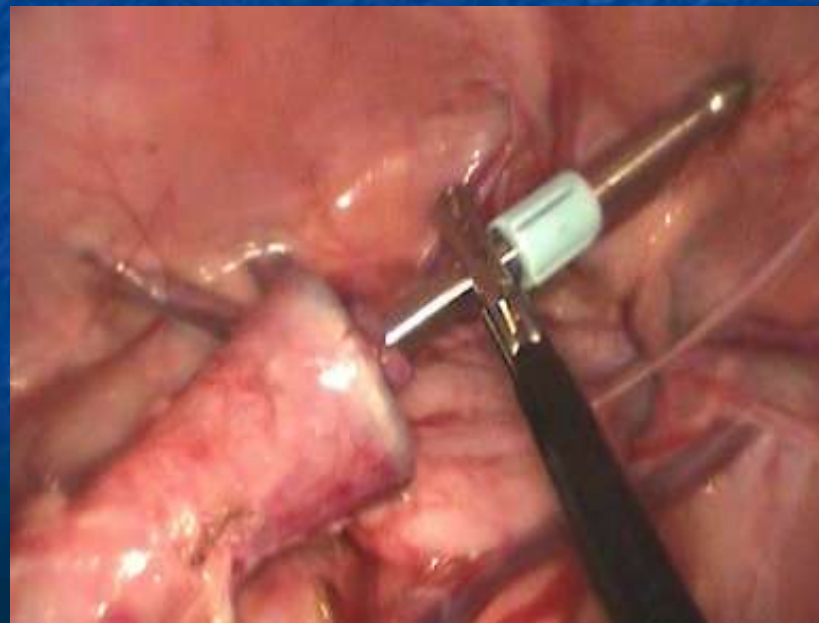


Patient Monitoring



CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

- Anestesia general
- No se recomienda catéter epidural
- Infiltración anestesia local puertos entrada
- Fluidoterapia intraoperatoria: control y balance
- Analgesia post-operatoria
- Profilaxis náuseas y vómitos



CIRUGÍA ABIERTA

- Anestesia combinada general-epidural
- Epidural T7-9 colon/T10-11 recto
- Fluidoterapia intraoperatoria (cardioQ)
- Profilaxis NVPO
- Analgesia post-operatoria



Colocación sonda cardio Q

Es la única tecnología que controla con precisión el flujo de sangre durante la cirugía optimizando la hemodinámica reduciendo así el riesgo de complicaciones.







Hiperoxigenación: oxígeno inspirado a altas concentraciones mejorando la oxigenación intramural reduciéndose el riesgo de infección de la herida, náuseas y vómitos post-operatorios

Sondaje vesical

Colocación medias de compresión gradual

Sonda nasográstrica

Colocación del paciente

La posición operatoria en coloproctología es importante desde tres puntos de vista:

1. Correcto abordaje quirúrgico y exposición adecuada

2. Requerimiento anestésico y mantenimiento de la vía aérea

3. Complicaciones potenciales relacionadas con la posición



COMPLICACIONES

Lesiones por estiramiento o compresión de nervios periféricos

Tromboembólicas

Hemodinámicas

DECÚBITO SUPINO (CIRUGÍA ABIERTA DE COLON DERECHO Y TRANSVERSO)

Brazos sujetos al cuerpo
o en abducción

Evitando la hiperextensión
plexo braquial

Almohadillar zonas de presión

Extremidades superiores

Extremidades inferiores

Sujeción del paciente

Correa seguridad

Accesorios mesa
quirúrgica



Posición Lloyd-Davies (colon izquierdo y recto)

Paciente decúbito supino

Brazos separados
cuerpo

Caderas casi
en extensión

Rodillas
flexionadas
45°

Evitar
hiperabducción

Perneras de bota tipo Allen



Superficie revestida
material blando

Sujetas
bandas
ajustables

Apoyo completo
planta pie

Modificar la posición
intraoperatoriamente
de forma sencilla

Se pueden
subir o bajar
las piernas de
forma
simultánea





Mantenimiento temperatura corporal

La hipotermia perioperatoria se define como la temperatura corporal por debajo de 36°C . La temperatura mínima que debe de tener un paciente en quirófano es de $36,5^{\circ}\text{C}$. En una anestesia general la temperatura corporal puede bajar hasta los 35°C . La hipotermia es una complicación frecuente y previsible dentro de la cirugía.

Mantenimiento normotermia:

- Administración líquidos intravenosos entre 38°-40°C
- Uso mantas térmicas



1. Arropan completamente al paciente
2. Se pueden programar

Prevención



Naúsea y vómito



Dolor



Infección herida
quirúrgica

Magnitud del problema (SSI)

- Hoy en día la infección del sitio quirúrgico (SSI), anteriormente denominada infección de herida quirúrgica es la tercera infección nosocomial más frecuente (14-16%) y la primera entre los pacientes quirúrgicos 38%. La causa del 77% de los fallecimientos de pacientes quirúrgicos con SSI se puede atribuir a dicha infección.
- Cada SSI supone un incremento medio de 7,3 días de estancia postoperatoria, estos datos justifican el interés en controlar y disminuir en lo posible la tasa de infecciones.

Intervención quirúrgica

- Cirugía laparoscópica
- Cirugía abierta

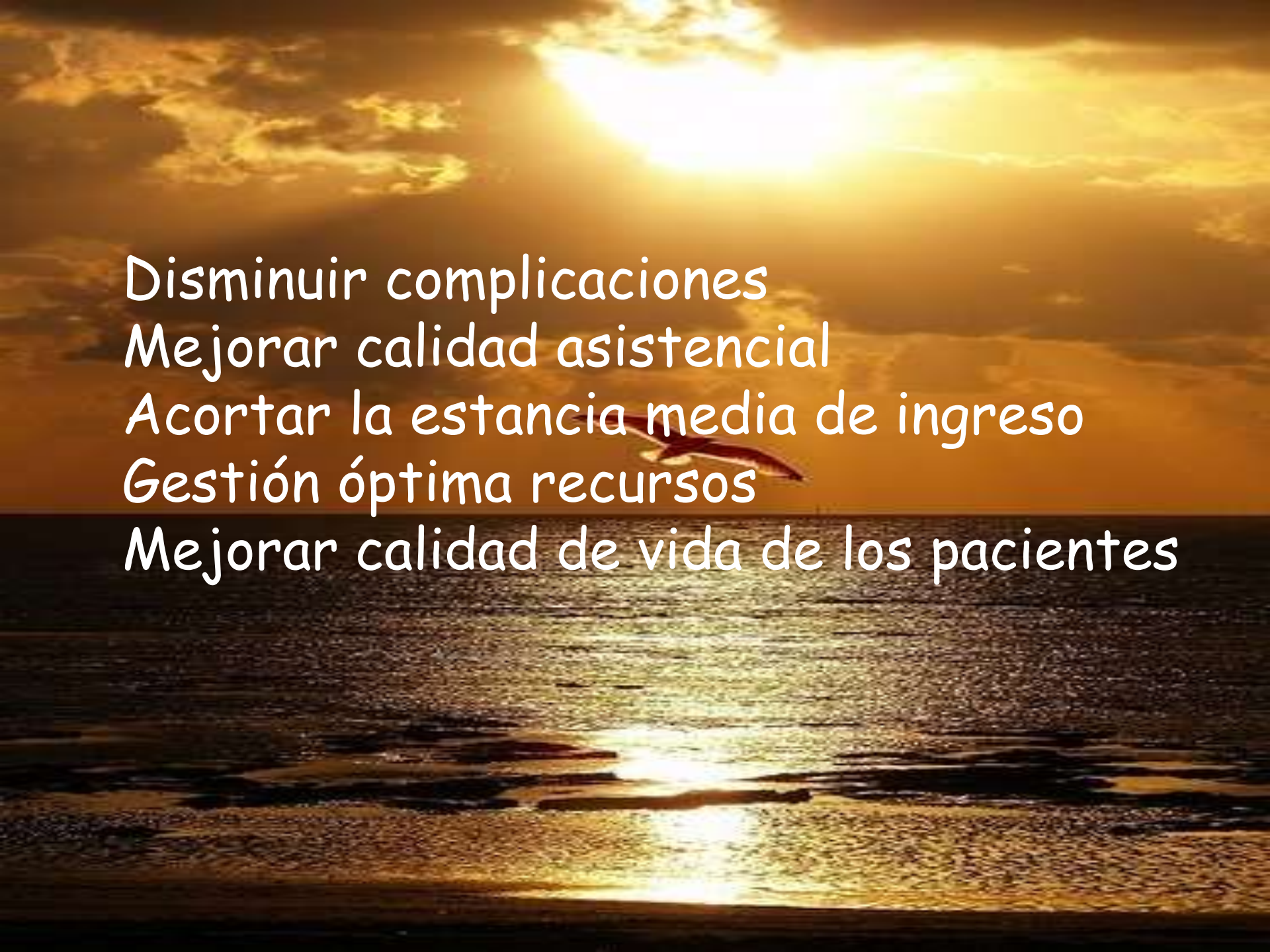


Es aconsejable realizar abordajes laparoscópicos ya que se ha demostrado que tienen menor morbilidad, periodo de convalecencia y reducción de la estancia hospitalaria



URPA

1. Confort paciente: posición adecuada
2. Saturación oxígeno
3. Mantener temperatura corporal
4. Vigilar nivel de consciencia y dolor
5. Constantes vitales
6. Control vía de perfusión
7. Revisión apósito quirúrgico y drenajes
8. Diuresis
9. Evitar riesgo de náuseas y vómitos

A sunset over the ocean with a seagull in flight. The sun is low on the horizon, casting a golden glow across the sky and reflecting on the water. A seagull is captured in mid-flight, its wings spread, against the bright light of the setting sun. The water is dark with shimmering highlights from the sun's reflection.

Disminuir complicaciones
Mejorar calidad asistencial
Acortar la estancia media de ingreso
Gestión óptima recursos
Mejorar calidad de vida de los pacientes



GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN