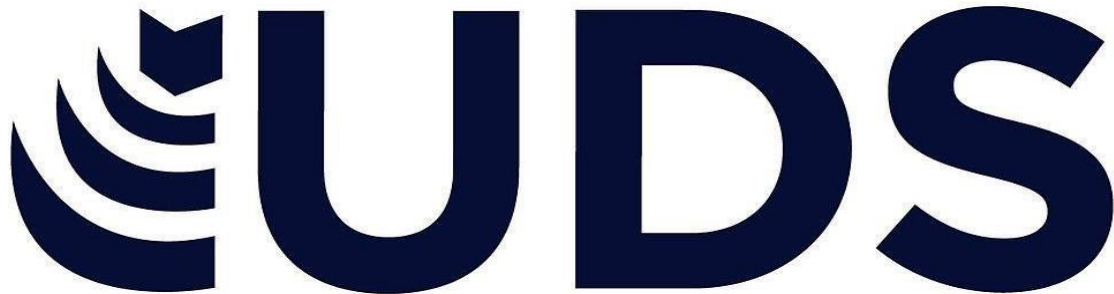


LICENCIATURA EN  
ENFERMERIA



**Estudiante:** Bautista Molina Gabino Gabriel

**Matèria:**

ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA I

**Maestro:**

AMBAR JAQUELINE ALCAZAR CANCINO

**Grado:**

5ER CUATRIMESTRE

**Fecha:**01/04/2

# Fase Postoperatoria

Transcurre desde que el paciente sale de la sala y llega a piso u hospitalización. La enfermera realiza una serie de acciones encaminadas a que el paciente recupere su función.

## Posoperatorio inmediato

Lapso que va desde que el paciente abandona la sala quirúrgica y permanece en el área blanca (recuperación o posoperatorio) hasta que se decide su traslado a piso u hospitalización, toda vez que sus constantes vitales se encuentren estables.

## Posoperatorio mediato

Durante este periodo el paciente es trasladado a piso u hospitalización, para de ahí ser dado de alta una vez que se observe franca recuperación. En cualquiera de los tres momentos descritos, la enfermera tiene una trascendental participación para la preparación del paciente que se somete a cirugía.

## OBJETIVOS

- Proporcionar asistencia experta e inmediata.
- Restablecer el equilibrio fisiológico del paciente.
- Realizar una valoración inicial que permita conocer el estado actual del paciente.
- Mantener los signos vitales dentro de parámetros normales.
- Prevenir complicaciones durante la estancia del paciente.
- Evitar iatrogenias.

## Sala de recuperación postanestésica (SRPA)

**PAPEL Y FUNCIÓN DE LA SRPA** La SRPA es un área especializada diseñada para atender a los pacientes durante el periodo posquirúrgico inmediato.

En algunos hospitales, en particular en los centros para cirugía ambulatoria, la SRPA suele dividirse en un área de fase 1 y otra de fase 2

## CARACTERÍSTICAS DE DISEÑO DE SRPA

La mayor parte de las SRPA, en particular las de hospitales grandes y para atención de tercer nivel (o referencia), funge como áreas independientes con personal propio dentro del medio del área quirúrgica y atienden a pacientes que se sometieron a procedimientos quirúrgicos diversos bajo técnicas para anestesia distintas. En hospitales pequeños, donde sólo se cuenta con uno o dos quirófanos, y por lo general llevan a cabo procedimientos quirúrgicos menos complejos, el personal debe tener habilidades múltiples que les permitan desempeñarse en todas las actividades perioperatorias.

## Las tres características de diseño más importantes de una SRPA son:

1. Proximidad a los quirófanos o salas de procedimientos.
2. Contar con un área abierta que permita la observación del paciente sin presentar obstrucción.
3. Disponibilidad de equipo básico para monitoreo y reanimación a fin de cubrir las necesidades de la población quirúrgica a la que atiende.

## Requerimientos de equipo

La distribución dentro de la bahía para cada cama en SRPA debe estandarizarse, y los instrumentos que se utilizan de manera regular deben estar disponibles en cada espacio, en tanto el equipo básico y de atención de urgencia debe ubicarse en un punto central dentro de la sala, para permitir el acceso rápido al mismo.

## TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DESDE EL QUIRÓFANO A LA SALA DE RECUPERACIÓN

Los pacientes que se transportan a la SRPA a partir del quirófano o de la sala de procedimientos siempre deben ir acompañados de un anestesiólogo, un miembro del personal de enfermería y un camillero. Esto reafirma la vigilancia y la transferencia seguras del paciente, y reduce al mínimo los riesgos del personal durante la movilización manual del paciente. Se le debe vigilar de manera continua durante la transferencia, porque con frecuencia durante este periodo se presentan complicaciones como apnea, obstrucción respiratoria, hipoxia o vómito.

## Entrega del paciente

Los miembros del personal que transportan al paciente desde el quirófano hasta la SRPA deben tener conocimiento sobre la condición del enfermo, sus antecedentes e intervenciones realizadas durante la anestesia y la cirugía, con el objetivo de permitir una entrega integral de la atención a la enfermera en la SRPA, quien dará inicio a los cuidados posquirúrgicos.

## TRATAMIENTO DEL PACIENTE EN LA SALA DE RECUPERACIÓN

### Asistencia inicial del paciente en la sala de recuperación

Es necesario que un miembro del personal de anestesia permanezca con el paciente hasta que la enfermera asignada a la SRPA esté disponible para recibir la entrega, se haga cargo de los cuidados del paciente, y se encuentre satisfecha en cuanto a la estabilidad de la condición del mismo. Durante la recepción del paciente, las enfermeras de la SRPA deberán colocarse de inmediato a la cabecera de la camilla, de preferencia detrás de la misma y del paciente, con el objetivo de tener un acceso fácil y rápido a la vía aérea y al equipo de urgencia, como el necesario para la oxigenación y la ventilación, que suele encontrarse montado en la pared. Se lleva a cabo una valoración inicial de la vía aérea, la respiración y la estabilidad de coloración del paciente (ABC), y si es evidente que el individuo no tiene capacidad para mantener su propia vía aérea, la enfermera debe permanecer con él y dar apoyo a la ventilación.

## registro de los signos vitales, que incluyen:

- Frecuencia respiratoria
- Saturación de oxígeno
- Frecuencia del pulso
- Presión arterial • Temperatura
- Gasto urinario Otros datos incluyen el nivel de conciencia del paciente y, cuando existe indicación, el monitoreo del ritmo cardiaco y su registro continuo.

## Valoración de la vía aérea y la respiración

La atención de la vía aérea y la respiración constituye una prioridad durante la valoración inicial de paciente, y debe continuarse vigilándose durante su estancia en la SRPA.

- Observar
- Escuchar
- Palpar

## Vigilancia de la vía aérea y la función respiratoria

De manera independiente a la observación visual del paciente, se lleva a cabo el monitoreo no invasivo de la saturación arterial de oxígeno, utilizando un oxímetro de pulso.

## La valoración de la circulación incluye:

- Frecuencia cardiaca
- Presión arterial
- Piel y tejidos periféricos (p. ej., manos y pies)
- Nivel de conciencia

## Frecuencia cardiaca

La frecuencia cardiaca puede vigilarse utilizando el oxímetro de pulso o el ECG, aunque es preferible palpar el pulso del paciente, porque permite la valoración de su intensidad y la detección de cualquier irregularidad.

## Presión arterial

La presión arterial suele medirse utilizando equipo no invasivo, ya sea por medios manuales o con un instrumento automático.

## Nivel de conciencia

La valoración de la emergencia (despertar) del paciente de la anestesia general, y su conciencia de sí y del medio circundante, requiere vigilancia estrecha; también constituye un indicador excelente de la suficiencia relacionada con el ABC y la función neurológica.

## Control de temperature

Si bien es una práctica común estar pendiente de los signos vitales como la presión arterial y el pulso con frecuencia se pasa por alto la vigilancia de la temperatura del paciente.

## Medición de la temperatura

La medición de la temperatura del paciente puede llevarse a cabo utilizando termómetros timpánicos, axilares o bucales; estos últimos pueden no resultar prácticos debido al uso de equipo para la vía aérea, y podrían producir una lectura más baja respecto de otras opciones.

## COMPLICACIONES POSTANESTÉSICAS Complicaciones en la vía aérea y la respiración

El efecto de los agentes anestésicos y los fármacos relajantes es la depresión del sistema nervioso central, lo cual podría causar complicaciones posanestésicas que ponen en riesgo la vida.

## Obstrucción causada por la lengua

Cuando la reversión del efecto de los relajantes musculares no es completa, éstos pueden afectar los músculos de la faringe o la lengua y hacer que esta última caiga hacia atrás, hacia la pared posterior de la bucofaringe, y obstruya la vía respiratoria superior, sobre todo en pacientes en posición supina.

## Obstrucción por secreciones

Las vías respiratorias superiores también pueden obstruirse por la presencia de secreciones como moco, sangre o vómito. Los signos y síntomas de este fenómeno incluyen sonidos ruidosos, de gorgoteo y ahogamiento, tos, respiración irregular, disminución en las lecturas de saturación de oxígeno y cianosis de inicio rápido.

## Broncoespasmo

El broncoespasmo es una obstrucción de la vía respiratoria inferior debida a la contracción de los conductos bronquiales en respuesta a la aspiración de contenido gástrico o secreciones, por aspiración faríngea, o liberación de histamina secundaria a una respuesta alérgica a los medicamentos utilizados durante o después de la anestesia. El broncoespasmo se caracteriza por sibilancias espiratorias y la utilización de los músculos accesorios de la respiración.

## Reversión inadecuada de los relajantes musculares

La valoración inicial de algunos pacientes después de la anestesia revela que respiran con debilidad y poca profundidad.

## Complicaciones cardiovasculares

Hipotensión La hipotensión en el periodo posoperatorio inmediato es frecuente y puede deberse a varios factores:

1. Pérdida sanguínea
2. Hipoventilación.
3. Cambios de posición.
4. Acumulación de sangre en las extremidades.
5. Agentes anestésicos.
6. Narcóticos.

## Hemorragia

Una de las causas de hipotensión es la hemorragia, que puede presentarse en cualquier momento durante el periodo perioperatorio y puede poner en riesgo la vida si no se trata con rapidez y de manera efectiva.

## Control del dolor en el periodo posoperatorio

El control del dolor es un componente vital de la evolución exitosa del paciente quirúrgico. El logro de un alivio absoluto y completo del dolor en el periodo posoperatorio no suele ser factible, de manera que el término alivio 'óptimo' del dolor describe mejor las metas en la SRPA cuando se administra analgesia a los pacientes.

## Intervenciones farmacológicas

Los medicamentos que pueden utilizarse para el alivio del dolor en el periodo posoperatorio inmediato incluyen opioides, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y anestésicos locales, así como diversos tratamientos coadyuvantes (p. ej., antidepresivos) y otros fármacos usados para el control de los efectos colaterales relacionados con la analgesia. Los medicamentos pueden administrarse por vía oral, subcutánea, intramuscular, IV, epidural, intratecal, rectal, transdérmica, transmucosa o por inhalación/aspiración intranasal.

## Opioides

Los opioides IV constituyen el 'estándar de oro' para el alivio del dolor agudo e intenso en el periodo posoperatorio inmediato, debido a su inicio de acción rápido y su eficacia.

## Cuidado del paciente después de la infiltración anestésica local

Una técnica de uso común entre los cirujanos, cuando se requiere un anestésico local de duración corta para facilitar un procedimiento menor, es la infiltración de un anestésico local (p. ej., bupivacaína) en y en torno al sitio quirúrgico, para que actúe sobre las terminales nerviosas.

## Cuidado del paciente después de la anestesia regional Las técnicas para anestesia regional implican la inyección de anestésicos locales en cualquier sitio de la trayectoria de un nervio, lo cual permite la anestesia de la región del cuerpo que inerva esa estructura, y sin la pérdida de la conciencia. Por lo general, el anestesiólogo los aplica antes o durante la cirugía.

## Bloqueo nervioso periférico

Un método diseñado para prolongar los beneficios del bloqueo nervioso regional (periférico) es la venoclisis continua local.

## Cuidado del paciente después de bloqueos nerviosos centrales

Los bloqueos nerviosos centrales hacen referencia a la administración de anestésico local y otros fármacos dentro del espacio subaracnoideo o epidural, para impedir la transmisión de impulsos a lo largo de los nervios, al tiempo que salen de la médula espinal y se logra que áreas grandes de la porción inferior del cuerpo pierdan su sensibilidad (de ahí la utilización frecuente del término 'bloqueo').

## Analgesia epidural

La utilización de anestesia epidural para facilitar la cirugía. Además de facilitar la cirugía, la vía epidural se reconoce como una de las opciones más efectivas para permitir la analgesia posquirúrgica como parte de una estrategia multimodal.

## Bloqueo subaracnoideo

La utilización de bloqueo subaracnoideo para facilitar la cirugía. La inyección directa de una dosis única del anestésico local (p. ej., bupivacaína) dentro del espacio subaracnoideo produce una pérdida completa de la función motora de las extremidades inferiores, y la pérdida de la sensibilidad en las zonas que se encuentran por debajo del sitio de la inyección y la porción inferior del abdomen, situación que facilita la cirugía.

## Otras estrategias para el control del dolor Analgesia oral

Los analgésicos orales suelen ser poco prácticos durante el periodo posoperatorio inmediato mientras los pacientes se recuperan de la anestesia general, debido a que estos últimos no son capaces de recibir medicamentos por esta vía.

## Analgesia multimodal

La analgesia multimodal hace referencia a la utilización concomitante de varias clases de analgésicos, cada uno de los cuales tiene acción en distintos sitios y distintas vías para el alivio del dolor.

## Medidas no farmacológicas y de bienestar

Además de las medidas farmacológicas, la enfermera en la SRPA puede iniciar otras que no son farmacológicas y para el bienestar.

## Náuseas y vómito posoperatorios

Las náuseas y el vómito posoperatorios (NVPO) son eventos posanestésicos que pueden esperarse y que pueden ser muy estresantes y ser dañinos para los pacientes. Las NVPO tienen causas múltiples, que incluyen el movimiento del paciente, los efectos colaterales de anestésicos tales como opioides óxidos nitrosos, la estimulación quirúrgica o del nervio vago, el dolor y la hipotensión.

## Drenajes

Los drenajes se colocan con frecuencia durante la cirugía para proporcionar una vía que permita la eliminación de sangre, linfa, secreciones intestinales, bilis, material purulento, aire u orina a partir del sitio quirúrgico. Los drenajes pueden aplicarse con fines profilácticos o terapéuticos.

## Drenajes pasivos

Los drenajes pasivos recurren a la gravedad y a la acción capilar para desplazar los líquidos indeseables fuera del sitio quirúrgico.

## Drenajes activos

Los drenajes activos se conectan a una fuente externa de vacío para producir una presión negativa dentro de la herida.

## Succión cerrada

Los sistemas para drenaje cerrados, como los drenajes de Jackson-Pratt o el hemovac, son unidades para drenaje estériles con autorregulación.

## Drenajes especiales

En el sistema para drenaje con tubo en T, este último es de material blando de látex que se inserta dentro del colédoco, lo que permite que la bilis salga

## Drenaje de orina

Una sonda vesical o un catéter uretral permiten el drenaje continuo desde la vejiga o los riñones durante y después un procedimiento quirúrgico.

## Descompresión gástrica

Es posible utilizar una sonda nasogástrica a manera de drenaje para permitir la salida de aire o líquidos desde el estómago. Se usa para drenar el contenido gástrico, con lo que se previene la broncoaspiración.

## REGISTRO Y ALTA

El registro preciso y oportuno de la condición de los pacientes durante su estancia en la SRPA es vital con el objetivo de vigilar su evolución, permitir la detección temprana de complicaciones, valorar si se encuentran listos para egresar de la SRPA, y facilitar la continuación de su atención después del alta.

## Transferencia del paciente a piso o a otro nivel de atención

Una vez que la condición del paciente es estable y se cubren los criterios para el egreso, el protocolo local determina si el personal del servicio o el personal de la SRPA debe acompañar al paciente al área de hospitalización o a la sala de recuperación de fase 2. De manera independiente al protocolo local, debe llevarse a cabo una transferencia completa de los cuidados del paciente entre el personal de enfermería, de tal manera que se mantenga la continuidad de los mismos.