

ETAPA TRANS OPERATOR



Lic. Haydee Baez

ETAPA TRANS OPERATORIA

ETAPA TRANSOPERATORIA

Comienza cuando el paciente entra en el quirófano y termina cuando ingresa en el área postanestésica, es decir, en la unidad de recuperación postanestésica o en la unidad de reanimación.



ETAPA TRANS OPERATORIA

SE LLEVA A CABO:

- Lavado quirúrgico.
- Uso de uniforme quirúrgico.
- Colocación bata quirúrgica.
- Colocación de guantes estériles



CLASIFICACIÓN DEL EQUIPO QUIRÚRGICO



ESTÉRIL

- Cirujano
- Ayudantes del cirujano
- Instrumentista



NO ESTÉRIL

- Anestesiólogo
- Circulante
- Otros



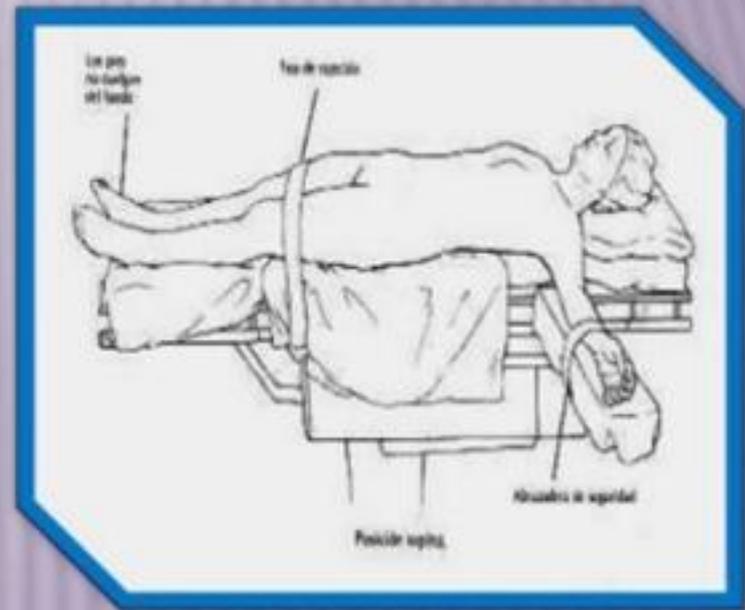
**ACTO
QUIRURGICO**

Es una serie de maniobras manuales e instrumentales en el organismo de un enfermo para dar un tratamiento quirúrgico.



1º POSICION OPERATORIA

Se llaman posiciones operatorias a las actitudes y formas en que se colocan el enfermo y la mesa de operaciones.



ATRAS

2º ASEPSIA DE LA PIEL

**Se intenta conseguir que el
sitio quirúrgico esté del
todo libre de
microorganismos
transitorios y residentes.**



ATRAS

3º DIERESIS

Se llama diéresis al acto de penetración a través de los tejidos con la finalidad de obtener la curación de una enfermedad.



ATRAS

4º OPERACIÓN PROPIAMENTE DICHA



Se puede realizar exéresis, que consiste en la extirpación o ectomía de un órgano o de una parte.

ATRÁS

5º SINTESIS

Terminada la operación propiamente dicha, se realiza la reunión de los tejidos seccionados o síntesis para cuya ejecución se utilizan agujas.



PRINCIPIOS DE ASEPSIA QUIRÚRGICA

ENFERMERA CIRCULANTE

(no estéril, no entra nunca en el campo quirúrgico)

- Procurar bienestar y seguridad al paciente
- Control del medio
- Surtir de material
- Coordinar el resto de personal necesario



ENFERMERA INSTRUMENTISTA

(estéril)

- Preparación de mesas y material
- Proveer todo el material necesario
- Revisar al finalizar el equipo y material "recuento"

Es responsabilidad del personal acatar los principios asépticos para reducir el riesgo de infección

ETAPA TRANS OPERATORIA

Lavado quirúrgico de manos

Es el procedimiento de reducir el mayor número de microorganismos patógenos de manos al tercio inferior del brazo, por medio de movimientos mecánicos y desinfección con productos químicos ante de practicar una intervención quirúrgica

RESPONSABLE

Anestesiólogo

Cumple una función integral en el manejo del paciente en todas sus facetas: preparación, manejo del dolor (agudo y crónico) en la recuperación postanestésica y en cuidado crítico.

Anestesista:

Es un enfermero licenciado calificado, un dentista o un médico que administra anestésicos.



Nota: No debe estar vestido en forma aséptica.

Actividades durante la inducción de anestesia

- ❑ Sostener al paciente para mantener una posición y evitar lesiones o caídas
- ❑ Guardar silencio hasta que el paciente quede anestesiado



❑ Colocar bandas de sujeción



❑ Ayudar al anesthesiólogo a conectar dispositivos de vigilancia y proporcionar material para inducción de anestesia



Enfermera Circulante



- Protege la seguridad del paciente
- Controla las condiciones del quirófano
- Coordina al personal en el quirófano
- Verifica el perfecto estado del equipo
- Supervisa las prácticas de asepsia
- Documenta las actividades



Las Principales Funciones de La Enfermera Circulante Son:



- Verificar el tipo de intervenciones, con el objetivo de disponer de todo lo necesario
- Preparar el quirófano preparando todos los instrumentos necesarios
 - (electro bisturí, mangueras de succión)
 - Preparar la mesa de operaciones
- Reunir y acomodar lo que se van a utilizar en la operación, así como para el lavado de manos y el vestuario quirúrgico
- Recibir al paciente, con su HC y exámenes
- Comprobar que no lleva anillos, pulseras (objetos metálicos), lentes de contacto ni prótesis dentarias
- Colaborar en la colocación del paciente en la mesa de operaciones
- Colaborar con el anestesiólogo en la inducción anestésica





■ Ayudar a vestirse a la enfermera instrumentista, cirujanos y ayudantes

■ Recoger el material de desecho de la intervención, evitando su acumulación

■ Encargarse de recoger muestras para análisis, procediendo a su etiquetado y disponiendo su envío al laboratorio

■ Colaborar con la enfermera instrumentista en el recuento de gases, compresas y demás elementos en la última parte de la intervención.

■ Colaborar en la finalización de la operación, colocando apósitos externos, fijando drenajes y sondas, etc.

■ Colaborar en la colocación del enfermo en la camilla y en su traslado a la zona de recuperación

■ Preparar el quirófano para las sucesivas operaciones



CUIDADOS DE ENFERMERIA

TEMOR/ANSIEDAD r/c:

- Entorno extraño
- Procedimientos previos a la anestesia
- Percepción entorno quirúrgico
- Retraso sobre el horario previsto



RIESGO DE LESIÓN r/c:

- Disminución del nivel de conciencia
- Postura quirúrgica
- Equipos eléctricos e instrumental quirúrgico

RIESGO DE ASFIXIA r/c:

- Aspiración de moco y saliva

RIESGO DE INFECCIÓN r/c:

- Destrucción de la barrera cutánea
- Técnicas invasivas y semiinvasivas

COMPLICACIONES POTENCIALES

CARDIOVASCULARES:

Shock hipovolémico (Ej.: por pérdida de mucha sangre)

Shock anafiláctico (por cualquier tipo de reacción a los anestésicos)

Sobrecarga circulatoria (aumento de líquidos: falla la eliminación!)

Hipotensión (es un signo de alarma muy importante en un paciente posquirúrgico puede ser por muchas causas)

RESPIRATORIAS

Parada respiratoria

Edema de laringe, laringoespasmos



METABÓLICAS/INMUNITARIAS

Reacción alérgica

Hemólisis

Hipertermia maligna

URINARIAS

Sobredistensión abdominal

Retención urinaria

Movilización del paciente

La posición del paciente en la mesa de operaciones la elige el cirujano junto con el anestesiólogo. La colocación del enfermo en la mesa de operaciones es responsabilidad del enfermero



Pautas para la Movilización

Revisar que la mesa esté frenada (también la cama) y en la posición elegida

Disponer en el momento de colocar al paciente del personal necesario y saber el número necesario.

Comprobar el buen funcionamiento del aparataje y dispositivos a emplear

Contar siempre con el consentimiento del anestesiólogo a la hora de hacer el traslado. (como mínimo cuatro personas para realizar la movilización)

No dejar ninguna parte del cuerpo sobre la mesa sin protección

Manejar con suavidad las articulaciones (una abducción de un miembro más de 90° puede producir lesiones)

Mantener la alineación de cuello y columna

Los movimientos deben de ser lentos y premeditados, para permitir el ajuste del sistema circulatorio y evitar causar lesiones y accidentes.

Proteger acolchando todas las prominencias óseas

Trabajar en equipo, alguien tiene que dirigir toda la maniobra en el traslado del paciente



Enfermera Instrumentista

I Lavado quirúrgico

I Preparar el quirófano con el material estéril

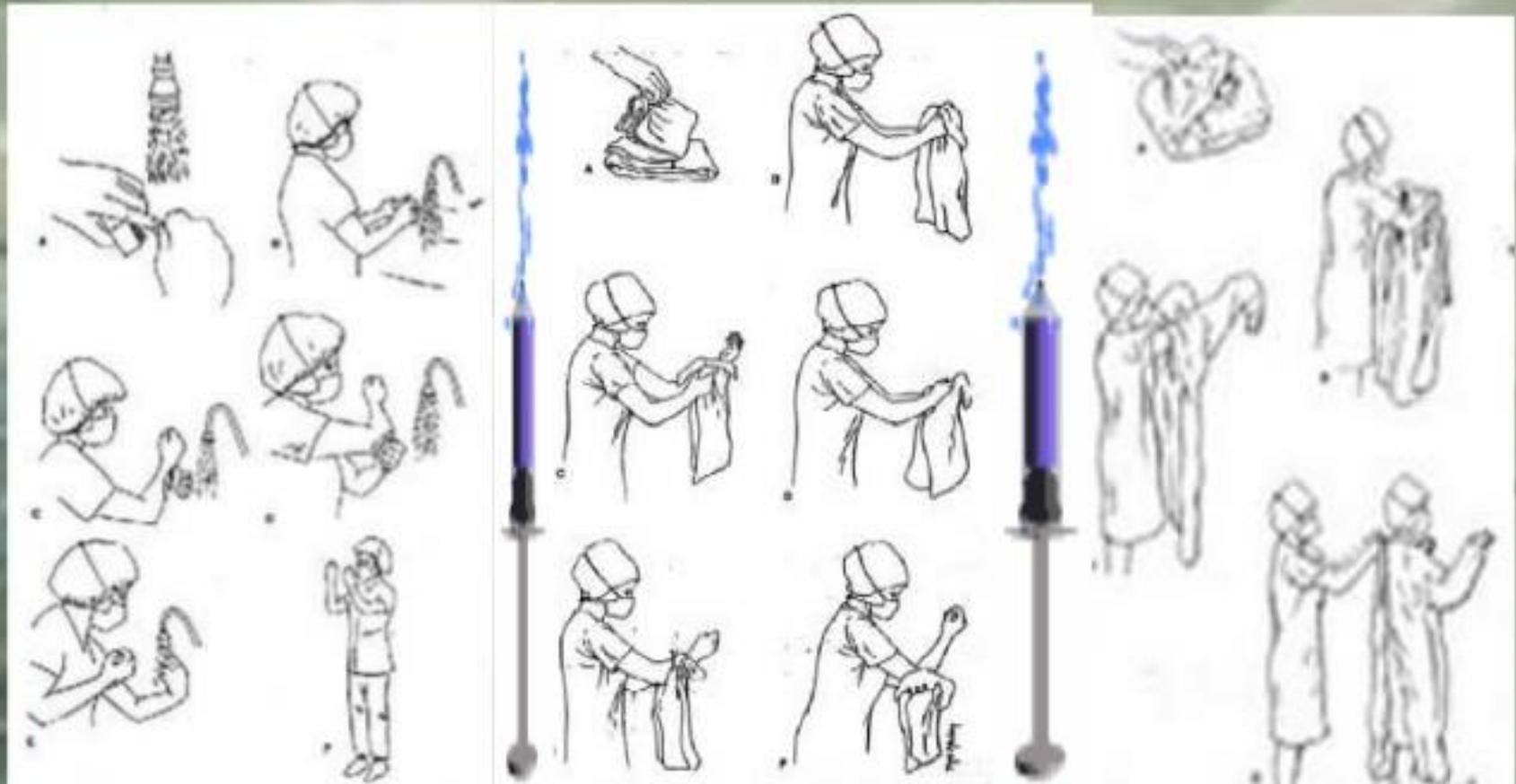
I Facilitar material al cirujano

I Facilitar el instrumental

I Revisión y control final



FUNCIONES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA



Auto preparación de la Instrumentista

Secado de Manos con técnica aseptica

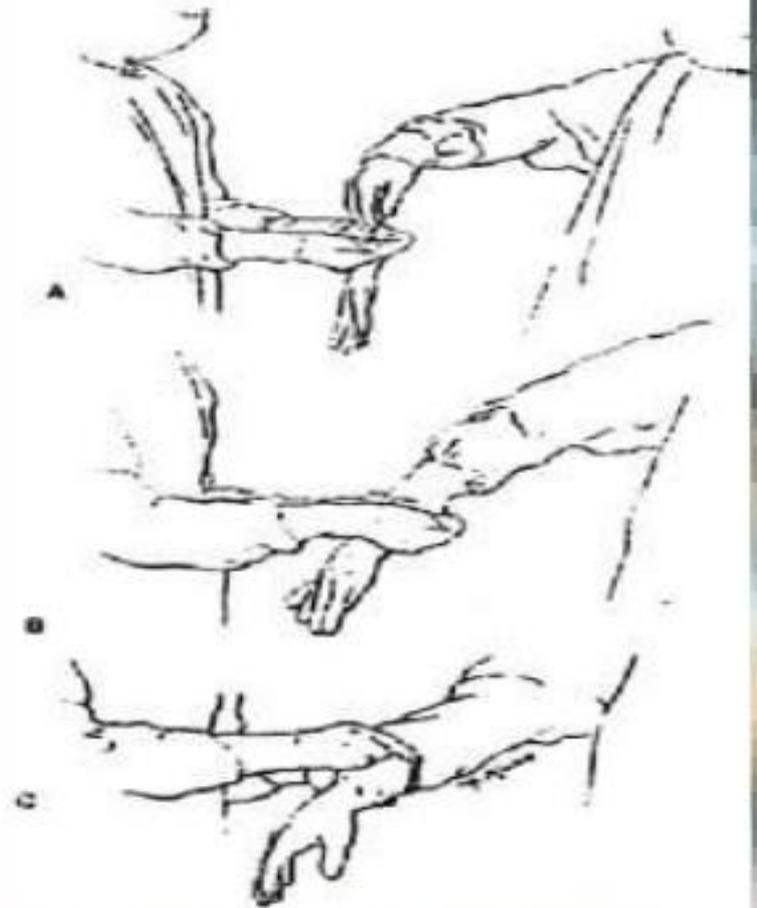
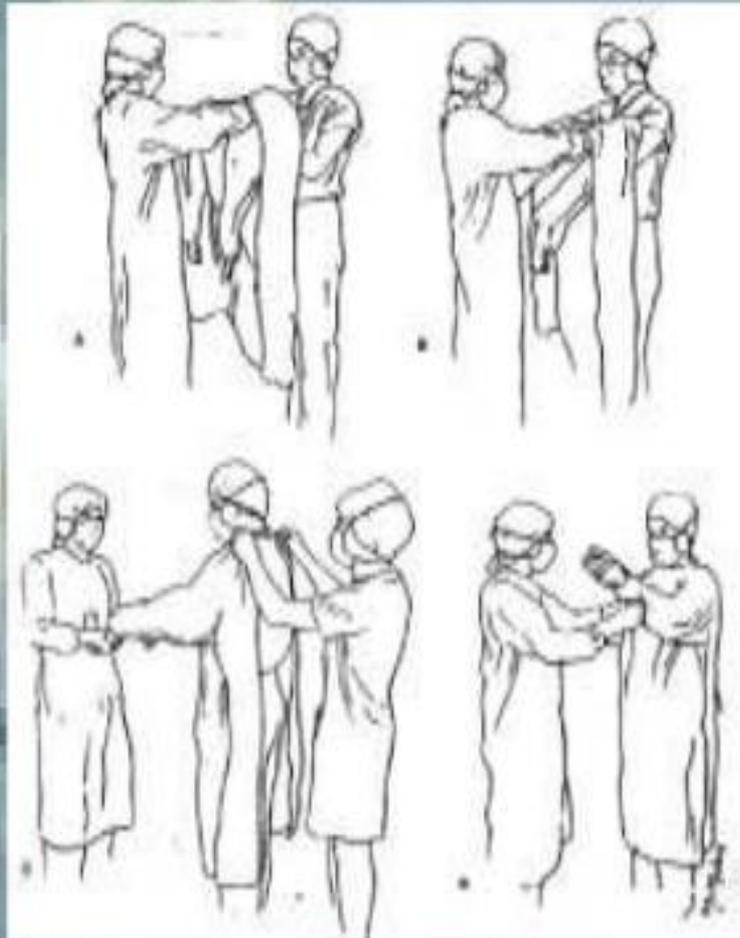
Colocación de Bata Estéril



**Colocación de guantes y
vestimenta de mesa de
mayo y mesa media luna**

**Ordenamiento
de las pinzas
necesarias
para la
operación**





Ayuda a colocar los mandiles
y guantes estériles: Cirujanos
y Ayudantes

Enfermera instrumentista
calzando guantes al
cirujano



**Asepsia del
lugar de la
incisión**



**Colocación de
campos
quirúrgicos**

PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO



El propósito de la preparación preoperatoria de la piel es lograr un área quirúrgica libre de suciedad, grasa, bacterias patógenas y reducir a l mínimo la población microbiana saprófita.

Si la preparación se realiza con el paciente despierto se le explicará el procedimiento.

Protocolo establecido en el hospital

Mesa estéril con guantes y gasa estéril. Povidona yodada jabonosa.

Desde el ombligo de manera circular hacia fuera

Hacerlo desde arriba hacia abajo

Con gasas o compresas secamos de la misma manera

Pintando con povidona yodada de la misma manera, llegando hasta los laterales (las gasas y lavado del ombligo y asepsia se hace con una gasa a parte)

Los casos de pintar el pubis se hace primero que el abdomen y dejamos para final siempre la zona del pubis.

PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO





Fijación de campos con Pinzas



Ayuda a colocar el electrocauterio y el tubo de aspiración. Ambos deben clamparse al campo quirúrgico próximo al cirujano

2005.02.10





La función primordial de la Instrumentista durante el procedimiento consiste en:



1 Escuchar los pedidos del cirujano

2 Anticiparse a las necesidades de instrumentos

3 Depositar las gasas sucias en el depósito aséptico

4 Manipular el instrumento lo menos posible

5 Pasar el instrumento u otro elemento de manera apropiada; de modo tal que el cirujano no tenga que apartarse del campo operatorio.

6 Ayuda al cirujano a reparar tejidos, cortar suturas, evacuar líquidos o secar la herida cuando se requiere

7 Recuento de gasas, instrumental, agujas y otros en forma ordenada antes, durante y después de la operación.

MESA PARA INSTRUMENTAR



Las personas estériles se mantienen cerca de los campos estériles y lejos de las zonas no estériles

Las mesas y los campos estériles sólo se consideran estériles en la superficie

Apertura y manipulación correcta de todo el material

Mantener las superficies de paquetes y mesas siempre secas

Hay que colocar el instrumental ordenado y siguiendo una secuencia, que es:
1. Corte 2. Disección 3. Hemostasia 4. Pinzas especiales

TOMA DE MUESTRAS



Nunca entregue muestras colocadas sobre una gasa quirúrgica, puede ser desechada y provocar una confusión en el recuento

Todo tejido o material extraño que provenga del organismo del paciente durante la cirugía debe ser enviado a anatomía patológica para su examen

Si se obtiene más de una muestra, cada una debe ser colocada en un recipiente debidamente identificado

Ambas enfermeras son legalmente responsables en cuanto al adecuado manejo de las muestras de tejido



INSTRUMENTACIÓN



✓ Colocación

✓ Pasar los instrumentos individualmente con firmeza y decisión

✓ Anticipación y pasos de la intervención quirúrgica

✓ Manejar los instrumentos con suavidad y usar el instrumento correcto para cada trabajo

✓ Paso del instrumental cortante y punzante

✓ Control del campo estéril operatorio además de la recuperación del instrumental

✓ Limpieza del instrumental

✓ Por último, recuento del instrumental y gasas

Recepción del paciente en área de recuperación

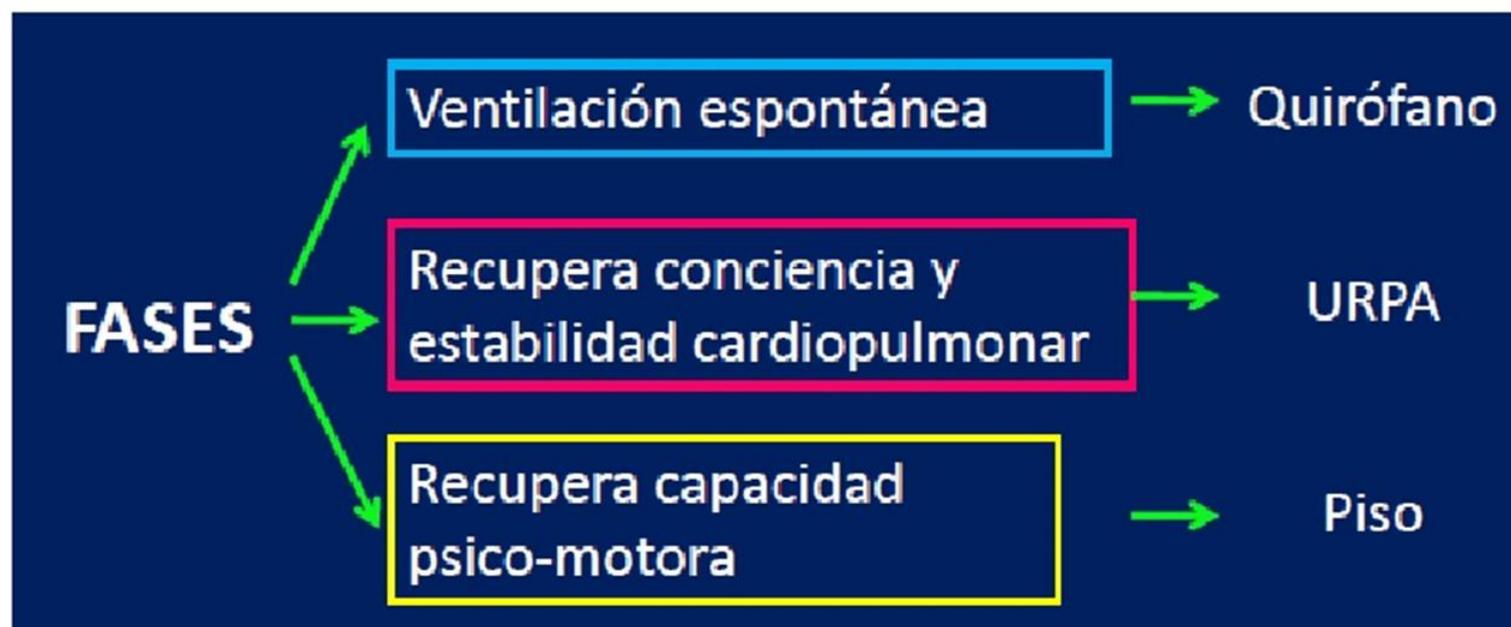


DEFINICIÓN

- La recepción del paciente es el proceso que nos permitirá conocer sus parámetros, su condición general, el estado de conciencia, las condiciones de sus apósitos, drenajes, eliminación y la presencia de alteraciones.

Recuperación Post-Anestésica.

- Proceso por el cual los pacientes deben regresar a su estado preoperatorio y lograr el nivel funcional más adecuado.



Unidad de Recuperación Post-Anestésica

- Sala destinada a proveer cuidados postanestésicos inmediatos a pacientes que han sido sometidos a cirugías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos bajo anestesia general, regional o sedación profunda hasta que alcancen criterios de alta.



UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

- Localizarse en el área quirúrgica
- Dirigida por anesthesiólogos
- Personal entrenado en cuidados postoperatorios
- Monitorización básica para cada enfermo
- Material para RCP, desfibrilación y técnicas avanzadas (canulación vías centrales...)
- Han permitido una disminución de las complicaciones postoperatorias

LLEGADA A REANIMACIÓN

- Re-evaluación del paciente
- Documentar estado del paciente a su llegada
- El anestesista permanecerá en la unidad hasta que la enfermera responsable se haga cargo del paciente
- Información a la enfermera y anestesista encargados del paciente de:
 - Filiación y antecedentes personales del paciente
 - Tipo de intervención y de anestesia
 - Complicaciones
 - Órdenes médicas especiales

TRATAMIENTO

- MEDIDAS GENERALES:
 - Posición
 - Monitorización de las constantes vitales
 - Oxigenación/ventilación
 - Vigilancia de redones, heridas quirúrgicas
 - Recuperación de bloqueos neurológicos
- SUEROTERAPIA Y NUTRICIÓN: según el paciente
- MEDICACIÓN
 - Profilaxis úlceras de estrés: Ranitidina
 - Profilaxis de TVP y TEP
 - Analgesia
 - Antibioticoterapia

VIGILANCIA



- **CLINICA** (depende del paciente)
 - **SNC**: nivel de consciencia, orientación temporal, espacial y personal, pupilas, fuerza muscular (relajantes musculares), exploración de sensibilidad y motilidad
 - Auscultación **cardiaca**
 - **Respiratorio**: frecuencia y profundidad respiratoria. Auscultación
 - Coloración y temperatura de la **piel** (tras cirugía vascular)
 - Observación de **redones, sondas y heridas** quirúrgicas
 - Tras Anest. **Regional**: recuperación de las funciones neurológicas y controlar el vaciamiento vesical.

Clínicos:

Nivel de consciencia

Reacción pupilar

Respiración

Pulso

Coloración/temperatura de la piel

Sensibilidad

Motricidad/fuerza motora

Llenado vesical/diuresis espontánea

Pérdidas de sangre y secreciones
a través de drenajes, vendajes, etc.



Mediante monitores:

ECG

Análisis del segmento ST

Presión arterial

Presión venosa central

Pulsioximetría

Capnometría

Temperatura corporal

Diuresis

Radiografía de tórax



Análisis de laboratorio:

Hb/Hct

Glucemia

Na⁺, K⁺, (Ca²⁺)

SvO₂

Gasometría arterial

Coagulación



B. Parámetros que deben monitorizarse

ALTA

■ MEDICO RESPONSABLE

■ CRITERIOS:

- **Respiración** espontánea suficiente
- Intercambio **gaseoso** estable
- Cardioc**irculatorio** estable
- Buen nivel **conciencia**
- Recuperación **reflejos** defensa
- **Normo**termia
- Desaparición de **bloqueo nervioso**
- Ausencia de **hemorragia** significativa
- Ausencia de **complicaciones** quirúrgicas

COMPLICACIONES

- **RESPIRATORIAS** (más importantes)
 - **HEMODINÁMICAS**
 - **SNC**
 - **NAUSEAS Y VÓMITOS**
 - **HEMORRAGIA:** cantidad + velocidad + localización

RESPIRATORIAS

- **HIPOVENTILACIÓN:** depresión central o periférica
- **ALTERACIÓN DEL INTERCAMBIO:** atelectasias, neumotórax/hemotórax, edema pulmonar, embolia pulmonar, broncoaspiración
- **AUMENTO CONSUMO DE OXÍGENO:** temblor muscular, fiebre
- **OBSTRUCCIÓN VIAS AÉREAS**
 - Caída de la lengua hacia la parte posterior
 - Laringoespasma o broncoespasmo
 - Edema laríngeo
 - Compresión externa sobre la traquea
 - Intervención quirúrgica

HEMODINÁMICAS

- HIPOXEMIA
- HIPERCAPNIA
- DOLOR
- HIPOTERMIA
- RETENCION URINARIA
- ALTERACIONES en el volumen sanguíneo

ESTIMULACION
SIMPATICA



ALTERACIONES
HEMODINÁMICAS

“ LA GRAVEDAD DE LAS ALTERACIONES
DEPENDERA DE LA SITUACION DEL PACIENTE”

HEMODINAMICAS

- **HIPERTENSION:** hipoxemia, hipercapnia, dolor, hipotermia, retención urinaria, hipervolemia
- **HIPOTENSION:** hipovolemia, hemorragia, insuficiencia cardiaca, taponamiento pericárdico, sepsis, **insf. suprarrenal**
- **ARRITMIAS:** alt. hidroelectrolítica, hipoxemia, hipercapnia, intoxicación digitálica, isquemia miocárdica
- **IAM**
- **PARO CARDIOCIRCULATORIO**
- **EMBOLIA PULMONAR:** hipotensión, arritmias

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- **RETRASO EN EL DESPERTAR:** sobredosis anestésica, hiperventilación excesiva (vasoconstricción cerebral), hipoglucemia,
- **AGITACIÓN:** dolor, hipoxemia, globo vesical u obstrucción de la sonda, hponatremia, deprivación, delirio
- **LESIONES CEREBRALES ORGÁNICAS**
- **ALTERACION TEMPERATURA:** por pérdidas intraquirurgicas o por alteracion de la regulación
 - **Hipotermia + escalofríos:** meperidina (12,5/25 mg iv)
 - **Hipertermia**

NAUSEAS Y VÓMITOS

■ DEPENDE DE:

- **paciente**
- **intervención quirúrgica**
- **tipo de anestesia**
- **PROFILAXIS: TIVA, evitar anestésicos volátiles y N₂O**
- **TRATAMIENTO:** dexametasona, ondansetrón, metoclopramida, droperidol, ranitidina,



COMPLICACIONES

Obstrucción de Vías Aéreas

Obstrucción Faringea

Causa: Desplazamiento hacia atrás de lengua flácida

- Pcts. Con efecto residual de Anestesia General
- Somnolencia y abolición parcial de reflejos vitales

Terapéutica:

- ✓ Colocación de cánula de Guedel
- ✓ Oxigenoterapia a P+ (con reservorio Ambu)

Laringoespasmo

Causa: Reactividad VA x sangre y secreciones de faringe

Terapéutica:

- ✓ Medidas anteriores
- ✓ Aplicación de succinilcolina (10-20mg)
- ✓ Intubación orotraqueal
- ✓ Cricotirotomía de urgencia

Broncoespasmo

Raro

Pcts con Antec. De Hiperreactividad MANTIENEN su tto

Terapéutica:

Broncodilatador inhalado

ALTA

■ MEDICO RESPONSABLE

■ CRITERIOS:

- **Respiración** espontánea suficiente
- Intercambio **gaseoso** estable
- Cardioc**irculatorio** estable
- Buen nivel **conciencia**
- Recuperación **reflejos** defensa
- **Normo**termia
- Desaparición de **bloqueo nervioso**
- Ausencia de **hemorragia** significativa
- Ausencia de **complicaciones** quirúrgicas

TRASLADO

- CUANDO: vías respiratorias estables y permeables, ventilación, oxigenación y hemodinámica adecuada
- Problemas: distancia, ascensores, obstáculos, personal no entrenado, ausencia de medios...
- Siempre acompañado por un anesthesiólogo
- Evaluación y/o monitorización constantes
- Soporte adecuado a la condición del paciente

MUCHAS GRACIAS!

