

# CUIDADOS DE ENFERMERIA EN POSOPERATORIO- SALA QUIRURGICA



LIC. HAYDEE BAEZ

# Cuidados de Enfermería en posoperatorios en Sala Quirúrgica

La enfermera que recepciona al paciente intervenido quirúrgicamente deberá informarse de:

- Tipo de intervención quirúrgica recibida.
- Requerimiento de la Unidad: Oxígeno, Aspiración Continua, medidas de Aislamiento, etc.
- Estado general del paciente.

- Medicamentos y soluciones administrados, soluciones parenterales, sangre y derivados.
- Evolución posoperatoria, complicaciones o tratamientos administrados en la SRPA.
- Existencia y situación de Apósitos de Hda Qx, Drenajes, Sondajes y Catéteres.
- Registro de los últimos Signos Vitales.

En la Recepción se deberá:

- Ayudar a trasladar a la unidad.
- Colocar en posición fowler baja, subir las barandas y lateralizar la cara colocándole una compresa (sialorrea).
- Control de Signos Vitales, Sat de O<sub>2</sub>.
- Controlar la Recuperación Pisco-motora a través de la aplicación de Escala de Coma de Glasgow.

- Control de Vías: -Parenterales: permeabilidad, medicación números de planes parenterales y derivados.

-Drenajes: Tipo, posición, números, permeabilidad, características del dren.

-Sondas: Nasogastrica, Orogastrica y Vesical. Controlar Fijación, conexión, permeabilidad y características.

- Evaluar tipo de Insición si ésta es alta puede presentarse complicación Respiratoria por dolor al respirar. Ej. Insición Paramedia Dcha Supraumbilical o Subcostal Dcha (Kocher) de Cirugías de Vesícula, Vías biliares e Hígado.

\* Evaluar Herida Quirúrgica:

-Cerrada: características que presenta el Apósito y realizar fajado de contención ya que proporciona seguridad y disminuye el dolor.

- Abierta y Contenida: con Capiones, Bolsa de Bogotá y/o con Sistema de Vacío, Compactación y Aspiración Continua.

- Valorar el Dolor: El paciente realiza Respiraciones Superficiales para evitar el dolor dificultando así la Mecánica Respiratoria.

Administrar Análgesia adecuada a fin de que el paciente pueda expandir totalmente los pulmones y PREVENIR complicaciones como la Atelectasia.

Asegurarse de que los fármacos se administren con seguridad y valorar su eficiencia. Utilice la escala de medición del Dolor.



Otras manifestaciones del paciente con Dolor. Ansiedad, taquipnea, taquicardia, hipertensión, irritabilidad, quejido. Si no se interviene surgen complicaciones como: Depresión Respiratoria, excitabilidad psicomotriz, náuseas, hipotensión, sudoración, etc.

También es aconsejable utilizar vía paralela para la administración de Analgésicos y Antieméticos.

- Fomentar Respiraciones Profundas y toser cada hora. Ayudarse de almohadas para proteger la Insición Abdominal.
- Realizar el Balance Hídrico.
- Verificar Ruidos Intestinales y evaluar presencia de distención Abdominal .
- Ayudar a la Movilización temprana: Prevención de Neumonias, Tromboflebitis, según prescripción médica.

- VIGILAR Signos de HEMORRAGIA:
  - Hipotensión, Hipotermia, Taquicardia y Taquipnea.
  - Piel Fría, Húmeda, Sudoración, Pálidez, Cianosis peribucal, desorientación.
  - Inspeccionar la Herida Quirúrgica: Sangrado, Coágulos, Distensión Abdominal.

**DRENAJES:** Débito hemorrágico, cuantificar.

- Control de Signos Vitales, Sat de O<sub>2</sub>.
- Administrar O<sub>2</sub> Terapia según necesidad.
- Control del Relleno Capilar.
- Elevar los Miembros Inferiores
- Administrar Volumen Hídrico: Ringer Lactato o Solución Fisiológica a goteo libre. Canalizar otra Vía SOS

- Comunicar al médico.
- Realizar extracción de sangre para Gasometría Arterial, Hematocrito.
- Realizar el Balance Hídrico
- Medición de diuresis a horario.

- ESTIMULAR AL PACIENTE A QUE RESPIRE PROFUNDO PARA FACILITAR LA ELIMINACIÓN DEL ANESTÉSICO.
- COLOCAR UNA ALMOHADA EN LA HERIDA DURANTE LA EMISIÓN DEL VÓMITO.
- LATERALIZAR LA CABEZA, EVITA BRONCOASPIRACIÓN.
- DESECHAR EL VÓMITO Y AYUDAR AL PACIENTE A ENJUAGARSE LA BOCA. REGISTRAR CARACTERÍSTICA Y CANTIDAD.
- ADMINISTRACIÓN DE ANTIEMÉTICOS SEGÚN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.



Técnica quirúrgica , consiste en dejar la cavidad abdominal abierta (protegiendo los órganos) para el manejo de diferentes entidades clínico-patológicas.

- Surgió por la necesidad de disminuir la morbi-mortalidad de pacientes con infección intraabdominal severa
- Objetivo básico era evitar la acumulación de material purulento y facilitar su drenaje



\*Quintero Hernandez, Gustavo A, Infección en cirugía . Bogota D.C, editorial Medica Panamericana, 2001.



- LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS:

- ESTÁN RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS INHALADOS LOS CUALES ESTIMULAN LOS CENTROS DEL VÓMITO EN EL CEREBRO.
- DISTENCIÓN ABDOMINAL POR LA MANIPULACIÓN DE ORGANOS DURANTE LA CIRUGÍA.
- ACUMULACIÓN DE LÍQUIDOS EN EL ESTÓMAGO ANTES DE QUE SE REANUDE EL PERISTALTISMO.

**SIA**

**LAPAROSTOMIA: INDICACIONES ACTUALES**

**ABDOMEN QUE NO PUEDE SER  
CERRADO**

**FASCEITIS**

**EDEMA INTESTINAL**

**POBRE ESTADO DE LA FASCIA (MÚLTIPLES REOPERACIONES)**

**ABDOMEN QUE NO DEBE SER CERRADO**

**EL QUE SE VA A REOPERAR**

**FOCO SEPTICO ABDOMINAL NO CONTROLADO**

**NECROSECTOMIAS INCOMPLETAS**

**ISQUEMIA INTESTINAL**

**PREVENCIÓN DEL SÍNDROME  
COMPARTIMENTAL**

# INDICACIONES



Peritonitis secundaria  
severa

Peritonitis terciaria



Suturas vasculares

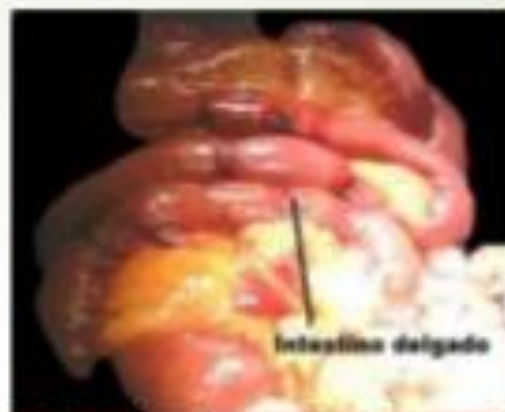


Pancreatitis  
necrotizante  
sobreinfectada



Politraumatismo (estallido  
de hígado)

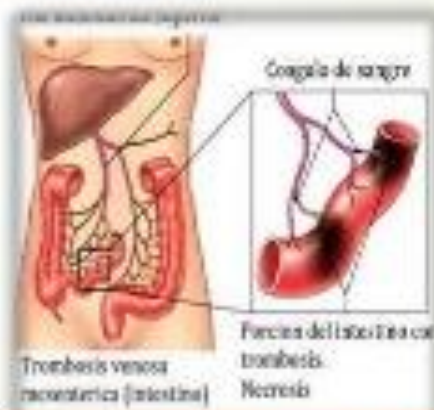
Heridas necróticas



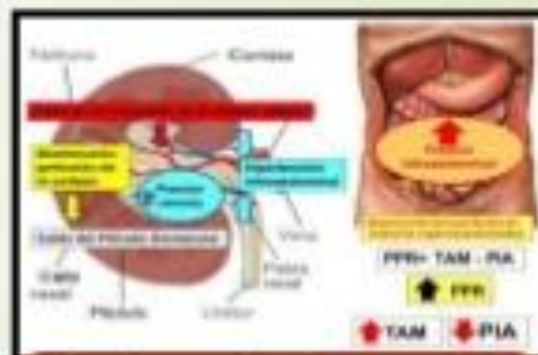
Fistulas intestinales no  
organizadas



Íleo prolongado



Trombosis mesenterica



Síndrome de hipertensión  
abdominal

\*Quintero Hernandez, Gustavo A, Infección en cirugía . Bogota D.C, editorial Medica Panamericana, 2001.



## BOLSA DE BOGOTA

- Bolsa estéril de irrigación suturada a la fascia o a la piel
- Previene la evisceración
- Es barata, disponible y fácil de colocar
- Desventaja: no remueve efectivamente fluidos infectados, y no previene la pérdida de la fuerza de la pared.





**Laparotomía Contenida. Colostomía. Bolsa de Bogotá**



# **BOLSA DE BOGOTA**



- **BARATOS**
- **FACILES DE COLOCAR**
- **PERMITEN VER LA EVOLUCION DEL INTESTINO**
- **SE PUEDE RELAP A TRAVES DE ELLOS**
- **NO PIERDE CALOR NI LIQUIDOS**
- **NO HAY UN ADECUADO DRENAJE**
- **MAS EVISCERACION**













# Curación de las Heridas Qx

- USAR SOLUCIONES QUE NO SEAN TÓXICAS, DAÑAN LAS CÉLULAS Y RETRASAN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN.
- QUE SEAN DE ALTO PODER DE LIMPIEZA QUE REMUEVA BACTERIAS Y CUERPOS EXTRAÑOS.
- LAS SOLUCIONES NO DEBEN PRODUCIR DOLOR, PUES LAS TERMINACIONES NERVIOSAS EN LA HERIDA HAN SIDO EXPUESTAS, LO CUAL AUMENTA ENORMEMENTE LA SENSIBILIDAD.

- DEBE SER UN AGENTE ISOTÓNICO: SOLUCIÓN SALINA, YODOPOVIDONA O CLORHEXIDINA.
- LA CURACIÓN DEBE SER CONSENSUADA CON EL PACIENTE
  - LAVADO DE MANOS MINUCIOSO.
  - PREPARAR EL EQUIPO Y CARRO DE CURACIÓN.
  - DESFAJAR AL PACIENTE

- COLOCARSE GANTES DE EXPLORACIÓN.
- DESTAPAR LA HERIDA: RETIRAR EL APÓSITO, SI ÉSTE ESTÁ ADHERIDO HUMEDECERLO Y LUEGO RETIRARLO.
- DESECHAR EL APÓSITO EN LA BOLSA PLÁSTICA.
- NUEVO LAVADO DE MANOS (ALCOHOL EN GEL).
- LUEGO REALICE LA CURACIÓN DE LA HERIDA SEGÚN PROTOCOLO DEL SERVICIO.



- UNA VEZ TERMINADA LA CURACIÓN, REALIZAR EL FAJADO DE LA HERIDA.
- LÁVESE LAS MANOS.
- RETIRE TODOS LOS ELEMENTOS DE LA UNIDAD.
- DESCARTE DEL CARRO LA BOLSA DE PLÁSTICO EN UNA BOLSA ROJA PREVIO CIERRE DEL MISMO.
- REALICE LA LIMPIEZA, DECONTAMINACIÓN DE LOS ELEMENTOS EMPLEADOS Y ACONDICIONE EL CARRO DE CURACIÓN CON REPOSICIÓN DE MATERIAL.

# Uso de faja

- MINIMIZA EL MOVIMIENTO DE LOS TEJIDOS A:
  - TOSER
  - ESTORNUDAR
  - REIR
  - EN PRESENCIA DE HIPO

- REDUCE EL RIESGO DE COMPLICACIONES
  - EVISCERACIONES
  - EVENTRACIONES
  - HEMATOMAS
  - SEROMAS
- AYUDA A REDUCIR LA DISTENSIÓN ABDOMINAL



- PACIENTES PROPENSOS A COMPLICACIONES:
  - OBESOS
  - ADULTO MAYOR
  - DESNUTRIDOS
  - REINTERVENIDOS
  - ALCOHÓLICOS, ETC.







**MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION!**