



## A-3 CUIDADOS EN EL POST-OPERATORIO

Fecha de revisión: 27 Oct 2010

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Florez Almonacid Clara Inés	Enfermera Unidad de Investigación e Innovación de cuidados.
Romero Bravo Ángela	Jefa de Bloque Cuidados Críticos y Urgencias e Investigación e Innovación en cuidados
Galván Ledesma Jose	Supervisor de la unidad de Investigación e Innovación de cuidados

### 1. OBJETIVO:

- Ayudar al paciente en su recuperación, situándolo en las mejores condiciones físicas y psíquicas.
- Evitar los riesgos de complicaciones postoperatorias.
- Favorecer la movilización precoz del paciente.
- Disminuir el dolor y la ansiedad para que se sienta seguro y colabore en su recuperación.

### 2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES:

- Las principales complicaciones post operatorias son: el dolor, las náuseas y los vómitos (NVPO), las complicaciones pulmonares y el trombo embolismo venoso.
- La comunicación entre médicos, enfermeras y pacientes es fundamental y sirve para mejorar la colaboración y el desarrollo de estrategias efectivas en el manejo del dolor. (Nivel IV)
- En pacientes que no pueden comunicarse de manera efectiva debido a: deterioro cognitivo, barreras del idioma o barreras físicas, se debe valorar el dolor, atendiendo a las señales de dolor como: posición, expresión facial y ansiedad. (Nivel IV)
- En el Manejo adecuado del dolor intervienen factores como las percepciones de las enfermeras basadas en el conocimiento, las experiencias pasadas, la valoración del dolor y el uso de herramientas normalizadas para su valoración. (Nivel IV)
- Las nauseas y vómitos son complicaciones frecuentes en el post-operatorio. (Nivel I)
- El manejo de las nauseas y los vómitos debe ser multidisciplinar y debe iniciarse en la evaluación preoperatoria. (Nivel IV)

## 2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- Para reducir la incidencia de náuseas y vómito en el postoperatorio (NVPO) se deben evaluar y corregir situaciones como la deshidratación, hipotensión, hipoxia, la deambulación en el postoperatorio mediato, el uso de los opiáceos y administrar los tratamientos eficaces de las NVPO. (Nivel IV)
- Los pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones pulmonares postoperatorias son los fumadores, los pacientes obesos, aquellos con antecedentes de enfermedad pulmonar, insuficiencia cardíaca, cáncer, enfermedad renal y hepática. (Nivel II)
- Las intervenciones para la prevención de complicaciones pulmonares son fundamentalmente: los ejercicios de expansión pulmonar, técnicas para fluidificar y movilizar las secreciones, los ejercicios de las extremidades y los programas de movilización temprana y progresiva. (Nivel II)
- Las complicaciones postoperatorias pulmonares son el resultado de la inflamación en los pulmones debida a la posición en decúbito prolongado, disfunción diafragmática y deficiencias en la fluidificación mucociliar. (Nivel I)
- La espirometría con incentivo se ha utilizado como medida profiláctica para prevenir y tratar las complicaciones pulmonares postoperatorias. (Nivel I)
- La espirometría con incentivo profiláctica y la fisioterapia respiratoria son igual de eficaces en los pacientes sometidos a cirugía abdominal. (Nivel II)
- El riesgo de complicaciones pulmonares después de la cirugía abdominal abierta, es menor en los pacientes que reciben fisioterapia, en comparación, con aquellos que no reciben nada. Aunque el efecto, ha sido atribuido a la aplicación de diversas formas de expansión pulmonar y a las técnicas de movilización de secreciones; no está claro, si este efecto se debe a la expansión de los pulmones y los ejercicios de tos, o es debido al cambio de posición del paciente y la movilización precoz, o a una combinación de ambos. (Nivel II)
- Los ejercicios de respiración profunda y de tos sin un programa estandarizado de movilización precoz no reduce las complicaciones pulmonares postoperatorias después de la cirugía abdominal abierta en pacientes de alto riesgo. (Nivel II)
- Las intervenciones de expansión pulmonar con incentivos respiratorios y ejercicios de respiración profunda reducen el riesgo de complicaciones pulmonares después de cirugías no cardíacas. (Nivel I)
- La evidencia sugiere que cualquier tipo de intervención de expansión pulmonar es mejor que no realizar ninguna profilaxis. Sin embargo, se deben de realizar intervenciones conjuntas ya que minimizan los riesgos, en lugar de realizar una sola intervención. (Nivel I)
- El tromboembolismo venoso (TEV) comprende la trombosis venosa profunda (TVP) y el embolismo pulmonar (EP). (Nivel IV)
- La fisiopatología de la TVP se produce por una formación de trombos en el flujo sanguíneo lento o alterado en una de las grandes venas de las extremidades inferiores, bloqueando la circulación parcial o totalmente. (Nivel IV)
- La literatura indica que la TVP es la más prevenible de las enfermedades tromboembólicas. (Nivel IV)
- Los factores de riesgo, que contribuyen a desarrollar la trombosis venosa incluyen: la edad avanzada, el trauma, historia de tromboembolismo previo, insuficiencia

## 2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- respiratoria, disminución de la movilidad, la obesidad, el tipo y duración de la cirugía, cáncer, enfermedades inflamatorias, infecciones y enfermedades cardiovasculares. (Nivel IV)
- Los síntomas de la TVP son inflamación anormal de la extremidad afectada a menudo acompañada de sensación de calor, dolor y enrojecimiento de la piel. (nivel IV)
- La tríada de Virchow corresponde a los tres factores a los que se les puede atribuir la formación de un trombo y son: (Nivel IV)
  - Lesión endotelial: es el daño del endotelio de un vaso, lo que expone a la membrana basal, la posterior adhesión plaquetaria y liberación de sustancias vasoactivas, lleva a la formación de un trombo blanco por aposición.
  - Lentitud del flujo o éxtasis sanguínea o disminución de la sangre. El movimiento de venodilatación, reduce el flujo sanguíneo en las venas causando acumulación de sangre en las extremidades inferiores.
  - Estados de hipercoagulabilidad: debido a las condiciones que provocan la discrasia sanguínea (enfermedades de la sangre o hemopatías), deshidratación, malignidad o en el uso de anticonceptivos orales.
- En el embolismo pulmonar (EP), el síntoma más común es el inexplicable deterioro respiratorio. Puede manifestarse como malestar en el pecho, que puede empeorar al toser, con una respiración profunda, ansiedad o nerviosismo, sensación de mareo o desmayo. La tasa de mortalidad es del 25%. (Nivel IV)
- Los riesgos trombóticos se reducen en los pacientes quirúrgicos con la educación en relación con la deambulación precoz, ejercicios de movimiento corporal activos, el uso de medias de compresión graduada o compresión neumática intermitente y el tratamiento farmacológico con anticoagulantes. (Nivel IV)
- El conocimiento y la comunicación son fundamentales para la prestación de los cuidados eficaces en el postoperatorio. (Grado A)
- Reconocer los factores de riesgo potenciales para el desarrollo de complicaciones postoperatorias y minimizar estos factores de riesgo siempre que sea posible. (Grado A)
- En caso de que los factores de riesgo no puedan ser minimizados, la planificación eficaz para el reconocimiento precoz y el tratamiento de las complicaciones postoperatorias debe seguir siendo responsabilidad de todos los clínicos. (Grado A)

## 3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Termómetro.
- Esfigmomanómetro / estetoscopio.
- Segundero.
- Oxímetro de pulso., inspiron.
- Mascarillas para oxígeno.

### 3. EQUIPAMIENTO NECESARIO (continuación):

- Guantes
- Esparadrapo.
- Medias de compresión graduada.

### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Al llegar el paciente de reanimación:
  - Reciba y preséntese al paciente con su nombre y su función en los cuidados.
  - Informe al paciente sobre los procedimientos a realizar. (Grado C)
2. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
3. Colóquese los guantes.
4. Valore al ingreso:
  - El estado de la recuperación de la anestesia:
    - Si general: estado despierto, orientado, responde al estímulo verbal.
    - Si Regional: capacidad para la movilización de extremidades.
  - Si el enfermo es diabético realice glucometría.
  - Verifique que trae el pijama y ropa de cama seca, no manchada.
  - Coloque al paciente de modo que se favorezca su comodidad, seguridad y expansión pulmonar.
  - La frecuencia, profundidad y características de la respiración y proporcione oxígeno complementario si está prescrito.
  - Los signos vitales y revise la piel en cuanto a temperatura, humedad y color.
  - El sitio quirúrgico y los sistemas de drenaje de la herida, y características del líquido drenado.
  - Conecte todos los tubos de drenaje a gravedad o succión, según esté indicado y vigile los sistemas de drenaje cerrado.
  - El nivel y características del dolor (ubicación, cualidad, así como vía de administración y horario del último analgésico administrado).
  - Colóquese las medias de compresión según indicación
  - La permeabilidad de los accesos venosos, solución y frecuencia de la infusión.
  - El gasto urinario en los sistemas de drenaje cerrado o la necesidad del paciente de orinar o grado de distensión vesical.
  - Las náuseas, vómito y si se administró tratamiento.
5. En el post operatorio inmediato:
  - Modifique en lo posible las condiciones ambientales (reducción de ruidos, luz, personas.)

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (continuación)

- Proporcione un ambiente calido, sin corrientes de aire, temperatura de 25 a 26° de temperatura (para prevenir pérdidas de nitrógeno y aumento del catabolismo).
- Informe al paciente antes de realizar cualquier técnica o procedimiento.
- Garantice la privacidad del paciente.
- Mantenga la cabecera elevada 30°, si está indicado.
- Oriente al paciente del sitio donde se encuentra.
- Ayúdele a colocarse las, gafas, audífonos y mantenga el timbre cerca.
- Administre medidas de calor: mantas.
- Tome los signos vitales: temperatura, tensión arteria, frecuencia respiratoria y cardiaca, oximetría, humedad, color de la piel y gasto urinario según el estado del paciente.
- Observe los apósitos y la cantidad, características de los drenaje y registre.
- Valore la permeabilidad y condiciones del acceso venoso.
- Administre la fluidoterapia y tratamiento según prescripción médica.
- Valore el nivel y características del dolor (ubicación, cualidad percepción del paciente según escala de valoración del dolor).
- Proporcione medidas no farmacológicas y farmacológicas de alivio del dolor, si es necesario.
- Si tiene analgesia continua, refuerce la información de cómo y cuándo utilizarla.
- Observe y registre la producción de orina.
- Continuamente evalúe y controle el dolor, las náuseas y distensión abdominal.
- Comience la ingesta oral cuando esté indicado, valore la tolerancia.
- Vigile síntomas y signos de complicaciones como hipotensión/hipertensión, hemorragia, distress respiratorio, retención urinaria, deshidratación, avise al médico.
- Inicie los ejercicios de las extremidades inferiores y verifique que tenga las medias contra embolia o medias de compresión neumática, si procede.
- Si presenta vómitos, coloque la cabeza hacia un lado (vigile el aspecto y cantidad del vómito), revise la permeabilidad de la sonda nasogástrica, si procede, informe al médico.
- Valore el estado de la piel.
- Enseñe al paciente a realizar inspiraciones profundas y sostenidas y a utilizar el inspirómetro.
- Enséñele a inmovilizar la zona intervenida (para amortiguar las vibraciones que produce la tos).
- Mantenga rigurosa asepsia en el cuidado de catéteres, drenajes y sonda vesical.
- Proporcione información a la familia.

6. Enseñe: al paciente y familiar

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (continuación):

- A comunicar a la enfermera cuando tenga dolor, o cualquier otra sintomatología.
- A evitar hablar en exceso, porque debido a la intervención, a veces el tránsito digestivo disminuye, distendiendo los intestinos y causando más dolor.
- A seguir en ayunas hasta que se le indique que puede beber o comer y como se inicia la dieta gradualmente.
- A realizar la higiene diaria cuando ya pueda tolerar estar de pie, y a evitar que las gasas se humedezcan.
- El tipo de ayuda que necesita para movilizarse.
- A colocarse la faja si es una cirugía abdominal.

#### 7. Registre:

- Situación como llega el paciente de reanimación y todos los cuidados administrados, así como su tolerancia.

#### 5. BIBLIOGRAFÍA:

- Afrainin Syah Nur. [Hand Hygiene: Alcohol-Based Solutions](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- Beck DM. Venous thromboembolism (VTE) prophylaxis: *implications for medical-surgical nurses*. Medsurg Nurs. 2006 Oct; 15(5):282-7.
- Brunner y Suddarth: *Enfermería Medicoquirúrgica*. Novena edición 2002 pg396-419.
- Carstens. Jane: [Post-Operative Care: Nursing Management](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009
- Caruana. Emily: [Nausea and Vomiting \(Postoperative\): Prevention](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2007.
- Jennie April Walker.: *Postoperative care*. Nursing Time. 2003.  
<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/postoperative-care-part-2/200002.article>
- Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: *Concepts, Process, and Practice* (8th ed.). 2007.
- Lawrence VA, Cornell JE, Smetana GW. *Strategies to reduce postoperative pulmonary complications after no cardiothoracic surgery: systematic review for the American College of Physicians*. Ann Intern Med. 2006; 144:596-608.
- Mackay MR, Ellis E, Johnston C. *Randomised clinical trial of physiotherapy after open abdominal surgery in high risk patients*. Aust J Physiother. 2005; 51(3):151-9.
- Manias E, Bucknall T, Botti M. *Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting*. Pain Manag Nurs. 2005 Mar; 6(1):18-29.
- Miller B. *Postoperative nausea and vomiting*. Anaesth Intensive Care Med. 2006 Dec; 7(12):453-5.

## 5. BIBLIOGRAFÍA (continuación)

- Nursing practice, clinical research: *Managing pain after thoracotomy surgery*. Nursing Time. 2006  
<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/managing-pain-after-thoracotomy-surgery/201301.article>
- Nursing practice, clinical research: *The effect of patient positioning during lengthy surgery on postoperative health*. Nursing Time 2010.  
<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/acute-care/the-effect-of-patient-positioning-during-lengthy-surgery-on-postoperative-health/5010764.article>
- Richards J, Hubbert AO. *Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain*. Pain Manag Nurs. 2007 Mar; 8(1):17-24.
- Yifan Xue: [Postoperative Epidural analgesia: Clinician Information](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009
- Zachary Munn.: [Pulmonary Complications \(Postoperative\): Incentive Spirometry](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009.