
 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO CONTROLES POSTQUIRÚRGICOS</b></p>	
Código: PR-CRG-12-01 V.01		Página 1 de 16

## PROCEDIMIENTO CONTROLES POSTQUIRÚRGICOS

### 1. OBJETIVOS.

Mantener la función respiratoria adecuada vigilando el patrón respiratorio.  
Conservar el estado de conciencia, hemodinámico, condiciones generales del paciente.

### 2. ALCANCE

Aplica a todo paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente en la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

### 3. RESPONSABLE

Médico Especialista, Médico general, Enfermería.

### 4. DEFINICIONES

**Postoperatorio:** Es el periodo que sigue a la intervención quirúrgica y que finaliza con la rehabilitación del paciente.

**Recuperación:** Es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas

**Dolor:** sensación que está presente en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, el procedimiento quirúrgico y sus complicaciones. Es una respuesta neurofisiológica que se produce después de una lesión o daño físico.



**Analgesia:** Es la pérdida o modulación de la percepción del dolor. Puede ser local y afectar sólo una pequeña área del cuerpo, regional y afectar una porción más amplia del cuerpo o sistémica.

### 5. GENERALIDADES DEL PROCEDIMIENTO

Es responsabilidad del anestesiólogo vigilar la recuperación del paciente inmediatamente del procedimiento quirúrgico en salas de recuperación y dar órdenes al personal de enfermería, hacer seguimiento periódico hasta que se considere que el paciente se ha recuperado en su periodo de anestesia.

La vigilancia en los controles postquirúrgicos debe ser permanente, y en ellos encontramos una variedad de pacientes:

- Pacientes que despiertan de una Anestesia General (AG)
- Pacientes que se recuperan de una Anestesia Regional (AR)
- Pacientes críticos postoperados

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO CONTROLES POSTQUIRÚRGICOS</b></p>	
Código: PR-CRG-12-01 V.01		Página 2 de 16

- Pacientes ambulatorios
- Pacientes Urgencia
- Otros pacientes

## 6. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PUNTO DE CONTROL	TIEMPO DE EJECUCIÓN
6.1	<p><b>Transporte del paciente:</b></p> <p>Transporta el paciente en camilla, de su quirófano con barandas arriba debe entregarlo a la enfermera y la auxiliar de enfermería anunciando:</p> <p><b>-Estado</b> preoperatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación postoperatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.</p> <p><b>-Valoración</b> de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos,</p>	Anestesiólogo Auxiliar de enfermería	NA	NA



	<p>coloración de la piel temperatura, etc.</p> <p><b>-Verificar</b> la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.</p> <p><b>- Información</b> sobre el periodo transoperatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.</p> <p><b>-Técnica anestésica</b> utilizada y duración de esta.</p> <p><b>-Fármacos</b> administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos). Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.</p> <p><b>-Localización</b> de catéteres, drenajes y apósitos.</p> <p>-Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica. Revisión del expediente clínico.</p>			
6.2	<b>Manejo por parte del personal de</b>	Profesional de Enfermería y	NA	NA



<p><b>enfermería en recuperación.</b></p> <p>-Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias. Dejar conectada la cánula de Guedel, hasta que el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso; dejarla por más tiempo provoca náuseas y vómito. Fundamento: Con esta medida se favorece a la función respiratoria y se evita que la lengua caiga hacia atrás, ocluyendo las vías respiratorias.</p> <p><b>-Aspirar</b> el exceso de secreciones, al ser audibles en oro faringe o nasofaringe.</p> <p><b>-Conectar</b> al paciente al sistema de oxígeno e iniciar la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla, a 6 l/min. o según esté indicado. Fundamento: Al administrar el oxígeno húmedo se favorece la</p>	<p>Auxiliar de enfermería.</p>		
---	--------------------------------	--	--



<p>fluidificación de secreciones y facilita su aspiración</p> <p><b>-Conectar</b> al paciente al monitor de signos vitales. Mantener la observación de los mismo.</p> <p><b>-Colocar</b> al paciente en decúbito lateral con extensión del cuello, si no está contraindicado. Fundamento: Con esta posición se favorece a una adecuada ventilación pulmonar.</p> <p><b>-Vigilar</b> los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente. Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardíacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia).</p> <p>-Hay que recordar que las salas de operaciones son frías y favorecen a la</p>			
--	--	--	--



<p>vasoconstricción, para lo cual se debe colocar un cobertor o manta térmica al paciente.</p> <p>-Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.)</p> <p>-Mantener en ayuno al paciente.</p> <p>-Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual. Observar el sitio de la venopunción para detectar datos de infiltración o flebitis.</p> <p>-Vigilar la diuresis horaria.</p> <p>-Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.</p> <p>-Vigilar la infusión de sangre y derivados (si se está administrando al paciente) verificar la identificación correcta del</p>			
--	--	--	--



<p>paquete y corroborar con los datos del paciente, asimismo la tipificación, exámenes clínicos reglamentarios para su administración prescripción, hora de inicio y terminación de la infusión. Estar alerta ante la aparición de signos adversos a la transfusión sanguínea. Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea:</p> <p>-Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.</p> <p>-Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque como son: Extremidades frías, oliguria (menos de 30 ml/hora) retraso en el llenado capilar (más de 3 segundos), hipotensión,</p>			
---	--	--	--



	taquicardia, pulso débil, diaforesis fría.			
6.3	<p><b>Criterios de alta de Recuperación</b></p> <p>El alta debe ser dada por el anesthesiólogo responsable de sus pacientes en la sala de Recuperación. En general los pacientes deberían cumplir una serie de criterios, que como norma pueden resumirse en los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Que respire con facilidad y que en la auscultación los ruidos pulmonares sean claros, además de que las vías respiratorias se mantengan sin medios artificiales, a menos que el paciente, así lo amerite.</li> <li>-Que alcance la estabilidad de los signos vitales.</li> <li>-Que alcance el nivel de consciencia satisfactorio, que se mantenga despierto y alerta.</li> <li>-Que el dolor haya sido controlado de</li> </ul>	Anesthesiólogo Enfermería	NA	NA





	<p>manera adecuada. -Que conserve los niveles adecuados de diuresis horaria. -Que el vómito haya sido controlado o exista ausencia de este. -Que alcance la sensación de las extremidades en caso de que se le hubiese administrado anestesia regional.</p> <p>-Tramitar el traslado del paciente, solicitar auxiliar de traslado para el egreso en silla de ruedas si va a casa y en camilla con enfermera del área donde va el paciente si queda hospitalizado.</p>			
<p>6.4</p>	<p><b>OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES.</b></p> <p>La enfermera debe: estimular al paciente a que respire profundamente para facilitar la eliminación del anestésico. - Proteger la</p>	<p>Enfermería</p>	<p>NA</p>	<p>NA</p>



herida durante la emisión de vómito.

- Mantener la cabeza del paciente en forma lateral para evitar la broncoaspiración.
- Desechar el vómito, ayudar al paciente a enjuagarse la boca; si es necesario cambiar las sábanas, etc. Registrar cantidad y características.
- Administrar antieméticos por prescripción médica.
- Estreñimiento y flatulencia.
- Están relacionados con:
  - Traumatismo y manipulación del intestino durante la intervención quirúrgica o método invasivo.
  - La administración de narcóticos retrasa el peristaltismo.
  - Inflamación local, peritonitis o absceso.
  - Problema intestinal prolongado puede



	causar impactación fecal.			
6.5	<p><b>Intervenciones de enfermería y medidas preventivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propiciar a la deambulacion temprana.</li> <li>- Proporcionar la ingestión de líquidos para favorecer la hidratación y reblandecimiento de las heces fecales.</li> <li>- Proporcionar dieta adecuada para estimular el peristaltismo.</li> <li>- Fomentar el uso temprano de analgésicos no narcóticos, los narcóticos aumentan las posibilidades de estreñimiento.</li> <li>- Valorar los ruidos intestinales con frecuencia.</li> </ul>	Médico Enfermería	NA	NA
6.6	<p><b>FACTORES DE RIESGOS.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caídas</li> <li>- Broncoaspiración</li> <li>-No aviso con anterioridad de inicio de complicación al</li> </ul>	Enfermería	NA	NA

<p>anestesiólogo responsable del paciente. -Hipotermia -Hipertermia -Infección de sitio operatorio -Retención urinaria -Todos los relacionados con las complicaciones.</p>			
--	--	--	--

## 7. EQUIPOS Y MATERIALES.

- Tensiómetro manual
- Fonendoscopio adulto, pediátrico y neonatal
- Electrocardiógrafo
- Carro de paro (con todos sus medicamentos e insumos incluyendo laringoscopio con sus valvas y Ambu de los tres tamaños)
- máscaras de oxígeno
- Mantas térmicas
- Glucómetro
- Tirillas de glucómetro
- desfibrilador Monitor de signos vitales o pulsioxímetro
- Oxígeno
- Aspirador con succión de pared o portátil
- tomas eléctricas
- equipo de curaciones
- camillas con barandas y frenos de seguridad
- silla de ruedas
- inmovilizadores
- escalerilla de dos pies
- riñonera
- pato

- Pisingos
- gasas
- jeringas
- sondas nelaton(aspiración)
- cánulas de Guedel de todos los tamaños
- guantes desechables

Dependiendo del tipo de cirugía o de la gravedad de los pacientes, puede ser necesaria la presencia de algún respirador, así como monitorización invasiva y todos los elementos precisos para la seguridad de los pacientes.

## 8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código o referencia	Tipo de documento	Nombre del documento

1. Manual de práctica Clínica Basada evidencia científica. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)- Centro de Desarrollo Tecnológico, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)- The Cochrane colaboración-Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá Facultad de Medicina. Documentos basados en metodología

1. Sociedad Americana de Anestesiólogos: Estándares para el monitoreo anestésico básico. En: Estándares ASA. Pautas y Declaraciones. Washington: ASA, 1993.

2. Estándares de anestesia para el monitoreo intraoperatorio básico. En: Negligencia médica: uso de las pautas de práctica de Maine para reducir costos. Washington: Oficina General de Contabilidad de los Estados Unidos, 1994.

4, Bhavani SK, Moseley H, Kumar AY, Delph Y. Capnometría y anestesia. Can J Anesthesia 1992; 39: 617-632.

5. Braham´s D. Equipos de monitoreo y fallas anestésicas. Lancet 1989; 8.629: 111-112.

6. Cass NM, Crosiby ^ Holland RB. Estándares mínimos de seguimiento. Cuidados Intensivos de Anestesia 1988; 16: 110-113.

7. Eichbonn JH, Cooper JB, Cullen DJ, Maer WR, Phillip JH, Seeman RG. Estándares para el monitoreo del paciente durante la anestesia en la Escuela de Medicina de Harvard. JAMA 1986; 256: 1.017-1.020.



8. Eichborn JH. Prevención de accidentes de anestesia intraoperatoria y lesiones graves relacionadas mediante el monitoreo de seguridad. Anestesiología 1989; 70: 572-577.

9. Herrera A, Pajuelo A, Urueta MP, Gutiérrez-García J, Ontanilla A, Morano MJ. Análisis Comparativo de los criterios de vigilancia y monitorización en anestesia, resucitación y terapia del dolor. Rev. Esp. Anestesiología Reanimación 1992; 39: 159-165.

10. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Color. Criterios de vigilancia y monitorización en anestesiología, reanimación y terapia del dolor. En: Libro Blanco. Madrid: SEDAR, 1993.

11. Tinker JH, Dull D, Kaplan RA, Ward RJ, Cheney FW. Papel de los dispositivos de monitorización en la prevención de percances anestésicos: un reclamo cerrado

12. Smith A, Alderson P. Pautas en anestesia: ¿apoyo o restricción? H. J. Anaesth 2012; 109 (1): 1-4.

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCEDIMIENTO CONTROLES POSTQUIRÚRGICOS</b></p>	
<p>Código: PR-CRG-12-01 V.01</p>		<p>Página 14 de 16</p>

13. Mahajan RP. La lista de verificación quirúrgica de la OMS. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2011; 25 (2): 161–8.
14. Michaels RK, MA Makary, Dahab Y, Frassica FJ, Heitmiller E, Rowen LC, et al. Logro del Foro Nacional de la Calidad. "Nunca Eventos": prevención de sitio incorrecto, procedimiento y operaciones incorrectos del paciente. Ann Surg 2007; 245 (4): 526–32.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G,
15. ACUERDO II: avance en el desarrollo de guías, informes y evaluación en el cuidado de la salud. CMAJ 2010; 182 (18): E839–42.
16. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello, PA, y otros. Pautas del grado: 15. Ir. De la evidencia a la recomendación, determinantes de la dirección y fortaleza de una recomendación. J Clin Epidemiol 2013; 66 (7): 726–35.
17. Balslem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. Pautas de GRADO: 3. Calificación de la calidad de la evidencia. J Clin Epidemiol 2011; 64 (4): 401–6.
17. Tarjeta R, Sawyer M, Degnan B, Harder K, Kemper J, Marshall M, et al. Protocolo perioperatorio. Inst Clin Syst Improv 2014;
19. Sánchez Pedraza R, Jaramillo González LE. Metodología de calificación y resumen de las opiniones
20. Investigación confidencial nacional sobre el resultado y la muerte del paciente [Internet]. [citado el 27 de septiembre de 2014]. dentro de los consensos formales. Rev Colomb Psiquiatr 2009; 38 (4): 777-85. [www.ncepod.org.uk/](http://www.ncepod.org.uk/)
21. Muckler VC, Vacchiano CA, Sanders EG, Wilson JP, Champagne MT. Recurso enfocado a la entrevista de anestesia para mejorar la eficiencia y la calidad. J Perianesth Nurs 2012; 27 (6): 376–84.
22. Glance LG, Lustik SJ, Hannan EL, Osler TM, Mukamel DB, Qian F, et al. El modelo de probabilidad de mortalidad quirúrgica: derivación y validación de una regla de predicción de riesgo simple para cirugía no cardíaca. Ann Surg 2012; 255 (4): 696–702.
23. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, Thomas EJ, Polanczyk C a., Cook EF, et al. Derivación y validación prospectiva de un índice simple para la predicción del riesgo cardíaco de cirugía mayor no cardíaca. Circulation 1999; 100 (10): 1043–9.
25. Myers J, Do D, Herbert W, Ribisl P, Froelicher VF. Un nomograma para predecir la capacidad de ejercicio a partir de un cuestionario de actividad específica y datos clínicos. Am J Cardiol 1994; 73 (8): 591–6.
26. Myers J, Bader D, Madhavan R, Froelicher V. Validación de un cuestionario de actividad específica para estimar la tolerancia al ejercicio en pacientes remitidos para pruebas de ejercicio. Am Heart J 2001; 142 (6): 1041–6.
27. Hlatky MA, Boineau RE, Higginbotham MB, Lee KL, Mark DB, Califf RM, y otros. Un breve cuestionario autoadministrado para determinar la capacidad funcional (el índice de estado de actividad de Duke). Am J Cardiol 1989; 64 (10): 651-4.
- Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Bøtker HE, De Hert S, et al. Directrices de la ESC / ESA 2014 sobre cirugía no cardíaca: evaluación y manejo cardiovascular: el Grupo de trabajo conjunto sobre cirugía no cardíaca: evaluación y manejo cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de anestesia. Eur J Anaesthesiol 2014;

25. Smetana GW, Macpherson DS. El caso contra las pruebas de laboratorio preoperatorias de rutina. *Med Clin North Am* 2003; 87 (1): 7–40.
26. Michota FA, Frost SD. La evaluación preoperatoria: utilice el historial y las pruebas físicas en lugar de las pruebas de rutina. *Cleve Clin J. Med* 2004; 71 (1): 63–70.
27. Hepner DL. El papel de las pruebas en la evaluación preoperatoria. *Cleve Clin J Med* 2009; 76 Suppl 4: S22–7.
28. Proczko M a, Stepaniak PS, de Quelerij M, van der Lely FH, Smulders JF, Kaska L, et al. STOP-Bang y el efecto en el resultado del paciente y la duración de la estancia hospitalaria cuando los pacientes no usan presión positiva continua en las vías respiratorias. *J Anesth* 2014;
29. Fenger-Eriksen C, Münster A-M, Grove, EL. Nuevos anticoagulantes orales: indicaciones clínicas, seguimiento y tratamiento de las complicaciones hemorrágicas agudas. *Acta Anaesthesiol Scand* 2014; 58 (6): 651–9.
30. González Naranjo LA, Ramírez Gómez LA. Manejo perioperatorio de la terapia antirreumática. *latreia* 2011; 24 (3): 308–19.
31. Polachek A, Caspi D, Elkayam O. El uso perioperatorio de agentes biológicos en pacientes con artritis reumatoide. *Autoimmun Rev* 2012; 12 (2): 164–8.
32. Pannucci CJ, Laird S, Dimick JB, Campbell DA, Henke PK. Un modelo de riesgo validado para predecir eventos de TEV de 90 días en pacientes posquirúrgicos. *Chest* 2014; 145 (3): 567–73.
33. Apfelbaum JL, Caplan RA, Connis RT, Epstein BS, Nickinovich DG, Warner MA. Guías de práctica para el ayuno preoperatorio y el uso de agentes farmacológicos para reducir el riesgo de aspiración pulmonar: aplicación a pacientes sanos sometidos a procedimientos electivos: un informe actualizado de la American Society of Anesthesiologists Com. *Anesthesiology* 2011; 114 (3): 495– 511.
34. Rincón-Valenzuela DA. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención de la aspiración pulmonar en pacientes que requieren el manejo de la vía aérea. *Rev Colomb Anesthesiol* 2011; 39 (2): 277–8.
- Brady M, Kinn S, Stuart P. El ayuno preoperatorio para adultos para prevenir complicaciones perioperatorias. Base de datos Cochrane

## 9. HISTORIA DE MODIFICACIONES

Versión	Naturaleza de cambio	Fecha de cambio	Aprobación de cambio
01	Creación del documento	Marzo 2022	calidad

## 10. ADMINISTRACIÓN DE REGISTROS

Código	Nombre	Responsable	Ubicación	Acceso	Tiempo de retención	Disposición

## 11. ANEXOS

- **DIAGRAMA DE FLUJO**

