



Universidad de Valladolid
Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA
Trabajo Fin de Grado



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. CUIDADOS DE
ENFERMERÍA.**

Autora: Noemi Talegón Rapado

Tutora: Beatriz Moreno Aliana

RESUMEN

El trabajo y la colaboración de la enfermera en una cirugía es imprescindible, en este trabajo se describe todos los cuidados que una enfermera debe llevar a cabo sobre el paciente. Son tan importantes las acciones realizadas durante la intervención quirúrgica como lo que se realiza antes de que el paciente entre en el quirófano y antes de que comience la intervención. En todo quirófano deberá haber dos enfermeras, la que instrumenta que estará estéril y no deberá moverse de la mesa quirúrgica, por lo que será necesaria otra segunda enfermera que es la circulante, encargada de facilitar material, y atender a lo que suceda fuera del campo quirúrgico.

En lo primero que la enfermera debe centrarse es en el paciente pero también, debe prestar atención a todo el material que es utilizado en el quirófano, para cuidarlo y mantenerlo en correcto estado y, así, evitar gastos innecesarios para la sanidad.

Palabras clave: laparoscopia, cuidados de enfermería, paciente, instrumental.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	pág. 4
2. OBJETIVOS.....	pág. 4
3. DESARROLLO DEL TEMA:	
3.1. DEFINICIÓN DE LAPAROSCOPIA	pág. 5
3.2. UTILIZACIÓN DE LA LAPAROSCOPIA.....	pág. 5
3.3. CONTRAINDICACIONES DE LA LAPAROSCOPIA.....	pág. 6
3.4. PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO PARA UNA LAPAROSCOPIA:	
DOTACIÓN DEL QUIRÓFANO	pág. 6
ENFERMERA CIRCULANTE	pág. 7
ENFERMERA INSTRUMENTISTA	pág. 11
3.5. POSIBLES COMPLICACIONES DE LA LAPAROSCOPIA.....	
.....	pág. 17
3.6. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA GENERALES.....	pág. 18
4. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	pág. 23
5. BIBLIOGRAFÍA.....	pág. 25
6. ANEXOS:	
- ANEXO 1.....	pág. 27
- ANEXO 2.....	pág. 28
- ANEXO 3.....	pág.33
- ANEXO 4.....	pág. 33
- ANEXO 5.....	pág. 34
- ANEXO 6.....	pág. 34

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Cada vez se realizan menos laparotomías debido a las ventajas y menores complicaciones que ofrece la laparoscopia, por lo que es importante conocer esta técnica y establecer nuevos cuidados para que con el paso del tiempo vaya progresando. Por ello realizo este trabajo con el fin de que todo profesional enfermero conozca cómo se desarrolla un gran trabajo y un plan de cuidados enfermero en un quirófano. Creo necesario difundir los cuidados en una laparoscopia, puesto que los profesionales pueden pensar que es una cirugía que requiere menos cuidados al no llegar a hacer una gran incisión quirúrgica, como es el caso de una cirugía abierta y es una gran equivocación, ya que una laparoscopia también conlleva riesgos y complicaciones aunque sean menores que los de una laparotomía.

En este trabajo no solo quiero destacar que el personal enfermero realiza una gran labor dentro del quirófano, sino también describir como realizar los cuidados hacia el paciente de manera óptima y eficiente sin poner en ningún momento en riesgo la salud del mismo. Además quiero subrayar la colaboración en todo momento con el cirujano, el trabajo en grupo, la capacidad de anticipación y el cuidado y mantenimiento de todos los recursos materiales.

2. OBJETIVOS

General:

- Definir las tareas e intervenciones de enfermería en el quirófano durante todo el proceso de la cirugía laparoscópica.

Específicos:

- Visibilizar y difundir a estudiantes y profesionales del campo sanitario el proceso de enfermería en quirófano.
- Mostrar los cuidados prestados por el personal de enfermería encaminados a preservar la seguridad del paciente.
- Describir la forma adecuada de manejar el material utilizado durante la cirugía para contribuir a su conservación y mantenimiento.

- Detallar las funciones y obligaciones que tiene cada enfermero/a dentro del quirófano antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

3. DESARROLLO DEL TEMA

2.1. DEFINICIÓN DE LAPAROSCOPIA

“La laparoscopia es una técnica de exploración visual que permite observar la cavidad pélvica-abdominal con un instrumento conocido como laparoscopio. Este instrumento es esterilizado después de cada intervención para que pueda seguir usándose, emite una luz que permite iluminar la cavidad y cuenta con una cámara que transmite las imágenes del interior del organismo. La técnica posibilita intervenciones quirúrgicas de invasión mínima” ⁽¹⁾. En 1985 se introdujo la colecistectomía laparoscópica.

2.2. UTILIZACIÓN DE LA LAPAROSCOPIA

“La cirugía laparoscopia permite acceder al interior mediante mínimas incisiones a través de las cuales se insertan los trocares por los cuales se introducen los instrumentos quirúrgicos (pinzas), que son más largos que cualquier instrumento para una cirugía abierta; el simple hecho de poder realizar la intervención quirúrgica a través de pequeñas incisiones ya nos da una gran ventaja, evitar una gran herida quirúrgica y por lo tanto menor tiempo de cicatrización y menor riesgo de infección. Son muchas más las ventajas de la cirugía laparoscópica pero la que más valora el paciente es poder volver a sus actividades más rápidamente y por lo tanto reducir el tiempo de hospitalización. Entre las ventajas que se deben destacar está el menor traumatismo tisular por tanto menor dolor en el postoperatorio y una menor pérdida de sangre” ⁽²⁾. En resumen:

- Ventajas.
 - Menor traumatismo tisular, menor adherencia postoperatoria y menor pérdida de sangre.
 - Menor dolor y recuperación más rápida.
 - Mayor satisfacción para el paciente. (mínimas cicatrices)
 - Más económica.

- Desventajas.

- Se requiere mayor tiempo de aprendizaje que en una cirugía abierta y por lo tanto, personal especializado y equipamiento específico.
- El material utilizado para la cirugía es caro pero se compensa con el menor tiempo de estancia hospitalaria del paciente.
- Se requiere mayor tiempo de intervención puesto que hay limitación de movimientos por el pequeño espacio del campo quirúrgico.
- El campo quirúrgico se visualiza de manera bidimensional y no tridimensional, esto puede dar lugar a que ciertas complicaciones queden ocultas.

3.3. CONTRAINDICACIONES DE LA LAPAROSCOPIA (3) (4)

- Cáncer de vesícula.
- Incapacidad del paciente para tolerar la anestesia general.
- Enfermedad hepática terminal con hipertensión portal. (Impide una disección portal segura).
- Coagulopatías.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (Contraindicación relativa).
- Insuficiencia cardíaca congestiva. (contraindicación relativa).
- Imposibilidad de reconocer con claridad todas las estructuras anatómicas.
- Obesidad mórbida. (contraindicación relativa).
- Antecedentes de cirugía epigástrica debido a las adherencias.

3.4. PREPARACIÓN DEL QUIROFANO PARA UNA LAPAROSCOPIA

DOTACIÓN DEL QUIROFANO:

El material presente que debe haber en el quirófano es: Torre laparoscópica con monitor de tv y fuente de luz fría, cámara, insuflador de CO2, aspirador, bisturí, carro de material, respirador, mesa quirúrgica y mesa de “riñón” y “mayo”.

ENFERMERA CIRCULANTE

Antes de la llegada del paciente al quirófano

La enfermera deberá disponer todo el material que sea necesario para la intervención, para que, posteriormente la enfermera instrumentista lo deposite en el campo estéril.

La enfermera debe tener conocimientos de la resección de vesícula para saber el material que es necesario, así como de la colocación del almacén para poder coger las cosas con más rapidez.

Este tipo de operación suele realizarse en un quirófano inteligente dotado de pantallas móviles por lo que también es tarea de la enfermera tener bien dispuestas las pantallas y las luces para que estén en un lugar cómodo para los cirujanos.



Pantallas móviles en quirófano inteligente. (Realización propia).

Además, es tarea de la enfermera preparar y ayudar al anestesiista. Para preparar la anestesia, la enfermera debe sacar la medicación que se va a emplear: propofol, fentanilo, midazolam y lidocaína (para evitar la molestia del propofol), de la nevera se cogerá cloruro de suxametonio, y bromuro de rocuronio. En una batea se prepara una jeringa de 2cc, 5cc, 10cc y 20 cc con cuatro agujas de cargar.



Preparación de la anestesia. (Realización propia).

Para una anestesia general se preparará lo necesario para la monitorización del paciente y la intubación, por lo que en la torre de anestesia se dispondrá: el laringoscopio para intubar con un tubo endotraqueal y una jeringa de 10 cc para hinchar el balón, un guedel, mascarilla, ventimask, gafas nasales y electrodos para la monitorización. Es importante tener al alcance esparadrapos para fijar el TED y lubricante para la inserción del mismo.



Material necesario para la intubación del paciente. (Realización propia).

Antes de la intervención quirúrgica

A. RECIBIMIENTO DEL PACIENTE AL QUIRÓFANO: Una vez que el paciente llega a la mesa de operaciones, la enfermera debe comprobar que se trata del paciente correcto, preguntándole el nombre y comprobándolo con el del historial y pulsera de identificación. Del mismo modo, debe encargarse de comprobar si se ha realizado la profilaxis antibiótica y preguntar por las alergias.

Es muy importante que antes de que el paciente entre en quirófano la toma tierra esté conectada a la mesa quirúrgica.

B. APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE: En la mayoría de los casos el paciente está nervioso o preocupado por la intervención, por lo que debe hablar con él para calmarle. (5)

C. MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE: Una vez comprobados los datos del paciente, la enfermera procede a la monitorización de este:

- a. Electrodo para controlar la actividad cardíaca mediante el ECG: Hombro derecho (rojo), hombro izquierdo (amarillo), línea anterior axilar derecha (negro), línea axilar media izquierda (verde) y zona de esternón (blanco)
- b. Manguito para el control de la tensión arterial, por lo general colocado en el brazo opuesto al que se presente la vía venosa periférica.
- c. Pulsioxímetro para monitorizar la saturación.

Después de monitorizar al paciente se colocará la placa del bisturí en el caso de que se utilice un mono polar, ¡es muy importante! La placa se colocará en el lugar más próximo a la incisión quirúrgica y en un lugar donde el hueso no esté muy superficial. Antes de colocar la placa de bisturí se le debe de advertir al paciente de que esta frío.

Otra cosa importante después de la monitorización es la colocación de las medias de compresión, todos los pacientes de una cirugía laparoscópica deberán de llevarlas debido a la dificultad del retorno venoso provocado por el neumoperitoneo y la posición.

D. AYUDAR AL ANESTESISTA: Cuando el paciente ya está monitorizado el anestesista (o la enfermera) canalizará una vía venosa periférica para la administración de los fármacos anestésicos.

En caso de ser necesario, se ayudará a la intubación del paciente, y se cerraran los párpados con esparadrapo para evitar que se sequen y se produzcan úlceras.

La enfermera no debe de separarse del anestesista hasta que el paciente este intubado.

E. "POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN LA MESA QUIRURGICA: en esta intervención se utilizan dos posiciones:

- a. Técnica francesa: paciente de cubito supino. Uno de sus miembros superiores en abducción $< 90^\circ$, el otro brazo pegado al cuerpo. Las extremidades inferiores en abducción con las rodillas flexionadas 5° para evitar desplazamientos del paciente en la mesa de operaciones. El paciente se coloca en Trendelenburg a 10° , 20° y rotado hacia la izquierda.
- b. Técnica americana: paciente de cubito supino con las piernas juntas. Brazo derecho en abducción. El paciente se coloca en posición anti-Trendelenburg, girado hacia la izquierda.

En cualquiera de las dos la enfermera debe cuidar la seguridad del paciente para ello debe de proteger los puntos de apoyo y establecer una sujeción del paciente.”⁽⁶⁾

F. Ayudar en la colocación de batas estériles a cirujanos y enfermera instrumentista.

Durante la intervención quirúrgica

La enfermera debe estar atenta a las órdenes de los cirujanos y de la enfermera instrumentista. Al comenzar la intervención debe realizar todas las conexiones: la óptica al video laparoscópico, el carbono, el cable al eléctrico y el aspirador.

Una vez que el cirujano haya accedido a la cavidad abdominal y cuando este de la orden, la enfermera tiene que estar preparada para activar el gas^I y además, debe estar pendiente durante toda la intervención, porque en el momento de la extracción de la vesícula deberá de pararlo y posteriormente volver a activarlo.

Una vez que ha realizado todas las tareas y cuando vea conveniente rellenará los datos en hojas^{II} obligatorias.

Debe estar atenta en todo momento del apagado y encendido de las luces y de las pantallas asegurándose de que la posición de estas es buena para la visión de los cirujanos.

Al igual que se encarga de realizar las conexiones deberá desconectar todo al terminar la intervención quirúrgica y tener especial cuidado con la cámara, por lo que en el momento que se deje de utilizar deberá de guardarla en la caja correspondiente y correctamente sin retorcer demasiado el cable, ya que es fibra óptica y puede dañarse con facilidad, evitando que golpee con superficies duras.

^I Ver anexo nº 1. Neumoperitoneo.

^{II} ver anexo nº 2. Hojas.

Posterior a la intervención quirúrgica

La enfermera circulante al terminar la intervención realizará la contabilización de gasas y compresas en colaboración con la enfermera instrumentista. Es muy importante que al comienzo de la intervención cuando la instrumentista ha contabilizado las gasas que tiene en la mesa se lo comunique a la circulante para que lo anote en la hoja de intervención.

También es función e la enfermera colaborar con la enfermera instrumentista en la curación de la herida quirúrgica. Una vez que se ha atendido al paciente se centrará en concluir todos los datos relevantes para la historia clínica así como de llevar las muestras biológicas al lugar destinado en caso de que fuese oportuno.

Cuando el paciente esté listo para salir del quirófano la enfermera circulante lo acompañará hasta su siguiente destino.

ENFERMERA INSTRUMENTISTA / INSTRUMENTAR EN LAPAROSCOPIA

Instrumentar una intervención quirúrgica no solo es facilitar el material al cirujano durante la intervención sino que la enfermera debe realizar tareas de instrumentación antes de la intervención quirúrgica, durante y después de finalizar la intervención.

Instrumentación preoperatoria: (7) (8) (9) (10) (11)

Es muy importante que la enfermera conozca la intervención que se va a realizar y lo que se hace en cada momento para saber el material que se va a utilizar y el momento exacto en el que el cirujano lo va a necesitar.

En el caso de la colecistectomía la enfermera deberá saber los pasos fundamentales para la resección de la vesícula y así poder preparar su mesa correctamente:

1. Incisión para la entrada a la cavidad abdominal a través de los trocares^{III}.
2. Separar la vesícula del tejido adiposo y del hígado.

^{III} Ver anexo nº3. Instrumento cortante de forma tubular usado para punzar la pared abdominal.

3. Localización de vasos, la arteria y la vena.
4. Ligar la arteria cística.
5. Localizar los conductos biliares.
6. Ligar el conducto cístico.
7. Extraer la vesícula.

Además de una caja específica de laparoscopia será necesaria una caja básica de cirugía.

En la caja de laparoscopia encontraremos:

- Gancho.
- Dos pinzas traumáticas.
- Un disector.
- Tijera de pico de loro.
- Aspirador.
- Cable de corriente.



Caja de laparoscopia. (Realización propia.)

Esta caja es necesaria para la resección de la vesícula pero también serán necesarias pinzas de laparotomía que nos permitan crear incisiones para poder introducir los trocares y poder hacer la resección por laparoscopia. En la caja de cirugía general podemos encontrar:

- Separadores de Farabeuf.
- Mikulicz.
- Kocher curvos.
- Porta-agujas.
- Tijeras de Metzembraum.
- Tijeras de Mayo rectas y curvas.
- Mango de bisturí.
- Pinzas de disección con dientes y sin dientes.



Instrumentos en una caja básica de laparotomía.
Realización propia

No solo son importantes las pinzas, también hay material esterilizado individualmente necesario para la intervención:

- Específico de la intervención:
 - EndoClip. Se usan para ocluir los vasos y conductos, en lugar de los puntos convencionales.
 - Endobag. Bolsa en la que se deposita la vesícula para su extracción.
 - Agua destilada.
 - Termo. Para sumergir la cámara en agua destilada caliente y evitar que se empañe al entrar en la cavidad abdominal.
- General:
 - Bisturí eléctrico.
 - Hoja de bisturí.
 - Capsula.
 - Goma del aspirador.
 - Gasas y compresas.
 - Batas, guantes y paños estériles.

Una vez comprobado que todo el material está presente para la intervención, la enfermera procederá al lavado de manos quirúrgico^{IV}.

Tras el secado de manos con material estéril y la colocación de bata y guantes estériles, la enfermera ayudará a los cirujanos a la colocación de los guantes y bata y posteriormente a la preparación del campo quirúrgico.

La enfermera colocará todo el material en la mesa de instrumentación (que previamente ha sido cubierta con paños estériles) de forma organizada y comprobará todo el instrumental antes de la intervención en busca de un funcionamiento incorrecto, defectos en la superficie o de suciedad y lo más importante, comprobar los indicadores de esterilización.

En caso de no contar con el indicador de esterilización o este estar dañado, se retirará la caja por completo y se sustituirá por otra precintada

^{IV} Ver anexo nº 4. Lavado de manos quirúrgico.

Instrumentación operatoria

La cirugía comienza con la entrada en la cavidad abdominal a través de una primera incisión supra o infra umbilical en la cual se introducirá el hasson^V o aguja de veress^{VI} por el cual se dirigirá la óptica hacia el interior. La enfermera debe facilitar al cirujano un bisturí frío y posteriormente el trocar con una jeringa llena de 30cc de aire (suero en el caso de la aguja de veress) que permitirá hinchar el balón para que el trócar quede fijo evitando que se desplace. A través de este se introducirá el dióxido de carbono (a una presión de 12mmhg) para crear el neumoperitoneo^{VII}.



Creación del neumoperitoneo mediante la aguja de veress. Técnica cerrada. (Realización propia.)

Una vez que el abdomen se ha distendido y que el cirujano ha introducido la óptica, a través de la transiluminación^{VIII}, realizará las demás incisiones para la introducción de mas trócares por lo que la enfermera vuelve a facilitar el bisturí frío y los trócares que el cirujano precise.

Se suele usar uno de 10 mm en la línea media (adicional) y dos de 5 mm en la línea axilar derecha e izquierda.

La óptica requiere unos cuidados antes de ser introducida en el campo: debe ser lavada con agua caliente para así evitar que se empañe con el contraste de temperatura y hacer un balance de blancos sobre una superficie clara para ajustar el color de la luz.



Inmersión de la óptica. (Realización propia.)

^V Ver anexo nº5. Foto de hasson.

^{VI} Aguja larga y fina que se inserta en la pared abdominal para introducir dióxido de carbono para iniciar un neumoperitoneo. Ver anexos. foto.

^{VII} Crear un espacio en el abdomen a través de gas con co2 con el objetivo de efectuar los procedimientos quirúrgicos.

^{VIII} colocación de una luz a través de un órgano o área del cuerpo para localización de vasos sanguíneos o anomalías.

La enfermera facilitará al cirujano un gancho (bisturí) y una pinza, en el caso de que hubiese 4 trocares facilitaría dos pinzas.



Bisturí Y pinza. (Realización propia.)



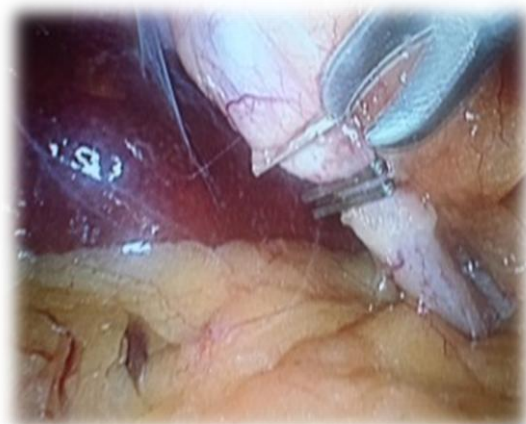
Óptica, pinza y bisturí. (Realización propia.)

A medida que se va retirando el tejido adiposo y se van mostrando vasos y conductos el cirujano pedirá un disector.



Disección de vasos y conductos. (Realización propia.)

En el momento que observamos vasos o el conducto cístico se facilitará el endoclip. El cirujano pondrá dos clips proximales y uno distal e inmediatamente después se cambiará el endoclip por las tijeras para poder cortar el vaso o el conducto localizado.



Corte del conducto cístico tras colocación de endoclip. (Realización propia.)

Una vez que la vesícula está suelta se tiene que extraer, para ello, será necesario que el cirujano tenga una bolsa (endobag) y una pinza.



Colocación de la vesícula en el endobag para su posterior extracción.
(Realización propia.)

Cuando la vesícula ha sido extraída, el cirujano comprueba el lecho vesicular, que no haya ninguna hemorragia ni pérdida de bilis. Si todo está correcto se retirarán los trócares y se cerrarán las incisiones. La enfermera instrumentista facilitará hilo para la incisión del ombligo y grapas para el resto.

Antes de que se proceda al cierre de las incisiones la enfermera contabilizará todo el instrumental y material (gasas, compresas) utilizado, para asegurarse que ningún objeto quede dentro del cuerpo del paciente,. En caso de que el recuento no sea correcto se comunicará a los cirujanos para que comprueben la cavidad abdominal.

Durante la intervención la enfermera deberá mantener limpio el material, para ello siempre tendrá una gasa mojada y cada vez que reciba un instrumento del cirujano deberá limpiarlo y depositarlo en el mismo lugar en el que lo tenía. Es muy importante que la mesa de la instrumentista siempre esté colocada de la misma manera para evitar errores al dar el material.

Instrumentación postoperatoria

Cuando el cirujano se retira del campo quirúrgico la enfermera debe limpiar, curar y cubrir las incisiones con apósitos estériles.

Después de la atención al paciente, la enfermera instrumentista se debe centrar en recoger la mesa de instrumentación y colocar los instrumentos en las cajas correspondientes para su envío a esterilización.

Al colocar cada pinza en su caja debe volver a contabilizar el material.

Es de gran importancia, que lo primero que retire de la mesa sean los objetos punzantes para evitar pinchazos accidentales por parte de cualquier miembro del equipo.

3.5 POSIBLES COMPLICACIONES EN LAPAROSCOPIA

A pesar de las ventajas antes citadas de esta cirugía, como cualquier intervención puede presentar una serie de complicaciones, entre las que se distinguen:

- Alto riesgo de lesión tisular, debido a una inadecuada posición del paciente, para evitar esto se colocarán los brazos en un ángulo no mayor de 90° y las piernas se posicionarán con una leve rotación externa.
- Quemaduras cutáneas por electrocirugía y por el cable de luz, por ello es muy importante colocar la placa neutra en una zona cercana a la intervención y evitar depositar el cable de luz sobre el paciente.
- Disminución del retorno venoso por compresión de vísceras sobre la cava inferior debido a la posición de trendelenburg, por eso es tan importante la colocación de medias de compresión.
- Desplazamiento del paciente de la mesa quirúrgica por haber realizado una inadecuada preparación del mismo en cuanto a la sujeción.
- Trauma directo sobre la vejiga por estar llena, para ello hay que asegurar de que el paciente ha orinado antes, si no es así la enfermera deberá sondarlo para vaciar la vejiga.
- Traumatismo sobre intestino o vasos, es muy importante tener preparada una caja de laparotomía por si hubiese que revertir la intervención quirúrgica.
- Alteración del intercambio gaseoso por una disminución del volumen respiratorio debido a la presión que ejercen las vísceras sobre el diafragma por la ocupación del CO₂ en el abdomen.
- Arritmias cardíacas por la presión del co₂ en la cavidad abdominal. (12)

- Hipotermia por la insuflación de CO₂ seco y a baja temperatura (Cada 50l de CO₂ insuflado baja la temperatura 0,3°C), el gas debe ser insuflado caliente y humedecido.

3.6. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA GENERALES (13) (14) (15) (16)

- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con exposición a temperaturas ambientales extremas, sedación, medicamentos que provocan vasodilatación o vasoconstricción. (00005).
 - Ajustar la temperatura del quirófano.
 - Cubrir la cabeza.
 - Cubrir al paciente con mantas.
 - Vigilar continuamente la temperatura del paciente.
 - Calentar o enfriar todas las soluciones de irrigación intravenosa y de preparación de la piel si procede.
 - Comprobar y mantener la temperatura de las soluciones de irrigación.
 - Comprobar la temperatura ambiental.
 - Proporcionar o activar el humidificador para los gases anestésicos.
 - Vigilar y mantener la temperatura de los dispositivos de calefacción / refrigeración.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la posición del paciente e inmovilización en la mesa quirúrgica.
 - Colocar material acolchado en las prominencias óseas.
 - Utilizar dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.

- Riesgo de lesión relacionado con el entorno perioperatorio, inmovilización en la mesa quirúrgica, instrumental, bisturí eléctrico y traslado del paciente. (00035).
 - Utilizar dispositivos de ayuda para la inmovilización.
 - Colocar las correas de seguridad y sujeción si es necesario.
 - Mantener una alineación correcta del paciente.
 - Vigilar la posición del paciente.
 - Colocar al paciente en la posición quirúrgica designada.
 - Ajustar la mesa de operaciones.
 - Bloquear las ruedas de la mesa quirúrgica.
 - Utilizar un número adecuado de miembros de personal para la transferencia del paciente.
 - Coordinar la transferencia y la colocación con el estado de la anestesia o nivel de conciencia.
 - Proteger los ojos para evitar úlceras.
 - Comprobar el aislamiento a tierra del monitor.
 - Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
 - Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.
 - Retirar todo el equipo que no sea seguro.
 - Retirar y almacenar las prótesis si procede.
 - Disponer unidad electroquirúrgica, almohadilla de toma a tierra y electrodo activo.
 - Verificar la integridad de los cables eléctricos.
 - Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electroquirúrgica.
 - Verificar la ausencia de marcapasos cardiacos u otros implantes eléctricos o prótesis metálicas que contraindiquen la cauterización electroquirúrgica.
 - Verificar que el paciente no está en contacto con ningún objeto metálico.
 - Inspeccionar la piel del paciente en el sitio de la almohadilla de toma a tierra.

- Aplicar la almohadilla de toma a tierra en una parte de la piel que este seca, intacta y con mínima cantidad de vello, sobre una masa muscular grande y lo más cerca posible al sitio de la operación.
 - Verificar que las soluciones preparatorias no son inflamables.
 - Proteger la almohadilla de toma a tierra de las soluciones preparatorias, de la irrigación y contra los daños.
 - Aplicar y utilizar una funda para guardar el electrodo activo durante la cirugía.
 - Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según ordenes del cirujano o normas de la institución.
 - Observar si hay lesiones en la piel del paciente después de la electrocirugía.
 - Aplicar y utilizar una funda para guardar la óptica.
 - Contar las compresas y el material quirúrgico antes, durante y después de la cirugía, registrando los resultados del recuento.
 - Anotar la información pertinente en el registro de operaciones.
- Riesgo de infección relacionado con el proceso quirúrgico. (00004).
 - Mejorar las superficies planas y las luces con polvo del quirófano.
 - Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 °C y 24 °C.
 - Monitorizar y mantener la humedad ente el 40 y el 60 %.
 - Monitorizar y mantener el flujo de aire laminar.
 - Limitar y controlar las entradas y salidas de personas en el quirófano.
 - Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos, si procede.
 - Disponer precauciones universales.
 - Asegurarse de que el personal de cirugía viste el equipo apropiado.
 - Verificar la integridad del embalaje estéril.

- Verificar los indicadores de la esterilización.
 - Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas.
 - Cepillado de manos y uñas, bata y guantes, según normas del centro.
 - Ayudar en la puesta de guantes y bata a los miembros del equipo.
 - Ayudar a cubrir al paciente asegurándose la protección ocular y minimizando la presión de las partes corporales.
 - Separar los suministros estériles de los no estériles.
 - Observar la esterilidad de la intervención y el suministro correcto del material.
 - Aplicar solución antimicrobiana en la zona de incisión, según normas del centro.
 - Aplicar toallas de absorción para evitar la acumulación de la solución antimicrobiana.
 - Obtener cultivos, si es necesario.
 - Administrar terapia de antibióticos, si procede.
 - Mantener la sala limpia y ordenada para limitar la contaminación.
 - Coordinar la limpieza y preparación de la sala de operaciones para el siguiente paciente.
 - Aplicar antiséptico en la herida quirúrgica.
 - Tapar la herida quirúrgica con apósitos.
- Riesgo de aspiración relacionado con la intubación endotraqueal y reducción del nivel de conciencia.
 - Abordar una vía aérea nasotraqueal para facilitar la aspiración.
 - Obtener signos vitales basales de SO₂.
 - Control de la TA, saturación, temperatura y frecuencia cardiaca.

- Ansiedad relacionada con la intervención quirúrgica. (00146).
 - Permanecer con el paciente hasta la sedación o anestesia para promover la seguridad y reducir el miedo.
 - Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
 - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
 - Ayudar al paciente a relajarse.
 - Mostrar calma ante el paciente.
 - Evitar producir situaciones emocionales intensas.
 - Describir las sensaciones en términos concretos y objetivos que el propio paciente va a experimentar.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con la cirugía abdominal. (00025).
 - Disponer de una vía intravenosa permeable.
 - Mantener un flujo de perfusión intravenosa constante.
 - Administrar líquidos intravenosos.
 - Vigilar la pérdida de líquidos (hemorragia, transpiración)
 - disponer de productos sanguíneos para transfusión, si fuera necesario.
 - Administrar productos sanguíneos, si procede.
 - Vigilar presión sanguínea y frecuencia cardiaca.
- Respuesta alérgica al látex. (00041).
 - Identificar la alergia.
 - Manifestar al personal sanitario la alergia del paciente.
 - Colocar bandas de aviso de alergia en el paciente.
 - Colocar señales de pegatina indicando que deben tomarse precauciones con el látex.
 - Estudiar el ambiente y extraer los productos de látex.
 - Controlar que el ambiente esté libre de látex.

4 CONCLUSIONES E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA

La búsqueda bibliográfica de este trabajo se ha realizado en diferentes buscadores científicos de internet, libros, artículos y revistas científicas. Aun así, este trabajo cuenta con poca bibliografía debido a que la mayoría de la información se ha obtenido tras la realización de las prácticas hospitalarias de dos meses en quirófano, en la que se ha contrastado información con el diferente profesional sanitario (cirujanos, anestesistas, enfermeras).

Tras la realización de este trabajo se puede concluir que:

- Las ventajas que ofrece este tipo de cirugía frente a la convencional (laparotomía) han quedado demostradas gracias a numerosos estudios, destacando la minimización del dolor postoperatorio del paciente, disminución en los días de hospitalización y menor riesgo de infecciones.
- A pesar de las numerosas ventajas, uno de los mayores inconvenientes es que requiere más tiempo de aprendizaje y especialización, por lo que no todos los hospitales pueden contar con personal sanitario cualificado para ello. Gracias a un estudio que se ha realizado (20) se ha demostrado que los hospitales que cuentan con enfermeras especializadas en esta técnica, han tenido mayor éxito frente a aquellos que no cuentan con personal enfermero especializado.
- No existen protocolos consensuados sobre las actividades que debe realizar la enfermera circulante e instrumentista, así como los cuidados que deben brindar en el pre, intra y postoperatorio inmediato, por lo que en este documento se recaba la información oportuna para poder realizarlo.
- Es importante conocer la intervención quirúrgica para poder instrumentarla, así como saber los cuidados que requiere el material para su conservación, evitando costes añadidos a la institución.

- Se ha descrito como transcurre una intervención de colecistectomía laparoscópica, para que sirva como ayuda y referencia al personal que se integre en el quirófano.

BIBLIOGRAFIA

1. Definiciones. [internet].; 2008 [citado el 20 de enero de 2014]. Disponible en: <http://definicion.de/laparoscopia/>.
2. KOTCHER FJ. Cirugía general. Cirugía de la vía biliar, el hígado, el páncreas y el bazo. Instrumentación quirúrgica. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2012. P. 538-539.
3. Mattox LK. Sistema biliar. En: Patrick G, Steven editores. Tratado de cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 19ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2013. P. 1746-1514.
4. Mattox Lk. Via biliar. En: Ahrendt SA, Pitt HA. Tratado de cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna 2vols. 17ed. Madrid: Elsevier España S.L.; 2005. P. 1597-1641.
5. nhHeluy de Castro Carolina, Efigênia de Faria Taís, Felipe Cabañero Rosa, Castelló Cabo Miquel. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. Index Enferm [revista en Internet]. 2004 Jun [citado 2014 Jun 01]; 13(44-45):18-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100004>.
6. Horay P. colecistectomía y exploración de las vías biliares principales mediante laparoscopia. Tratamiento laparoscópico de la coledocolitiasis. En: Barrie F, Millat B editores. Tratado de técnicas quirúrgicas digestivas 3vols. España: Elsevier, océano; 2013. P. 1515-1531.
7. Belda LR, Ferrer MM. Instrumentación en cirugía laparoscópica [internet]. Barcelona: Arán; 2011 [consultado el 4 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/rikibelda/cap2-instrumentacion>.
8. Belda LR, Ferrer MM. Instrumentación en cirugía laparoscópica [internet]. Barcelona: Arán; 2011 [consultado el 4 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/rikibelda/cap10-instrumentacion>
9. Gomez BAJ, Serra GI. Manual práctico de instrumentación quirúrgica en enfermería. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2010.
10. Harken HA, Moore EE. Enfermedad de la vesícula biliar. En: Biffi WL editores. Cirugía secretos. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2010. P. 191-192.

11. Gimenez EM. Litiasis vesicular y colecistitis aguda. En Gimenez E, Verdes JM, Palermo M editores. Cirugia. Fundamentos para la práctica clínico-quirúrgica. Madrid. Panamericana; 2014. P. 430-441.
12. Di Iorio C1, Cafiero T, Di Minno RM. The effects of pneumoperitoneum and head-up position on heart rate variability and QT interval dispersion during laparoscopic cholecystectomy. *Minerva Anestesiol.* 2010 Nov;76(11):882-9.
13. McCloskey DJ, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4a ed. Madrid: Elsevier.
14. Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
15. Hearther HT. Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
16. Bellido JC, Fernandez S, Coll E, Guerra RM. Construcción de un registro de actividad de la enfermera instrumentista. *Inquietudes.* 2009 jul-dic; 15(41):21-34.
17. Khanna A1, Sezen E, Barlow A, Rayt H, Finch JG. *Br J Surg.* Randomized clinical trial of a simple pulmonary recruitment manoeuvre to reduce pain after laparoscopy. 2013 Sep; 100(10):1290-4. doi: 10.1002/bjs.9202.
18. Cheng Y1, Lu J, Xiong X, Wu S, Lin Y, Wu T, Cheng N. Gases for establishing pneumoperitoneum during laparoscopic abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jan 31;1:CD009569. doi: 10.1002/14651858.CD009569.pub2.
19. Gurusamy K, Koti R, Davidson B. Elevación abdominal para colecistectomía laparoscópica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 8. Art. No.: CD006574. DOI: 10.1002/14651858.CD006574.
20. Caballero C. The role of the laparoscopic nurse practitioner. *Nurs Stand.* 1998 Jul 22-28; 12(44):43-4.
21. Bellido JC, Medina AF, Torres CM, Quero JC. Actividades de seguridad en la intervención quirúrgica. *Inquietudes.* 2010 ene-jun; 16(42):17-20.
22. Saenz A, Amador M, Fernandez-Cruz I. Cirugia laparoscopica. Conceptos e indicaciones. Barcelona: Institut de Malalties Digestives. [internet] Hospital clinic. [citado el 4 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/61/1398/56/1v61n1388a13018388pdf001.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. NEUMOPERITONEO.

“Se suelen utilizar dos técnicas para la creación del neumoperitoneo. La técnica cerrada emplea la aguja de veress que se introduce en la cavidad abdominal para insuflar gas y luego insertar a ciegas el primer trocar. La técnica abierta consiste en introducir el primer trocar de forma quirúrgica” bajo control visual y a continuación comenzar con la insuflación.

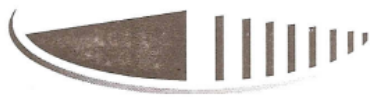
Para la creación del neumoperitoneo se utiliza dióxido de carbono, también pueden ser usados el helio, nitrógeno o argón pero no presentan ventajas clínicas sobre el dióxido de carbono.

El neumoperitoneo puede provocar un dolor postoperatorio en abdomen y en el hombro derecho o en ambos hombros debido a la distensión del diafragma durante el neumoperitoneo. Una presión de 5 a 7 mm HG disminuye el dolor postoperatorio frente a presiones de 12 a 15 mm HG. ”⁽⁴⁾ (17) (18)

“La distensión de la pared abdominal puede dar lugar a diversos cambios fisiológicos que afectan el funcionamiento del corazón o los pulmones. Estos cambios son más pronunciados al utilizar presiones mayores de gas para distender el abdomen. Por lo general, son bien tolerados en pacientes con un bajo riesgo de problemas anestésicos. Sin embargo, los pacientes con enfermedades preexistentes pueden no tolerar bien esta distensión del abdomen. Por lo tanto, se ha sugerido un método alternativo para permitir a los cirujanos visualizar las estructuras en el abdomen y utilizar los instrumentos mediante el levantamiento de la pared abdominal con dispositivos especiales (elevación de la pared abdominal) en pacientes sometidos a la colecistectomía laparoscópica.”⁽¹⁸⁾

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN EL HUIJANO	
ANTES DE LA ADMÓN. DE LA ANESTESIA Con enfermera y anestesiólogo como mínimo	ANTES DE LA INCISIÓN EN PIEL Con enfermera, anestesiólogo y cirujano
1. <input type="checkbox"/> Se ha confirmado, preguntando al paciente: • Nombre y apellidos del paciente (contrastar visualmente con pulsera identificativa y documentación del paciente) • Tipo de operación. • Si ha firmado los Consentimientos Informados.	1. <input type="checkbox"/> La enfermera confirma verbalmente: • Procedimiento y técnica empleada • Recuento de material: • Instrumental • Compresas/ Gases/ Torundas • Agujas • Identificación y gestión de las muestras biológicas
2. <input type="checkbox"/> Se ha confirmado la localización quirúrgica (en órganos pares, el lado quirúrgico): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> ¿Ha existido algún problema con los equipos para notificarlo y en su caso repararlo? <input type="checkbox"/> Sí, y se va a notificar <input type="checkbox"/> No
3. <input type="checkbox"/> Se han verificado los aparatos de anestesia y la medicación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. <input type="checkbox"/> Cirujano, anestesiólogo y enfermera han revisado los aspectos críticos de la atención postoperatoria: • Identificación paciente de alto riesgo • Necesita medidas especiales • Precisa tratamiento analgésico • Precisa destino especial • Drenajes
4. <input type="checkbox"/> Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiempo de cumplimiento <input type="text"/> minutos
5. <input type="checkbox"/> ¿Tiene el paciente?: • ¿Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • ¿Dificultad en la vía aérea /riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y el equipo y la asistencia están disponibles • ¿Puede precisar de concentrados de hematies >500 ml de sangre (7 ml/kg en niños) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y dispone de una vía de acceso IV adecuada/fluidos necesarios	4. <input type="checkbox"/> ¿Están presentes las pruebas de imagen correspondientes? Sí <input type="checkbox"/> No se precisan Tiempo de cumplimiento <input type="text"/> minutos
6. <input type="checkbox"/> Se precisa profilaxis antibiótica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se procede a su administración si no se ha administrado ya.	5. <input type="checkbox"/> Anticipación de sucesos críticos: Cirujano repasa: ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, la duración de la intervención, la pérdida de sangre esperada? Anestesiólogo repasa: ¿Presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación? El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilización (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.
7. <input type="checkbox"/> Se precisa profilaxis tromboembólica <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/> Sí, ya se ha administrado <input type="checkbox"/> Sí, no se ha administrado y se adoptan medidas sustitutivas no farmacológicas.	6. <input type="checkbox"/> ¿Están presentes las pruebas de imagen correspondientes? Sí <input type="checkbox"/> No se precisan Tiempo de cumplimiento <input type="text"/> minutos
8. <input type="checkbox"/> ¿Es necesario el calentamiento del paciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y existe el material adecuado	7. <input type="checkbox"/> ¿Están presentes las pruebas de imagen correspondientes? Sí <input type="checkbox"/> No se precisan Tiempo de cumplimiento <input type="text"/> minutos
9. <input type="checkbox"/> Se ha verificado la existencia de material quirúrgico • Caja de instrumental • Equipo quirúrgico (microscopios, motor, Rx, etc) • Prótesis	Observaciones:
Tiempo de cumplimiento <input type="text"/> minutos	Observaciones:

(*) Si ha tenido que realizar alguna actuación correctora, por favor, indíquelo con una cruz



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

APELLIDOS

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE

EDAD

TELÉFONO

HOJA DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

SERVICIO

CAMA

RECEPCIÓN DEL PACIENTE

FECHA DIAGNÓSTICO

QUIRÓFANO N.º INTERVENCIÓN

RASURADO CENTRAL YESOS

PREPARACIÓN PREOPERATORIA VÍA VENOSA

LIMPIO PERIFÉRICA APÓSITOS/VENDAJES

PREMEDICACIÓN H.º C. SONDA N.G. ALERGIAS SÍ NO

RX SONDA VESICAL TIPO

PRÓTESIS DENTAL

TRACCIONES

CUIDADOS PREOPERATORIOS INMEDIATOS

SONDA VESICAL PERMANENTE

TIPO Y N.º

ORINA CANTIDAD Y ASPECTO VÍA VENOSA

SONDA N.G. N.º CATÉTER N.º

PLACA DE BISTURÍ LUGAR PUNCIÓN

CUIDADOS DURANTE LA INTERVENCIÓN

SUEROS EMPLEADOS EN EL CAMPO

LÍQUIDOS ASPIRADOS EN EL CAMPO

MEDICACIÓN EN EL CAMPO

OTROS MEDICAMENTOS Y VÍAS DE ADMÓN.

CONTAJE DE COMPRESAS N.º TOTAL

CONTROL CAMBIO DE TURNO CORRECTO CONTROL FINAL CORRECTO

INCORRECTO INCORRECTO

FINAL DE LA INTERVENCIÓN

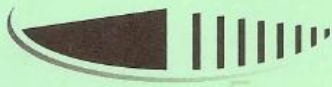
TIEMPO DE INTERVENCIÓN: COMIENZO FINAL

EL PACIENTE SALE DE QUIRÓFANO CON:

DRENAJES <input type="checkbox"/>	SUERO <input type="checkbox"/>	CONSCIENTE <input type="checkbox"/>
TIPO	SANGRE <input type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>
	SONDA N.G. <input type="checkbox"/>	EXTUBADO <input type="checkbox"/>
	SONDA VESICAL <input type="checkbox"/>	TUBO ENDOTRAQUEAL <input type="checkbox"/>
	ESTOMA <input type="checkbox"/>	TUBO GUEDELL <input type="checkbox"/>
	YESOS <input type="checkbox"/>	TRAQUEOTOMÍA <input type="checkbox"/>
	TRACCIONES <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
	MATERIAL IMPLANTADO <input type="checkbox"/>	
	OTROS <input type="checkbox"/>	

DESTINO PACIENTE	MUESTRAS ENVIADAS	EQUIPO QUIRÚRGICO ENFERMERÍA
U.V.I. <input type="checkbox"/>	ANAT. PATOLÓGICA <input type="checkbox"/>	INSTRUMENTISTA
REANIMACIÓN <input type="checkbox"/>	MICROBIOLOGÍA <input type="checkbox"/>	CIRCULANTE
UNIDAD <input type="checkbox"/>	INTRAOPERATORIA <input type="checkbox"/>	AUX. ENFERMERÍA

E.G.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

**HOJA DE CIRCULANTE
INTERVENCIÓN URGENTE**

NOMBRE _____

HISTORIA CLÍNICA _____

APELLIDOS _____

EDAD _____

FECHA NACIMIENTO _____

Nº S.S. _____

DOMICILIO _____

POBLACIÓN _____

C.P. _____

FECHA _____

ESPECIALIDAD _____

QUIRÓFANO UTILIZADO: _____

HORA ENTRADA ÁREA QUIRÚRGICA _____

HORA SALIDA ÁREA QUIRÚRGICA: _____

HORA ENTRADA QUIRÓFANO: _____

HORA SALIDA QUIRÓFANO: _____

HORA INICIO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: _____

HORA FINAL INTERVENCIÓN: _____

TRANSFUSIÓN

RX

ANATOMÍA PATOLÓGICA: INTRAOPERATORIA

ORDINARIA

ANESTESIA:

TIPO DE ANESTESIA:

ANESTESISTA 1º: _____

GENERAL

SUBARACNOIDEA

ANESTESISTA 2º: _____

TRONCULAR

EPIDURAL

RESIDENTES _____

LOCAL

RETROBULBAR

SEDACIÓN

OTRAS _____

CIRUGÍA

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: * _____

INTERVENCIÓN REALIZADA: * _____

CIRUJANO 1: _____

INSTRUMENTISTA 1: _____

CIRUJANO 2: _____

INSTRUMENTISTA 2: _____

CIRUJANO 3: _____

CIRCULANTE 1: _____

CIRUJANO 4: _____

CIRCULANTE 2: _____

RESIDENTES: _____

OBSERVACIONES:

DESTINO DEL PACIENTE:

REA QUIRÚRGICA:

U.R.P.A.:

UVI:

U. HOSPITALIZACIÓN:

U. C.M.A.:

DOMICILIO:

EXITUS:



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

APELLIDOS

NOMBRE

EDAD

TELÉFONO

CAMA

HISTORIA CLÍNICA

PROTOCOLO QUIRÚRGICO

Servicio: Fecha de la intervención: / /

Diagnóstico preoperatorio:

Diagnóstico postoperatorio:

Intervención realizada:

Cirujano:

Ayudantes:

Anestesia:

Anestesia: Local

General

Otra

INFORME :

Apertura

Hallazgos

Técnica

Drenajes

Cierre

Transfusiones

Anatomía Patológica

Laboratorio

Resumen de hallazgos

Firma del cirujano



HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA

.....
NOMBRE
.....
APELLIDOS
.....
EDAD FECHA NACIMIENTO
.....
DOMICILIO
.....
POBLACION

HISTORIA CLINICA

.....
SEXO Nº S.S.
.....
D.N.I.
.....
C.D. TELEFONO

PETICION DE ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

SERVICIO: MÉDICO SOLICITANTE: FECHA DE ENTRADA:

BIOPSIAS

HEPÁTICA	RENAL	GINECOLOGICA
Ictericia Ascitis	Tensión arterial	Menarquia Menopausia
Bilirrubina Dir Ind.	Edemas	Tipo de ciclo
Hanger Kunkel McLagan	Urea en sangre	Ultimo día de ciclo
GOT..... G.P.T..... Bromosulf	Densidad Reacción	Motrorragias
Globulinas	Albuminuria Piuria	Tratamiento hormonal
Otros datos	Cilindruria Hematuria	Otros datos
	Glucosuria Colesterina	
	Otros datos	

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Datos clinicos pertinentes:

Tratamientos que pueden modificar la Histología:
(radicales, hormonas, citostáticos, etc...)

Diagnóstico preoperatorio:

Tipo operación:

Hallazgos operatorios:

Diagnóstico postoperatorio:

Cirujano Dr.

PIEZA:

ANEXO 3. TROCAR.



ANEXO 4. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.

The handrubbing technique for surgical hand preparation must be performed on perfectly clean, dry hands. On arrival in the operating theatre and after having donned theatre clothing (cap/hat/boots) and mask, hands must be washed with soap and water. After the operation when removing gloves, hands must be rubbed with an alcohol-based formulation or washed with soap and water if any residual bio or biological fluids are present (e.g. the glove is punctured).

Surgical procedures may be carried out one after the other without the need for handwashing, provided that the handrubbing technique for surgical hand preparation is followed (Images 1 to 17).

1 Put approximately 5ml (3 doses) of alcohol-based handrub in the palm of your left hand, using the elbow of your other arm to operate the dispenser.

2 Dip the fingertips of your right hand in the handrub to decontaminate under the nails (5 seconds).

3 Images 3-7. Smear the handrub on the right forearm up to the elbow. Ensure that the whole skin area is covered by using circular movements around the forearm until the handrub has fully evaporated (10-15 seconds).

4 See legend for Image 3.

5 See legend for Image 3.

6 See legend for Image 3.

7 See legend for Image 3.

8 Put approximately 5ml (3 doses) of alcohol-based handrub in the palm of your right hand, using the elbow of your other arm to operate the dispenser.

9 Dip the fingertips of your left hand in the handrub to decontaminate under the nails (5 seconds).

10 Smear the handrub on the left forearm up to the elbow. Ensure that the whole skin area is covered by using circular movements around the forearm until the handrub has fully evaporated (10-15 seconds).

11 Put approximately 5ml (3 doses) of alcohol-based handrub in the palm of your left hand, using the elbow of your other arm to operate the dispenser. Rub both hands at the same time up to the wrists, and ensure that all the steps represented in Images 12-17 are followed (20-30 seconds).

12 Cover the whole surface of the hands up to the wrist with alcohol-based handrub, rubbing palm against palm with a rotating movement.

13 Rub the back of the left hand, including the wrist, moving the right palm back and forth, and vice-versa.

14 Rub palm against palm back and forth with fingers interlocked.

15 Rub the back of the fingers by holding them in the palm of the other hand with a sideways back and forth movement.

16 Rub the thumb of the left hand by rotating it in the clasped palm of the right hand and vice versa.

17 When the hands are dry, sterile surgical clothing and gloves can be donned.

Repeat the above-illustrated sequence (average duration, 60 sec) according to the number of times corresponding to the total duration recommended by the manufacturer for surgical hand preparation with an alcohol-based handrub.

ANEXO 5.HASSON.



ANEXO 6.AGUJA DE VERESS.



