



## PE-03 - PROTOCOLO DE RECONVERSIÓN DE CIRUGÍA ROBÓTICA A CIRUGÍA ABIERTA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Inés Luque Vázquez<sup>1</sup>, Cristina Jiménez Ruiz<sup>1</sup>, Alejandra de la Fuente Añó<sup>1</sup>, Inés Marín Marqués<sup>1</sup>, Consuelo Vargas Fernández<sup>1</sup>, Inés Centeno Tamame<sup>2</sup>, Lucía Milla Collado<sup>3</sup>, Valerio Perna Perna<sup>2</sup> y María Rodríguez Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de Navarra, Madrid; <sup>2</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; <sup>3</sup>Hospital Militar Central Gómez Ulla, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Creación de un protocolo de conversión de cirugía robótica a abierta en situaciones de emergencia.

**Métodos:** Para abordar este objetivo se analizaron los aspectos críticos del proceso, así como aquellos a mejorar. Se organizó una reunión de expertos en la materia, que comprendían 4 cirujanos torácicos, 2 enfermeras de quirófano y 2 enfermeras de consultas externas.

**Resultados:** Población diana: pacientes en los cuales exista imposibilidad de continuar la cirugía robótica en condiciones de seguridad, sangrado no controlable o la necesidad de realizar RCP. Desarrollo del procedimiento. Una vez que el cirujano comunica al equipo que se ha producido o está a punto de producirse una situación de emergencia, se llevan a cabo las siguientes actuaciones: anestesista solicita ayuda, incluyendo los productos sanguíneos. La enfermera circulante solicita refuerzos y comienza a preparar el material que pudiera ser necesario y que no se encuentre en el campo quirúrgico. El cirujano de consola comprime el sangrado hasta evaluar la gravedad del mismo y las posibilidades de solución del mismo sin conversión. En caso de que no se solucione, se elige el abordaje de la conversión: si toracotomía posterolateral: se comprime con el brazo más anterior. Si toracotomía lateral o anterior: se comprime con el brazo más posterior. Una vez controlado el sangrado mediante compresión, cirujano asistente e instrumentista comienzan a retirar los instrumentos asegurándose de que no se encuentran manipulando tejidos. Se realiza la toracotomía y una vez realizada o bien se retira el brazo compresor desde la mesa o desde la consola. A lo largo de todo el proceso es fundamental asegurar un liderazgo claro del equipo, así como la comunicación entre todos sus miembros.

Responsabilidades de cada miembro del equipo  
 Enfermería (preparación del material necesario)  
 Aspiración de emergencia preparada (yankauer y aspirador de laparoscopia)  
 Material de toracotomía  
 Suturas de monofilamento no reabsorbibles  
 Suturas vasculares robóticas, grapadoras vasculares  
 Cirujano asistente  
 Tener puertos accesorios listos para el posible uso de la grapadora

Material para comprimir (cigarros, gasas o compresas, torundas)

Tener un puerto accesorio para succión y permitir visibilidad en caso de sangrado

Cirujano consola	Se comunica constantemente con el equipo sobre el progreso y los riesgos que se presenten
Anestesia	Asegurar al menos un acceso IV de gran diámetro.
Colocar suficientes llaves de tres pasos cerca del paciente para usar con medicación para reanimación. Productos sanguíneos listos para transfusión (en caso de alto riesgo de sangrado, en quirófano) y calentadores de sangre listos	
Banco de sangre	Productos sanguíneos combinados y listos para transfusión

**Conclusiones:** En cirugía robótica es esencial que todos los miembros del equipo quirúrgico estén involucrados en la planificación y ejecución de la estrategia de conversión. Para ello debemos reforzar la preparación del equipo, para así minimizar el riesgo para el paciente. Los protocolos ayudan al profesional a la toma de decisiones evitando variabilidad clínica, sobre todo en situaciones estresantes. También nos sirve de guía para evaluación de la calidad de nuestra actuación.