

PRE Y POSTOPERATORIO

Mgs. Dra. Bustamante C. Gladys¹
Chui Rivas Miriam Regina²
Coca Flores Blanca Irene³

RESUMEN

Para iniciar un acto quirúrgico se requieren cumplir algunas etapas de evaluación previas a la cirugía en sí, es en este sentido que la evaluación preoperatoria abarca desde la visita inicial del paciente hasta que el mismo ingrese a la sala de cirugía, durante ésta etapa el paciente debe someterse a exámenes de laboratorio y pruebas de gabinete necesarias que permitan tomar alguna medida preventiva en caso de ameritarlo y faciliten el procedimiento quirúrgico.

Por supuesto, el manejo de la historia clínica en el momento de la consulta y durante la etapa preoperatoria constituye el instrumento de mayor valor, sobre el cual el personal de salud (médico u odontólogo) tomará decisiones durante y después del procedimiento quirúrgico programado.

Una vez concluida la cirugía, el registro inmediato de datos en la historia clínica permitirá las intervenciones correspondientes en las primeras horas después de la cirugía, hasta la recuperación completa del paciente.

PALABRAS CLAVES

Preoperatorio, postoperatorio, sedación, consentimiento informado.

ETAPA PREOPERATORIA

Se define como etapa preoperatoria a la valoración clínica, laboratorial y de gabinete, que se realiza a pacientes que van a ser sometidos a una cirugía. Para ello, el profesional responsable del acto quirúrgico debe realizar una historia clínica detallada,

manifestando con claridad los antecedentes personales que puedan interferir en el manejo quirúrgico planificado, así como los datos clínicos relacionados a alergias medicamentosas. El examen físico descrito en la historia clínica, deberá contar con la aplicación de maniobras necesarias en el área a ser intervenida, especificando detalladamente los hallazgos de la región comprometida. Una vez planteado el diagnóstico clínico presuntivo, debe ser comunicado al paciente, realizándose la solicitud de exámenes que confirmen la sospecha clínica. Cuando este primer paso ha sido cumplido, el profesional responsable comunicará al paciente los resultados y planteará las opciones de tratamiento, describiendo las ventajas y desventajas de cada una de ellas, así como los riesgos y beneficios del procedimiento que ha sido elegido por el médico u odontólogo a cargo.¹

El profesional tratante, una vez revisados los antecedentes y resultados de los exámenes solicitados, clasificará al paciente según el estado físico propuesto por la ASA (American Society of Anesthesia) en:

- Clase I: Individuo sano con enfermedad localizada
- Clase II: paciente con enfermedad leve independiente de la causa que origina la intervención
- Clase III: paciente con enfermedad grave no incapacitante.
- Clase IV: paciente con enfermedad incapacitante que condiciona riesgo de muerte.²
- Clase V: paciente moribundo no se espera que sobreviva 24 horas con o sin operación³

Con ello, el profesional responsable cataloga el grado de riesgo quirúrgico que tendrá el procedimiento elegido en el paciente en particular, riesgo que le será transmitido al paciente, sin generar falsas expectativas, ni exagerar en los resultados esperados sean estos buenos o malos. Es muy importante entonces, que el paciente comprenda bien todas las explicaciones e instrucciones del cirujano y que en todo momento el paciente no deba dudar en preguntar lo que desee acerca de su enfermedad. Después que el paciente realice la primera visita es

¹ Médico Especialista en Medicina Interna.
Docente Emérito UMSA Semiología General.
Miembro CEI-CNB

² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

³ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

recomendable que realice una lista de preguntas e interrogaciones al cirujano para que estas dudas sean respondidas en la segunda visita.

Los exámenes de laboratorio frecuentemente solicitados son: el hemograma, examen de orina, NUS, creatinina, grupo sanguíneo y Rh, tiempo coagulación, sangría y protrombina, glucemia, ALT, AST, además de algunos exámenes individualizados como hemoglobina glicosilada, pruebas tiroideas, colesterol total y perfil lipídico, HCG-B , Rx simple y con contraste del área estudiada, ecografía, TAC, RMN, estudios de medicina nuclear, endoscopia, en función a la patología que se pretende tratar. Una vez concluidos los exámenes correspondientes, se inicia la planificación del acto operatorio, debiéndose inicial el mismo, con el consentimiento informado del paciente.

Consentimiento informado (C.I.) preoperatorio

El consentimiento informado es un procedimiento obligatorio, normado por el Ministerio de Salud y deportes a través de la serie de Documentos Técnico-Normativos, publicado en el año 2008, donde se hace énfasis en la dignidad del ser humano y el derecho que éste tiene a conocer los procedimientos que se realizan en su cuerpo y la autonomía de decisión sobre los mismos, sin ser cohercionado, atemorizado o condicionado. Este requerimiento obligatorio se aplica en los tres niveles de atención, no siendo una responsabilidad limitada solo al personal médico, sino también a los odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas, y todo el personal relacionado con el área de la salud.

Esta decisión contemplada en la Ley 3131 del Ejercicio del Profesional Médico y el decreto supremo 28562 de diciembre del 2005 dan la obligatoriedad de la obtención del consentimiento informado, encontrándose que en el año 2006 el Ministerio de Salud a través de la Resolución Ministerial No. 0377 emite un formato específico de consentimiento informado que fue adaptado a manejos clínicos con uso de sangre

De este modo la no obtención del consentimiento informado puede ser una violación a los derechos individuales del ser humano, sin que su obtención vaya a legitimar la mala praxis profesional, constituyéndose en un documento médico legal, donde la información sobre riesgos y resultados posibles, debe ser explícita, así como la comprensión clara del paciente y familiares de los pasos a seguir en el acto o procedimiento planificado, y la toma voluntaria de la decisión de ser o no sometido al procedimiento propuesto por el médico u odontólogo, sin que su aceptación deslinde la responsabilidad profesional.

En este sentido el Ministerio de Salud y Deportes, plantea un modelo de formato, sin que éste sea limitante, debiéndose incluir todos los aspectos que requieran ser aclarados en el documento en mención.

El formato del documento del Consentimiento informado debe ser leído por el paciente y sus familiares y el mismo debe tener un lenguaje coloquial, sin abreviaciones, siglas o términos incomprensibles para el paciente y su familia, debe estar redactado en tercera persona, y contener en la parte inferior la redacción de aceptación o negativa del procedimiento sin que este haya sido obligado o inducido por el profesional tratante, aclarándose que el paciente puede retirar su aceptación en cualquier momento antes del procedimiento, del mismo modo se debe incluir solo en caso necesario la aceptación del paciente para ser filmado, fotografiado, etc.

Por lo tanto el consentimiento informado responde a ciertas características: Voluntariedad, información y comprensión, requisitos que si no son cumplidos, pueden ser observados como vicios de nulidad del procedimiento. Para ello se deberá tomar en cuenta el idioma nativo del paciente, quien requiere que la información sea dada en su idioma a través de un traductor o en forma escrita sin tergiversar la idea planteada en el idioma del profesional tratante.

Los límites propuestos en el consentimiento informado del documento ministerial plantean: el derecho del paciente a no ser informado (debe estar escrito en la historia

clínica), riesgos para la salud pública, menores de edad o personas con incapacidad física o psíquica, emergencias con riesgo para la salud. Solo en estos casos el consentimiento informado no será aplicado en los pacientes.

Cuando el documento sea obtenido, se debe adjuntar a la historia clínica del paciente, verificando que esté registrado la fecha y hora de la firma del documento, el nombre y firma de las personas que estuvieron en el procedimiento de obtención, la firma del profesional responsable (las firmas deben ser hechas con bolígrafo azul) o la huella dactilar de los participantes del C.I.

El documento ministerial plantea varios modelos de C.I. para diferentes procedimientos, hospitalización, transfusiones sanguíneas, procedimientos diagnósticos etc.⁴

VALORACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La valoración de riesgo cardiovascular es probablemente el procedimiento más estudiado y ejecutado por los cirujanos, siendo obligatorio en pacientes de más de 40 años de edad, o aquel que tenga condiciones mayores a la Clase II de estado general ASA.

En este sentido los pacientes que tienen antecedentes de infarto de miocardio, disnea de esfuerzo, angor de esfuerzo, datos de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, tratamiento esteroideo, hepatopatía crónica, hipertensión, tabaquismo entre algunos, deben ser valorados por un cardiólogo, quien determinara el grado del riesgo cardiológico al cual está siendo sometido el paciente antes del procedimiento quirúrgico.

Si durante esta valoración se encuentra la presencia de R3, estenosis aortica significativa, hipertensión arterial o venosa, datos de prolapso mitral o malnutrición se constituyen en bases de un riesgo quirúrgico alto.

El índice de riesgo cardiaco se expone en la siguiente tabla

Parámetro	PT	*
Historia		
• Edad > 70 años	5	*
• Infarto miocardico 6 meses previos	10	*
Exploración		
• R3 o aumento presión venosa	11	*
• Estenosis aortica	3	
Electrocardiograma		
• Ritmo no sinusal o extrasístole SV en ultimo ECG	7	*
• Más de 5 EV en cualquier ECG	7	
Estado general		*
• pO2 < 60 o pCO2 > 50 mmHg	3	
• K < 3.0 o HCO3 < 20 mEq/L	3	
• BUN > 50 o creatinina > 3mg/dl	3	
• GOT sérica anormal, datos hepatopatía	3	
• Encamado por causa no cardiaca	3	
Operación:		
• Intraperitoneal, intratoracica o aortica	3	
• Urgente	4	

*=factor potencialmente reversible. SV= supraqventricular. EV= extrasístole ventricular. ECG= electrocardiograma. BUN= Nitrógeno ureico sérico. Tomado de Goldman, L.(New England Journal of Medicine,1977) y Columba Navarro en <http://www.slideshare.net/elgrupo13/pre-pos-y-trans-operatorio>^{5,6}

A partir de los parámetros expuestos, se establecen las escalas de Goldman que e manifiestan por la sumatoria de valores de cada factor predictivo y se sistematizan en:

- Clase I : 0 a 5 con riesgo de mortalidad del 0,2%
- Clase II: 6 a 12 con riesgo de mortalidad del 1,5%
- Clase III : 13 a 25 con riesgo de mortalidad de 2,3%
- Clase IV > o igual a 26 con mortalidad de 56%⁶

VALORACIÓN DE RIESGO PULMONAR

Del mismo modo que se evaluó el corazón, los riesgos pulmonares también pueden producir complicaciones durante la cirugía. Es así que se plantean los siguientes factores de riesgo en el área ventilatoria.

- a) Factores no pulmonares
 - a. Lugar de cirugía próxima al diafragma
 - b. Anestesia no local ni regional
 - c. Edad
 - d. Obesidad

- b) Factores pulmonares
 - a. Fumador activo en las últimas 8 semanas
 - b. Tos y expectoración crónicas
 - c. Sibilancias audibles previas
- c) Pruebas complementarias: atelectasia, bronquitis crónica, FEV1 < 70% del teórico, FEF < 50%, aumento volumen residual, hipercapnia mayor a 45 mmHg⁶

VALORACION DE RIESGO TROMBOEMBOLICO

La valoración de riesgo de formación de émbolos radica en la frecuencia de presentación de tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP) como complicaciones operatorias y postoperatorias, para lo cual se debe indagar sobre alteraciones relacionadas a coagulopatías como el déficit de antitrombina III, disfibrinogenemia, lupus eritematoso sistémico, síndrome nefrótico, cáncer, infartos, insuficiencia cardiaca, etc. Para tomar las precauciones necesarias en caso de existir algunos de estos antecedentes.

De este modo se clasificará en:

Riesgo alto: si tiene cirugía por cáncer, TEP o TVP previos o más de dos factores de riesgo

Riesgo Moderado: si tiene un factor de riesgo

Riesgo bajo: cirugía menor de 30 minutos con ausencia de factores de riesgo

Normas que debe cumplir el paciente antes de ingresar a la sala de operaciones:

Las normas dependen del tipo de cirugía a realizar, así en cirugías generales el paciente debe tomar un baño de todo el cuerpo, utilizando jabón, el que por sus propiedades antisépticas ayudará a eliminar microorganismos y a desengrasar la piel. Mientras que los pacientes de cirugía odontológica, no requieren de este requisito.

El segundo criterio es que el paciente debe estar en ayunas por lo menos 8 horas, para cirugías generales. Para cirugías locales, como las de piel, este requisito no es obligatorio.

El tercer criterio radica en el estado de salud en el momento de la cirugía, ya que un resfriado puede ser causa de suspensión del procedimiento

ETAPA POSTOPERATORIA

El postoperatorio es el periodo transcurrido después de una intervención quirúrgica, hasta el alta del paciente.

Es así que el postoperatorio se divide en:

- a) **Inmediato.-** es aquel que se encuentra entre las 12 a 72 horas de culminado el acto quirúrgico o realizada la extubación. En este periodo se debe verificar el traslado del paciente a la unidad que corresponda en función al estado general del mismo. De igual manera se establecerá la posición de reposo del paciente hasta que recobre la conciencia, evitando colocar el decúbito dorsal por riesgo de bronco-aspiraciones. La posición también dependerá del tipo de cirugía realizada y del área anatómica intervenida.^{7,8}

El profesional a cargo debe instaurar las medidas inmediatas de manejo medicamentoso, de control de signos vitales o de alteraciones hidroelectrolíticas, controlando en forma estricta las alteraciones de la conciencia, presencia de hemorragias o cambios en la ventilación.^{9,10}

En caso necesario se realizarán pruebas de laboratorio y de gabinete de control.

- b) **Mediato.-** Se denomina así al tiempo en el cual el paciente ha recuperado de la anestesia, y en el que los niveles de conciencia permiten que el profesional responsable emita órdenes que sean comprensibles al paciente.

En esta etapa se debe tener cuidado de realizar las curaciones requeridas en la herida operatoria, controlando signos de infección local o sistémica, así como complicaciones esperables resultantes del acto quirúrgico¹¹

c) **Tardío.-** Es el momento en el cual el paciente se retira del nosocomio a su domicilio y realiza controles en forma externa hasta el retiro de los puntos, suspensión de los medicamentos y o proceso de rehabilitación concluido. El tiempo esperable de este periodo es de hasta un mes.¹²

BIBLIOGRAFIA.-

1. Anónimo Cirugía Estética. Pasos de una intervención. URL disponible en: http://www.publispain.com/cirugia-estetica/pasos_intervencion.html fecha de acceso: noviembre 17 del 2011.
2. Vargas Carbajal E. Preoperatorio. Presentación en diapositivas 1-19 en línea URL disponible en <http://www.slideshare.net/drvargas43/preoperatorio> Accedido en fecha 15 de noviembre del 2011
3. Navarro Romero C., Rodríguez Ponce R. Pre, trans y postoperatorio. Presentación en diapositivas 1-38. URL disponible en: <http://www.slideshare.net/elgrupo13/pre-pos-y-trans-operatorio> fecha de acceso: noviembre 15 del 2011
4. De la Gálvez Murillo A., Luna Orosco Eduardo J. Obtención del Consentimiento informado. Ministerio de Salud y Deportes. Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría 2008,1-31
5. Bugidos Benavidez R. Principios generales de valoración preoperatoria. Clínicas Urológicas de la Complutense. Editorial Complutense de Madrid 1993,2:77-96
6. Camayd Zogbe, E. Cirugía General Programada de Especialización. Editorial Pueblo y Educación 1986, 1:56-57.
7. Parry Montesinos R. R., Zabala Solíz, E. M., Endara Guzmán, j A. Técnicas Quirúrgicas. Editorial Facultad de Medicina – UMSA 2002, XLVII, 7:123-129, 14: 205-217.
8. Anónimo Enfermería UA0812. Posiciones de los pacientes encamados. URL disponible en: <http://enfermeriaua0811.wetpaint.com/page/Posiciones+de+los+pacientes+encamados> fecha de acceso: noviembre 17 del 2011
9. Anónimo CIRUGEST. Revisiones de temas Quirúrgicos. URL disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir04-01/04-01-01.htm> fecha de acceso: noviembre 17 del 2011
10. Anónimo Arellano Villota C. Postoperatorio, asunto de cuidado. URL disponible en: http://www.ladosis.com/articulo_interno_nd.php?art_id=3881#2 fecha de acceso: noviembre 17 del 2011

11. Anónimo Plaza Veá. Dieta para pacientes en postoperatorio. URL disponible en: <http://www.plazavea.com.pe/blogs/vea-dietas/dieta-para-pacientes-post-operatorios.html> fecha de acceso: noviembre 17 del 2011.
12. Anónimo Medicina Estética Integral. Postoperatorio. URL disponible en: <http://www.medicinaesteticaintegral.com/postoperatorio/> fecha de acceso: noviembre 17 del 2011