

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

MATERIA: CLÍNICA QUIRURGICA

**DOCENTE: DR MANUEL EDUARDO LÓPEZ
GÓMEZ**

ALUMNO: MARCOS GONZÁLEZ MORENO

SEMESTRE Y GRUPO: 5°A

TEMA:

**“PRINCIPIOS DE CIRUGÍA PREOPERATORIA
Y OPERATORIA”**

INTRODUCCIÓN

Gran parte de la actividad asistencial que se desarrolla en los Hospitales está relacionada con la cirugía. En toda cirugía, la presencia de enfermeras hoy día se considera imprescindible; su participación en todas las fases quirúrgicas, en todo el periodo perioperatorio, contribuye a que el proceso quirúrgico sea para el paciente más confortable y llevadero, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías.

Tras la preparación y evaluación preoperatoria, el paciente entra en el período intraoperatorio, que se inicia con el traslado del paciente al quirófano y finaliza cuando ingresa en la unidad de asistencia postanestésica. La asistencia de enfermería durante este período abarca distintas actividades dirigidas al paciente sometido a cirugía. El centro de atención de la asistencia de enfermería deja de ser la preparación del paciente para la experiencia operatoria y pasa a la protección, la defensa y la prestación de atención, debido a la mayor dependencia del enfermo durante el período operatorio.

En el transcurso de una intervención quirúrgica, en función de su complejidad, las enfermeras tienen que desplegar una importante actividad en torno al paciente, a la cirugía o al equipo de profesionales que intervienen. La actividad de las enfermeras y el rol que desempeñan dentro de los quirófanos se puede encuadrar según la función principal que asume durante la cirugía.

CIRUGÍA PREOPERATORIA Y OPERATORIA

PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE

Consulta externa / emergencia, Hospitalización y Evolución

MÉTODOS DE EVALUACIÓN PRE QX. DIFIEREN SEGÚN:

Naturaleza del problema;

Intervención quirúrgica indicada;

Intervención quirúrgica indicada;

Investigación e intervención para la mejoría del paciente

PRINCIPIOS Y PREPARACIÓN DE LA CIRUGÍA OPERATORIA

Participación en programas de formación en cirugía de alta calidad

Oportunidad de aprendizaje y actuación repetida de las técnicas quirúrgicas en un entorno adecuadamente estructurado

Desarrollo de capacidades técnicas necesarias para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas más exigentes y complejas

EVALUACIÓN POR SISTEMAS

Cardiovascular

Medios de valoración de la estratificación de la parte cardiovascular del riesgo anestésico han estado disponibles durante algún tiempo. El principal ejemplo de ello son los criterios de Goldman sobre riesgo cardíaco para cirugía no cardíaca

Goldman: según la escala y el puntaje, las tasas de complicaciones son: 0-5p=1%, 6-12p=7%, 13-25p=14%, >26p=78%

Además, otras escalas también pueden ser utilizadas como: o Índice multifactorial modificado de Detsky, 1986 o Criterios de Eagle para la valoración del riesgo cardíaco, 1989 o Índice de riesgo cardíaco revisado

Tabla 11-3 Índices de riesgo cardíaco

ÍNDICE DE RIESGO CARDÍACO CON VARIABLES	PUNTOS	OBSERVACIONES
Índice de riesgo cardíaco de Goldman, 1977		Tasa de complicaciones cardíacas
1. Tercer ruido cardíaco o distensión venosa yugular	11	0-5 puntos=1%
2. Infarto de miocardio reciente	10	6-12 puntos=7%
3. Ritmo no sinusal o extrasístole auricular en el ECG	7	13-25 puntos=14%
4. > 5 extrasístoles ventriculares	7	>26 puntos=78%
5. Edad > 70 años	5	
6. Operaciones urgentes	4	
7. Malas condiciones médicas generales	3	
8. Cirugía intratorácica, intraperitoneal o aórtica	3	
9. Estenosis marcada de la válvula aórtica	3	

Respiratorio

Intervenciones quirúrgicas en las extremidades, neurológicas y abdominales bajas tienen pocos efectos sobre la función pulmonar y no requieren estudios de función pulmonar en todos los casos.

Se recomienda la evaluación en intervenciones de resección pulmonar, ventilación unipulmonar, en > 60 años, fumadores o con sintomatología pulmonar.

Factores generales de riesgo postoperatorio: la edad, la hipoalbuminemia, el estado funcional dependiente, la pérdida de peso y posiblemente la obesidad.

Factores específicos de riesgo postoperatorio: EPOC, tabaquismo, la producción preoperatoria de esputo, neumonía, disnea y la apnea obstructiva del sueño.

Renal

La evaluación preoperatoria va dirigida a identificar posibles alteraciones cardiovasculares, circulatorias, hematológicas y metabólicas concomitantes secundarias a una disfunción renal.

La exploración cardiovascular debe dirigirse a detectar signos de sobrecarga de líquido, electrolitos y corrección de hiperpotasemia, En presencia de una acidosis metabólica no causada por hipoperfusión se emplea bicarbonato sódico cuando la concentración sérica de bicarbonato es inferior a 15 mEq/L.

La hiponatremia se trata con restricción de volumen, aunque a menudo es necesaria la diálisis en el perioperatorio para controlar el volumen y las anomalías de los electrolitos.

La prevención de las agresiones renales secundarias en el período perioperatorio se basa en la supresión de productos nefrotóxicos y el mantenimiento de un volumen intravascular adecuado.

Hepatobiliar

Historia de posibles exposiciones a sangre o hemoderivados o a productos hepatotóxicos, antecedentes de hepatitis

Síntomas: prurito, fatigabilidad, sangrado excesivo, distensión abdominal y aumento de peso, ictericia c/concentraciones de bilirrubina sérica > 3 mg/dl. Evidenciar formación de arañas vasculares, cabeza de medusa, eritema palmar y dedos en palillos de tambor, encefalopatía o asterixis. Para evidenciar hepatitis crónica se busca la calidad de función de síntesis del hígado: albúmina sérica, la protrombina y el fibrinógeno.

El cociente aspartato aminotransferasa a alanina transaminasa (AST/ALT) superior a 2 deben hacernos pensar en una hepatitis alcohólica. Paciente con hepatitis aguda y transaminasas elevadas debe recibir tratamiento no quirúrgico cuando sea posible

Otros factores que influyen en el resultado en estos pacientes son el carácter urgente de la operación, la prolongación del TP más de 3 s, así como la resistencia a corregirse con vitamina K, y la presencia de infección.

Endocrino

Determinar signos de complicaciones diabéticas, como cardiopatía, trastornos circulatorios, y la presencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía. Normalmente se interrumpe el uso de preparados de insulina de acción rápida y de acción breve cuando el paciente deja de recibir alimentos por vía oral o De la insulina de acción intermedia y larga, se administra 2/3 de la dosis vespertina normal y en la mañana del día de la intervención se empieza a administrar una infusión de glucosa al 5%.

El uso de hipoglucemiantes por vía oral (sulfonilureas, clorpropamida y gliburida) se omite el uso el día de la intervención. Si hay daño renal se suspende la metformina.

En caso de hipertiroidismo el paciente tiene que llegar a manejarse eutiroideo Si el paciente tiene uso crónico de corticoides, se debe de administrar estos en el perioperatorio. Pacientes con feocromocitoma deben tener tratamiento antihipertensivo preQx.

Inmunológico

El objetivo es optimizar la función inmunológica antes de la operación, y reducir al mínimo los riesgos de infección y dehiscencia de la herida.

Anamnesis detallada de la enfermedad subyacente y del estado funcional actual, antecedentes de tratamiento inmunodepresor, con nombres de los fármacos y duración del tratamiento, y antecedentes de cambios de peso recientes

Investigar los posibles focos de infección, con una exploración de cualquier catéter permanente, y es aconsejable un proceso diagnóstico completo de cualquier sospecha de foco de infección.

Los inhibidores de la transcriptasa inversa de nucleósidos/nucleótidos(NRTI) pueden causar acidosis láctica como consecuencia de la toxicidad mitocondrial.

Hematológico

La evaluación hematológica puede llevarnos a identificar trastornos como anemia, coagulopatía congénita o adquirida, o estado de hipercoagulabilidad.

La decisión de transfundir a un paciente perioperatoriamente se establece considerando en el paciente los factores de riesgo subyacente de cardiopatía isquémica, pérdida de sangre durante la cirugía y potencial de mejora o empeoramiento de los resultados tras la intervención con una transfusión preoperatoria.

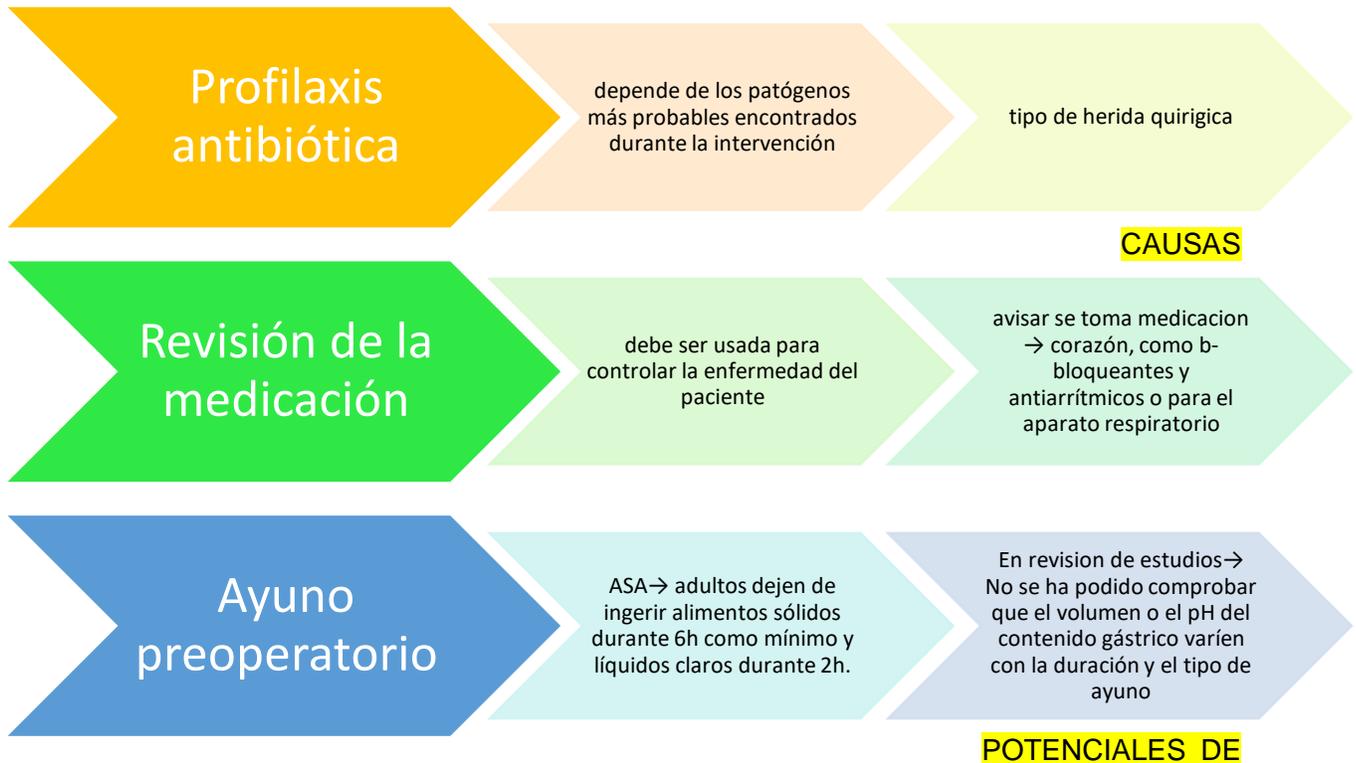
La coagulopatía puede ser el resultado de un trastorno de las plaquetas o de los factores de la coagulación congénito o adquirido, o puede estar relacionada con una disfunción orgánica o medicación. Hay que revisar con atención toda la medicación, sobre todo deanticoagulantes, salicilatos, AINEs, y antiplaquetarios. Los pacientes con antecedentes que indican una coagulopatía deben someterse a estudios de coagulación.

Se suspende la warfarina, se utiliza la HBPM, INR < 1.5 es ideal, la warfarina debe interrumpirse 6 h antes de la intervención y reanudarse de 12 a 24 h. EP o TVP proximal y en riesgo de hemorragia alto, ha de considerarse la implantación de un filtro recuperable en la vena cava inferior antes de la cirugía

CONSIDERACIONES PREOPERATORIAS ADICIONALES

✓ Edad ✓ Estado Nutricional ✓ Obesidad

LISTA DE COMPROBACIONES PREOPERATORIA



INESTABILIDAD INTRAOPERATORIA

- Infarto de miocardio
- Embolia pulmonar
- Neumotórax
- Anafilaxia y alergia al látex
- Hipertermia maligna
- Cirugía del sitio equivocado y protocolo universal

POSTOPERATORIO

Período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo en caso de fracasar, finalizar con la muerte.

CONCLUSIÓN

El objetivo de este ensayo es mejorar los conocimientos del personal acerca de la preparación de pacientes para cirugía abdominal, se recomienda capacitación con contenido actualizado acerca de preparación intestinal, preparación de la piel, apoyo psicológico y educación sanitaria.

Para mejorar el cumplimiento de la actividad, se recomienda la elaboración e implementación de instrumentos de valoración y verificación del hacer enfermero, esta actividad debe estar supervisada por un profesional en Cirugía. Se sugiere la implementación de una lista de verificación con el afán de evitar la inobservancia de alguna actividad necesaria para que la preparación sea la apropiada.

Se recomienda a los sistemas de salud tomar en cuenta las cifras de apendicetomías y colecistectomías realizadas, con el fin de implementar estrategias de prevención para dichas patologías y por ende la prevalencia de enfermedades que requieren tratamiento quirúrgico y así disminuir los gastos para el estado en cuanto a cirugía y posibles complicaciones.