



**Mi Universidad**

## **Investigación**

*Nombre del Alumno: Lucero del Milagro Bastard Mazariego.*

*Nombre del tema: Lobotomía.*

*Parcial: 4to.*

*Nombre de la Materia: Enfermería médico quirúrgica I I.*

*Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería.*

*Cuatrimestre: 6to.*

# Lobotomía

La lobotomía cerebral es un tipo de psicocirugía, consistente en la sección quirúrgica de uno o más fascículos nerviosos de un lóbulo cerebral. Si se produce la ablación completa de un lóbulo cerebral, se denomina lobectomía cerebral. También se le denomina según el o los lóbulos intervenidos: temporal, parietal, frontal o prefrontal el más intervenido, pudiendo ser en un solo hemisferio o en ambos.

Las lobotomías fueron un tratamiento muy habitual durante más de dos décadas para tratar enfermedades mentales como la depresión maníaca, la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Los médicos incluso lo usaron para tratar dolores crónicos o severos y dolores de espalda. Esta operación implicaba dañar de forma permanente ciertas partes del cerebro. Los investigadores de la época estaban convencidos de que si dañabas las conexiones neurológicas que supuestamente funcionaban mal, podían corregirse los comportamientos erráticos de los pacientes. La evidencia de que la manipulación quirúrgica del cerebro podría calmar a los pacientes surgió por primera vez a finales de la década de 1880, cuando el médico suizo Gottlieb Burkhardt, que supervisaba un manicomio, extirpó ciertas partes de la corteza cerebral en pacientes que sufrían alucinaciones auditivas y otros síntomas de enfermedad mental. Es considerado como el psiquiatra que realizó la primera operación psicoquirúrgica moderna.

## Historia

Los lobotomistas eran a menudo reformadores progresistas, impulsados por el deseo de mejorar la vida de sus pacientes.

En la década de 1940, no existían tratamientos eficaces para los enfermos mentales graves.

Los médicos habían experimentado con la terapia de choque de insulina y la terapia electroconvulsiva con un éxito limitado y los asilos estaban llenos de pacientes que no tenían esperanza de curarse o de regresar a casa.

Fue en este contexto que el neurólogo portugués Egas Moniz desarrolló la lobotomía, o leucotomía, como él la llamó, en 1935.

Su procedimiento consistió en perforar un par de agujeros en el cráneo y empujar un instrumento afilado en el tejido cerebral. Luego lo barría de un lado a otro para cortar las conexiones entre los lóbulos frontales y el resto del cerebro.

"Se basaba en esta visión terriblemente cruda y simplista del cerebro, que lo miraba como un mecanismo simple en el que uno simplemente podía meter cosas. La idea era que los pensamientos

angustiantes y obsesivos daban vueltas y vueltas e interrumpiendo el circuito se podían detener esos pensamientos", explica el neurocirujano y escritor Henry Marsh.

"En realidad, el cerebro es absolutamente complicado y ni siquiera comenzamos a comprender cómo se interconecta todo", dice.

Moniz afirmó que sus primeros 20 pacientes habían experimentado una mejora espectacular, y un joven neurólogo estadounidense, Walter Freeman, quedó muy impresionado.

Con su socio colaborador, James Watts, realizó la primera lobotomía en Estados Unidos en 1936 y al año siguiente, el diario The New York Times se refirió a la operación como "la nueva 'cirugía del alma"

Pero al principio, el procedimiento era complicado y tomaba mucho tiempo.

Mientras trabajaba en el Hospital St Elizabeths en Washington DC, el hospital psiquiátrico más grande del país, Freeman se había sentido horrorizado por "la pérdida de personal y de las capacidades de las mujeres" que presenció allí.

Quería ayudar a los pacientes a salir del hospital y se propuso el objetivo de hacer que la lobotomía fuera más rápida y económica.

Con eso en mente en 1946 ideó la "lobotomía transorbital" en la que se martillaban instrumentos de acero que parecían picos de hielo en el cerebro a través de los frágiles huesos de la parte posterior de las cuencas de los ojos.

El tiempo de operación se redujo drásticamente, y los pacientes no necesitaban anestesia, simplemente eran noqueados antes de la operación con una máquina portátil de "electroshock".

### **Lobotomías con picahielo**

Freeman conducía por Estados Unidos durante las largas vacaciones de verano para realizar sus "lobotomías con picahielo", a veces llevando a sus hijos.

Y aunque inicialmente había sido descrita como una cirugía de último recurso para pacientes psiquiátricos con los que todos los demás tratamientos habían fallado, Freeman comenzó a promover la lobotomía como una cura para todo, desde enfermedades mentales graves hasta depresión posparto, dolores de cabeza severos, dolor crónico, indigestión nerviosa, insomnio y dificultades de comportamiento.

Muchos pacientes y sus familias estaban muy agradecidos con Freeman, quien guardaba cajas llenas de cartas de agradecimiento y tarjetas de Navidad enviadas por estos. Pero en otros casos los resultados fueron desastrosos.

Los pacientes de Freeman incluían a Rosemary Kennedy, hermana del futuro presidente de los Estados Unidos, John F. Kennedy, quien quedó con incontinencia y sin poder hablar con claridad después de una lobotomía a la edad de 23 años.

A lo largo de su carrera, Freeman realizó lobotomías a 3.500 pacientes, incluidos 19 niños, el más joven de solo 4 años.

La contraparte de Freeman en el Reino Unido fue el neurocirujano, Sir Wylie McKissock, que realizó su propia variación de la lobotomía a unos 3.000 pacientes.

"Esta no es una operación que lleve mucho tiempo. Un equipo competente en un hospital psiquiátrico bien organizado puede realizar cuatro operaciones de este tipo en dos o dos horas y media", se jactaba.

"La leucotomía prefrontal bilateral real la puede realizar un neurocirujano debidamente capacitado en seis minutos y rara vez toma más de 10", presumía.

Gracias en gran parte a McKissock, se realizaron más lobotomías por habitante en Reino Unido que en EE.UU.

### **Hasta la década de los 90**

Como estudiante de medicina en la década de 1970, Henry Marsh aceptó un trabajo como auxiliar de enfermería en un hospital psiquiátrico, en lo que él describe como "el pabellón terminal donde los casos ya dados por perdido iban a morir".

Allí vio de primera mano los efectos devastadores de la lobotomía.

"Se hizo dolorosamente evidente que no había ningún seguimiento adecuado de estos pacientes", dice. "Los pacientes que eran los peores, los más apáticos, los que estaban arruinados, eran los que habían sido sometidos a una lobotomía".

Todos habían sido operados por McKissock y sus ayudantes.

Más tarde, después de que Marsh se capacitara como neurocirujano, todavía se usaba una modificación del procedimiento, conocida como leucotomía límbica.

Marsh lo describe como "una especie de versión microscópica, mucho más refinada, del tipo de lobectomías que la gente había estado haciendo muchos años antes".

Él mismo realizó esta operación en una docena de pacientes con TOC grave hasta una fecha tan reciente como 1990.

"Todos eran suicidas, todos los demás tratamientos habían fallado, así que no me sentí particularmente angustiado por eso, aunque habría preferido no hacerlo", dice.

"No vi a los pacientes después, era puramente un técnico. Los psiquiatras involucrados me aseguraron que las operaciones fueron un éxito", agrega.

Le pregunto cómo se siente ahora con estas operaciones. "No me gustó hacerlas y me alegré bastante de dejar la práctica poco después de convertirme en consultor", confiesa.

A principios de la década de 1960, se realizaban alrededor de 500 lobotomías cada año en Reino Unido, frente a las 1.500 en su momento de mayor popularidad. A mediados de la década de 1970, este número se había reducido a alrededor de 100-150 por año, casi siempre involucrando cortes más pequeños y objetivos más precisos.

La promulgación de la Ley de Salud Mental de 1983 introdujo controles más estrictos y más supervisión. Hoy en día, las operaciones psicoquirúrgicas rara vez se realizan.

La lobotomía tuvo sus críticos desde el principio y la oposición se hizo más fuerte a medida que los malos resultados se hicieron evidentes.

Se descubrió que Walter Freeman, quien inicialmente afirmó tener una tasa de éxito del 85%, tenía una tasa de mortalidad del 15%. Y cuando los médicos investigaron los resultados a largo plazo de sus pacientes, descubrieron que solo un tercio había experimentado alguna mejora, mientras que otro tercio estaba significativamente peor.

Un exdefensor de la lobotomía en Estados Unidos declaró: "La lobotomía en realidad no era más sutil que un disparo en la cabeza".

Hace quince años, un grupo de médicos y víctimas de lobotomía y sus familias hicieron campaña para que Egas Moniz fuera despojado del Premio Nobel de Medicina que ganó en 1949 por idear la lobotomía.

La Fundación Nobel, cuyo estatuto establece que sus premios no pueden ser retirados, se negó.

Mirando hacia atrás, ¿cómo deberíamos ver a las personas que llevaron a cabo este procedimiento médico tan controvertido?

"Este asunto de dividir a los médicos en héroes y villanos está mal. Todos somos una mezcla de ambos, somos un producto de nuestro tiempo, de nuestra cultura, de nuestra formación", opina Henry Marsh.

"La generación de cirujanos que me formó tenía, no diría poderes divinos, pero sí una autoridad enorme, nadie los cuestionaba ni los interrogaba, y puedo pensar en algunas de las personas que me formaron que fueron, sobre todo, personas decentes, y fueron corrompidas por este poder y se volvieron un poco monstruos como resultado", concluye.

## **Desaparición del procedimiento**

Fue en 1950 cuando surgió el primer país del mundo que prohibió por primera vez la práctica de la lobotomía, pero siguió empleándose en el resto. Fue eliminada gradualmente en la década de 1970 pero, para entonces, las cifras sugieren que se habían realizado alrededor de 75.000 lobotomías en todo el mundo (aunque es más que probable que el número real fuese más alto). Gracias a que los fármacos antipsicóticos se volvieron ampliamente disponibles (como la clorpromazina) y que tenían el mismo efecto que la psicocirugía, las lobotomías quedaron rápidamente obsoletas por la química.

## **¿Cómo se practicaba lo lobotomía?**

Para realizar esta operación era necesario hacer dos incisiones en la cuenca del ojo, en la zona medial del párpado. A través de ellas se introducía un objeto punzante, atravesando la fina capa de hueso que separa el espacio orbital del lóbulo frontal. Una vez introducido el objeto en el tejido cerebral, se movía a ambos lados para producir la lesión y desconectar este lóbulo del resto del encéfalo.

Posteriormente, esta técnica evolucionó a lo que Walter Freeman llamó «lobotomía transorbital», que consistía en clavar un instrumento llamado orbitoclasto (similar a un picahielos) a través del espacio supraorbital del ojo y «barrer» la materia cerebral para lesionarla.

Al «simplificarla», se permitió de manera ambulante, sin anestesia general y sin un ambiente estéril, jactándose de que podía ejecutarse en menos de 10 minutos. Esta técnica despertó el rechazo de sus compañeros médicos, ya que Freeman carecía de entrenamiento en neurocirugía y los riesgos para el paciente se multiplicaban.

La operación de Freeman y Watts lleva el nombre de \*Lobotomía\* y consta de los siguientes tiempos:

- 1.º anestesia local más aver tina en los casos de enfermos agitados.
- 2.º trépano lateral que está en un punto situado a 6 cms. por encima del zigoma en un plano que pasa a 3 cms. por detrás de la órbita.
- 3.º introducción de una cánula de Cushing para determinar el polo anterior del ventrículo lateral. Si se cae en él, se introduce de nuevo está cánula un poco más adelante hasta que no penetre.
- 4.º ubicada esta dirección, se introduce aún más la aguja y se topa la hoz del cerebro que queda en general entre 5½ a 6 cms. de profundidad.

5.° se introduce de nuevo la aguja con una desviación de 45° hacia abajo y se toca el ala menor del esfenoideas, más o menos a una profundidad de 5 cms. Si la aguja llega a penetrar más profundamente, es señal que ha caído en el polo temporal y debe ser retirada por los peligros de hemorragia.

6.° introducción de un disector a través de un plano horizontal en dirección hacia la línea media, en tal forma que su extremidad izquierda quede a 1 ½ cms. de la hoz. Se dirige hacia el piso de la fosa anterior, deslizándose por él, se extrae en tal forma que quedan seccionadas las fibras del lóbulo orbitario.

## **Patologías que se trataban con lobotomía**

La lobotomía es una intervención quirúrgica que consistía en insertar un objeto punzante a través de la cuenca del ojo y producir una lesión en el lóbulo frontal. El objetivo era reducir los síntomas de determinados desórdenes psiquiátricos (esquizofrenia, depresiones o trastornos obsesivos) a expensas de una reducción de las capacidades cognitivas o cambios en la personalidad.

### **Esquizofrenia**

Es un trastorno mental que dificulta diferenciar lo que es real de lo que no.

También dificulta pensar con claridad, tener respuestas emocionales normales y actuar de manera normal en situaciones sociales.

Los síntomas generalmente se van presentando lentamente a lo largo de meses o años. La persona puede tener muchos síntomas, o solo algunos.

Las personas con esquizofrenia pueden tener dificultad para conservar amigos y para trabajar. También pueden tener problemas de ansiedad, depresión y pensamientos o comportamientos suicidas.

Los síntomas iniciales pueden incluir:

- Sentirse irritable o tenso.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para dormir.

A medida que la enfermedad continúa, la persona puede tener problemas con el pensamiento, las emociones y el comportamiento, como:

- Escuchar o ver cosas que no existen (alucinaciones).

- Aislamiento.
- Disminución de las emociones en el tono de voz o expresión facial.
- Problemas para entender y tomar decisiones.
- Problemas para prestar atención y mantener la atención en las actividades.
- Creencias fuertemente sostenidas que no son reales (delirios).
- Hablar de una forma que no tiene sentido.

## **Depresión**

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos.

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de 2 semanas o más.

Los síntomas de depresión incluyen:

- Agitación, inquietud, irritabilidad e ira.
- Volverse retraído o aislarse.
- Fatiga y falta de energía.
- Sentimientos de desesperanza, impotencia, inutilidad, culpabilidad y odio a sí mismo.
- Pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba, incluyendo el sexo.
- Cambio repentino en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Pensamientos de muerte o de suicidio.
- Problemas para concentrarse.
- Problemas para conciliar el sueño o exceso de sueño.

## **Trastornos obsesivos**

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una afección mental que consiste en presentar pensamientos (obsesiones) y rituales (compulsiones) una y otra vez. Estos interfieren con su vida, pero no puede controlarlos ni detenerlos.

Las personas con TOC pueden tener síntomas de obsesiones, compulsiones o ambos:

Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes mentales que se repiten y causan ansiedad. Pueden involucrar cosas como:

- Miedo a los gérmenes o a la contaminación.



- Miedo a perder o extraviar algo.
- Preocupaciones por perjuicios que le puedan afectar a usted o a otros.
- Pensamientos prohibidos no deseados que involucran sexo o religión.
- Pensamientos agresivos hacia usted u otros.
- Necesitar que algunas cosas estén alineadas en forma exacta o dispuestas de una manera particular y precisa.

Las compulsiones son comportamientos que usted siente que debe hacer una y otra vez para tratar de reducir su ansiedad o detener los pensamientos obsesivos. Algunas compulsiones comunes incluyen:

- Limpieza y / o lavado de manos excesivo.
- Verificar repetidamente cosas, como si la puerta está cerrada o el horno apagado.
- Contar compulsivamente.
- Ordenar y organizar las cosas de una manera particular y precisa.

### **Cefaleas severas**

Es un dolor o molestia en la cabeza, el cuero cabelludo o el cuello. Las causas graves de los dolores de cabeza son raras. La mayoría de las personas con dolores de cabeza se pueden sentir mucho mejor haciendo cambios en su estilo de vida, aprendiendo formas de relajarse y, algunas veces, tomando medicamentos.

El tipo de dolor de cabeza más común es la cefalea tensional. Es causado por tensión muscular en los hombros, el cuello, el cuero cabelludo y la mandíbula. Una cefalea tensional:

- Puede estar relacionada con el estrés, la depresión, la ansiedad, un traumatismo craneal o sostener la cabeza y el cuello en una posición anormal.
- Tiende a darse en ambos lados de la cabeza. A menudo comienza en la parte posterior de la cabeza y se propaga hacia adelante. El dolor puede ser sordo u opresivo, como una banda apretada o una prensa. Es posible que se sienta dolor y rigidez en los hombros, el cuello y la mandíbula.

Una cefalea migrañosa implica un dolor punzante, palpitante o pulsátil, y se encuentra en un lado de la cabeza. A menudo ocurre con otros síntomas, como cambios en la visión, sensibilidad al ruido o a la luz o náuseas. Con una migraña:

- La cefalea puede asociarse con un "aura". Este es un grupo de síntomas de advertencia que se inician antes del dolor de cabeza.

- El dolor generalmente empeora a medida que usted trata de desplazarse de un lugar a otro.
- Las migrañas se pueden desencadenar por alimentos como el chocolate, ciertos quesos o el glutamato monosódico (GMS). La abstinencia de cafeína, la falta de sueño y el alcohol también pueden desencadenarlos.

Los dolores de cabeza de rebote, dolores de cabeza que continúan reapareciendo. Pueden ocurrir a raíz del consumo excesivo de analgésicos para otros dolores de cabeza como migraña o dolores de cabeza tensionales. Por esta razón, también se pueden llamar dolores de cabeza por el consumo excesivo de medicinas. La gente que toma analgésicos más de 3 días a la semana de manera regular puede desarrollar este tipo de dolor de cabeza.

Otros tipos de dolor de cabeza:

- Cefalea en brotes es un dolor de cabeza agudo y extremadamente doloroso que ocurre hasta varias veces al día durante meses y luego desaparece por semanas o meses. En algunas personas, los dolores de cabeza no vuelven a aparecer. El dolor de cabeza dura menos de una hora y tiende a ocurrir a las mismas horas todos los días.
- Cefalea sinusal causa dolor en la parte frontal de la cabeza y la cara. Este tipo de dolor de cabeza se debe a la inflamación en los conductos de los senos paranasales que están detrás de las mejillas, la nariz y los ojos. El dolor es peor cuando usted se inclina hacia adelante y cuando despierta en la mañana.
- Los dolores de cabeza pueden ocurrir si usted tiene un resfriado, gripe, fiebre o síndrome premenstrual.
- Dolor de cabeza debido a un trastorno llamado arteritis temporal. Se trata de la inflamación e hinchazón de una arteria que irriga parte de la zona de la cabeza, las sienes y el cuello.

## Consecuencias para los pacientes

El cerebro, dañado solo en puntos no vitales, arrojaba resultados favorables en los dos primeros días, pero después aparecían otros síntomas, incluso la muerte, como se detalla en este estudio de revisión compartido por Journal of Neurosurgery:

- Epilepsia
- Demencia
- Abscesos cerebrales
- Hemorragia intracraneal

- Alteraciones en el comportamiento
- Alteraciones de la emocionalidad y la personalidad

Destaca aquí el caso de Alice Hammatt, quien fue lobotomizada en contra de su voluntad. A pesar de mostrar signos de mejora de su depresión en los momentos inmediatamente posteriores a su operación, 6 días después evidenció dificultades en el lenguaje, desorientación y agitación. A pesar de ello, la prensa lo comunicó como un éxito absoluto.

Aunque el objetivo de esta intervención quirúrgica era mejorar el estado de los pacientes y disminuir sus síntomas, lo cierto es que tanto a corto como a largo plazo los pacientes manifestaron señales de empeoramiento. De hecho, incluso los propios defensores de esta técnica y expertos lobotomistas reconocían que tras la intervención los pacientes manifestaban cambios en su personalidad e inteligencia.

El mismísimo Walter Freeman acuñó la expresión “infancia quirúrgicamente inducida” para referirse al estado postoperatorio que manifestaban los pacientes lobotomizados. En esencia, tras la lobotomía, muchos pacientes parecían comportarse como niños. Sin embargo, Freeman parecía estar convencido de que esto iba a ser solo una fase temporal. De acuerdo a este médico, tras un período de “maduración” los pacientes se comportarían como adultos sin trastorno o con alguna mejoría.

Pero en la práctica esto no sucedió. Fue cuestión de tiempo que la técnica de la lobotomía se mostrara como una cirugía claramente contraproducente y que suponía un claro perjuicio en la salud y autonomía de los pacientes.

Los primeros síntomas que manifestaban las personas lobotomizadas eran, normalmente, estupor, estado confusional y problemas urinarios como incontinencia, habiendo una clara pérdida del control de esfínteres. Junto a ello, se daban alteraciones en la conducta alimentaria, manifestándose un incremento del apetito hasta tal punto en el que se ganaba mucho peso tras la operación.

La personalidad era un aspecto que quedaba muy afectado. Había menos espontaneidad, menor autocuidado y se daba un menor grado de autocontrol. Se reducía la capacidad de tomar la iniciativa y se daba una menor inhibición ante estímulos placenteros. La inercia era otro de los efectos más comunes en las personas que eran lobotomizadas.

Como ya se ha comentado, se intervenía sobre el lóbulo frontal, el cual está encargado de las funciones ejecutivas. Así pues, era normal ver que capacidades como la planificación, la memoria de trabajo, la atención y otros también se veían disminuidas. También había afectación en la cognición social, siendo algunos incapaces de poder ponerse en el lugar de los demás debido a ello.

El “remedio” calmaba a los pacientes, haciendo que sus activación disminuyera, pero no porque mágicamente había desaparecido el trastorno, sino más bien porque se les había convertido en zombies. Para más inri, muchos pacientes empezaron a sufrir convulsiones tras ser intervenidos, dando apoyo al famoso dicho de “es peor el remedio que la enfermedad”.

Sin embargo, el efecto más claramente grave era la muerte. Según algunas fuentes, uno de cada tres pacientes no sobrevivía a este tipo de intervención, pese a su breve duración. También se dieron múltiples casos de personas lobotomizadas que acabaron suicidándose a causa de ello.

## **Riesgos añadidos al procedimiento**

Walter Freeman se encargó de popularizar la lobotomía transorbital por todo Estados Unidos. Como se decía antes, esta modalidad no empleaba ambiente estéril ni anestesia general, por lo que los postoperatorios eran todavía más desastrosos. Con los medios de comunicación de su parte, el showman logró un impacto significativo en la opinión pública con esta práctica.

Es importante destacar que la mayoría de los pacientes no recibían un seguimiento. Al no mostrar una sintomatología característica (o incluso mejorar de sus dolencias) en los primeros días tras la intervención, se daba por éxito absoluto y se pasaba al siguiente.

Como resultado, los psiquiátricos se llenaron de personas con graves afectaciones debido a las infecciones, lesiones cerebrales y otras consecuencias. Seres humanos incapaces de hablar, de moverse o con síntomas psicológicos relacionados con la depresión, la agitación y hasta conductas suicidas.

## **Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a lobotomía**

### **Fase pre operatoria**

1. Admisión de paciente en sala de hospitalización.
2. Familiarice al paciente y familia con el nuevo ambiente hospitalario.
3. Envíe la solicitud de sala de operaciones a Centro Quirúrgico, firmada y sellada por el Jefe de Servicio o el Jefe de Guardia (en caso de días no hábiles).
4. Compruebe el tiempo de ayuno preoperatorio, el reposo gástrico debe ser mínimo de 6 horas.
5. Complete la documentación necesaria preoperatorio como:
  - Verificar que el Consentimiento Informado Quirúrgico esté escrito y firmado por el cirujano y familiar.

- Efectivizar la interconsulta prequirúrgica con el médico.
  - Verificar si los exámenes auxiliares están completos (análisis de sangre, Rx, ecografía, TAC.).
  - Coordinar con el centro quirúrgico por la evaluación anestesiológica.
6. Realice baño corporal del paciente, y rasure con clíper la zona operatoria indicada, media hora antes del traslado al centro quirúrgico, si fuera el caso.
  7. Vestir al paciente con la bata del servicio, dejar libre el brazo izquierdo para la colocación de vía periférica.
  8. Pese y talle al paciente.
  9. Extraiga prótesis y/o alhajas, verifique que las uñas no tengan esmalte.
  10. Instale al paciente en la camilla de transferencia.
  11. Canalice una vía endovenosa periférica en el miembro superior izquierdo, de preferencia colocar extensión DIS con llave de doble vía.
  12. Instale hidratación con solución indicada, coordinar con analgésicos.
  13. Administre medicamentos preoperatorios indicados.
  14. Ingrese los datos del paciente en los registros respectivos, realice registros de enfermería.
  15. Coordinar con la enfermera de centro quirúrgico para el traslado del paciente.
  16. Traslade al paciente en la camilla de transferencia a centro quirúrgico.
  17. Reportar a la enfermera de centro quirúrgico el estado general del paciente:
    - Datos del paciente.
    - Lugar de la cirugía.
    - Medicación pre quirúrgica.
    - Indicar la solución que está siendo infundida y cuanto está llevando por pasar.
    - Cantidad de micción del paciente.
    - Mostrar el consentimiento informado y evaluación médica.
    - Alergias del paciente si se diera el caso.
  18. Informe al familiar responsable sobre el sitio de espera para recibir resultados sobre la cirugía.
  19. Coordinar con la técnica de enfermería para la preparación de la camilla del paciente postquirúrgico.

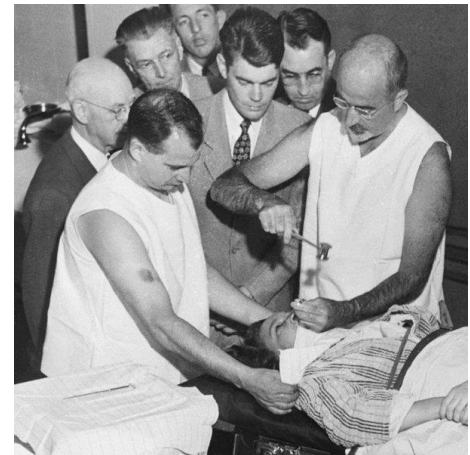
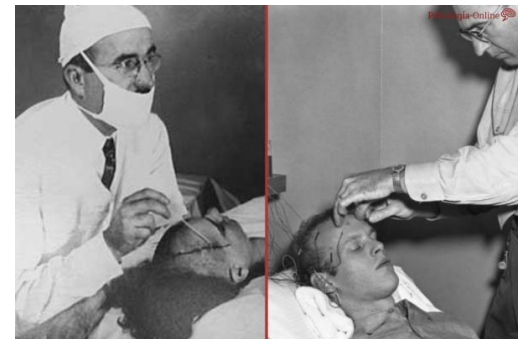
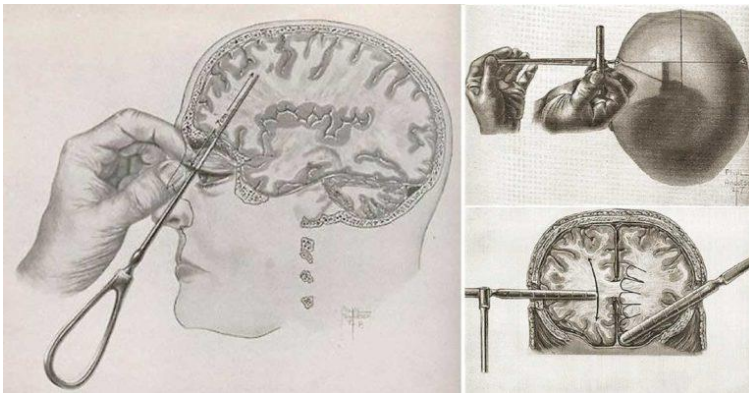
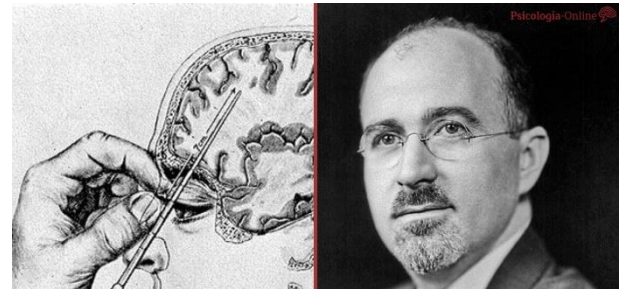
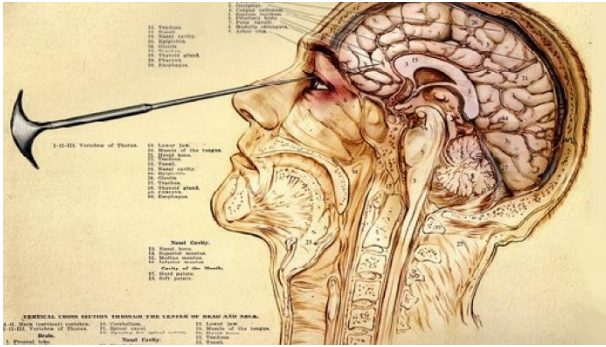
### **Fase post operatoria**

- I. Recepción y evaluación general del paciente que sale del centro quirúrgico.

- Anotar cantidad de solución infundida en sala de operaciones y en la sala de recuperación.
  - Anotar cantidad de otras soluciones infundidas si se diera el caso (sangre, plasma, etc.).
  - Anotar los egresos del paciente: orina, sangre.
  - Anotar los procedimientos invasivos: drenajes, catéter venoso central, etc.
  - Verificar que el paciente esté reactivo y despierto.
  - Recepcionar los formatos propios de la cirugía: reporte operatorio, reporte anestesia de SOP, hoja de anestesia de URPA, registro de enfermería de URPA, ordenes de exámenes auxiliares.
  - Verificar recetas e indicaciones médicas.
2. Trasladar al paciente al servicio respectivo, en compañía del familiar.
  3. Instalación del paciente en su unidad.
  4. Monitorización de funciones vitales.
  5. Mantenerlo en posición semi fowler o posición indicada (decúbito ventral o lateral).
  6. Control y observación de la herida operatoria.
  7. Completar la administración de la indicación terapéutica.
  8. Vigilancia y control de balance hidroelectrolítico.
  9. Valorar y vigilar los dispositivos invasivos externos.
  10. Entregar al familiar la solicitud de exámenes indicados por el cirujano.
  11. Educar al paciente y familiar sobre los cuidados post operatorios.
  12. Ordenar la historia clínica según formato establecido.



# Anexos



## Referencias bibliográficas

1. BBC News Mundo. (2021, febrero 21). Lobotomía, la polémica operación de cerebro que se consideraba “más fácil que curar un dolor de muelas”. BBC. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55879218>
2. Juárez, S. G. (2023, noviembre 10). ¿Qué es la lobotomía y para qué se practicaba? La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/que-es-la-lobotomia/>
3. Rubio, N. M. (2019, septiembre 6). Los efectos de la lobotomía cerebral: un resumen. pymOrganization. <https://psicologiymente.com/salud/efectos-lobotomia-cerebral>
4. de Toledo Bayarte, J. M. L. T. / . Á. Á. (2017, mayo 31). Lobotomía, una horrenda práctica médica. ABC.es. [https://www.abc.es/sociedad/abci-lobotomia-horrenda-practica-medica-201705311357\\_noticia.html](https://www.abc.es/sociedad/abci-lobotomia-horrenda-practica-medica-201705311357_noticia.html)
5. Asenjo, A., Horvitz, I., Vergara, A., & Contreras, M. (2011). LA LOBOTOMIA PREFRONTAL COMO TRATAMIENTO DE ALGUNAS PSICOSIS. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 225–240. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272011000300002>
6. Herrera, A. (2020, febrero 10). Lobotomía: cuando la medicina hurgaba en el cerebro. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-contemporanea/20200210/473317482282/lobotomia-cerebro-antonio-moniz-walter-freeman.html>
7. Romero, S. (2021, octubre 24). Historia de la lobotomía. *Muy Interesante*. <https://www.muyinteresante.com/historia/36097.html>
8. (S/f). Gob.pe. Recuperado el 2 de agosto de 2024, de <http://www.hep.gob.pe/application/webroot/imgs/catalogo/pdf/1367352550GUIA%20DE%20INTERVENCION%20EN%20PACIENTES%20NEUROCIRUGIA%20NX.pdf>