

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



" ATENCION PRE Y POST-OPERATORIA EN
PACIENTES QUIRURGICOS "

JOSE OTILIO CHAVARRIA PACHECO

CONTENIDO

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III GENERALIDADES
- IV MATERIAL Y METODOS
- V CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS
- VI ANALISIS DE RESULTADOS CON SUS GRAFICAS
- VII CONCLUSIONES
- VIII RECOMENDACIONES
- IX BIBLIOGRAFIA

PRINCIPIOS GENERALES:

La actual comprensión de la biología quirúrgica ha permitido preparar a los pacientes en el período preoperatorio de manera que puedan efectuarse con seguridad intervenciones de gran magnitud, caracterizándose la cirugía actual dependiendo de la anatomía y patología, estimulados por la disponibilidad de asepsia y anestésicos.

Siendo la cirugía actual adaptada al método científico, planteando los problemas con ayuda de laboratorios donde pueden establecerse experimentos y obtenerse datos objetivos que proporcionan datos adecuados, para mantenerse al ritmo de la cirugía moderna, los principios deben basarse en análisis estadísticos, métodos experimentales, tomando en cuenta al paciente que esté psicológicamente adaptado, cuyos sistemas orgánicos funcionen según las necesidades, nutrición normal, balance hidroelectrolítico, para que pueda tolerar una intervención quirúrgica. El cuidado preoperatorio persigue lograr las condiciones óptimas necesarias para la operación de homeostasis fisiológica; es así que conociendo la problemática del cuidado pre y post operatorio en los pacientes del Hospital Nacional de Amatlán, me ha motivado para efectuar estudios y control del paciente en su pre y post operatorio, con el objetivo de establecer normas para la mejor atención del paciente, así como también preparar a los estudiantes de medicina en lo que se refiere a dichos cuidados en su forma integral.

II OBJETIVOS

1. Mejorar la atención de los pacientes en lo que se refiere a los cuidados pre y post operatorios en el Hospital Nacional de Amatlán.
2. Que el personal médico (jefes de servicio, residentes y estudiantes de medicina) den la importancia debida no sólo al aspecto orgánico sino al estado psíquico del paciente - quirúrgico.
3. Determinar el estado emocional del paciente en el pre y post operatorio.

III GENERALIDADES

VALORACION PRE-OPERATORIA DEL PACIENTE QUIRURGICO:

Todo paciente candidato a cirugía, debe iniciársele el cuidado pre-operatorio con la toma de una historia clínica detallada y exploración física completa y precisa. La enfermedad actual debe ser minuciosa y exactamente expuesta, el principio de los síntomas y cualquier cambio que haya aparecido deben ser siempre señalados con referencia a intervalo de tiempo; complementándose con los requerimientos individuales de cada paciente, para tal objetivo el Hospital Nacional de Amatlán cuenta con papelería adecuada para dicha necesidad. Los antecedentes familiares pueden ayudar a descubrir trastornos metabólicos subyacentes, deben ser completas en cuanto a los parientes inmediatos.

El estudio de antecedentes patológicos del paciente, deben ser completos y comprender enfermedades de la niñez, estados inflamatorios, tendencias a hemorragias excesivas, trastornos mentales, lesiones y operaciones sufridas, uso de medicamentos y antecedentes alérgicos.

IV MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en el Departamento de Cirugía de Adultos del Hospital Nacional de Amatlán, en el cual hay pacientes tanto de cirugía de emergencia como cirugía electiva.

Se tomó una muestra al azar de 25 pacientes del sexo femenino y 25 del sexo masculino, cuya edad varió de 13 a 70 años, con un promedio de 40.5 años. En todos los pacientes su intervención quirúrgica fue electiva. Se investigó en los mismos la edad, sexo, peso, talla, tipo de cirugía, su estado emocional, así como los exámenes de laboratorio y los cuidados efectuados pre-operatoriamente, además las enfermedades metabólicas y hemorrágicas que estuvieran o no relacionadas con el problema quirúrgico.

Para poder investigar todo lo anterior, se le pasó a cada uno de los pacientes objeto de estudio, un cuestionario antes de su intervención quirúrgica.

Luego de la intervención quirúrgica de cada paciente, se le realizó al mismo un seguimiento de caso, haciendo énfasis en los cuidados post-operatorios mediatos, inmediatos y hasta su egreso que le fueron administrados en el Servicio de Cirugía.

V CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS

Exámenes de Rutina:

En casi todos los hospitales de Guatemala, existe además de las historias clínicas, un grupo de exámenes complementarios que se llaman de rutina, consistiendo en cuidados pre-operatorios básicos, tales exámenes son: Orina, heces, tiempo de coagulación y sangría, dosificación de proteínas y relación A/G, compatibilidad y grupo sanguíneo, hematología, V.D.R.L., E.K.G., rayos X de tórax, dosificación de urea, hemograma, glucosa, cloruros, creatinina, nitrógeno no proteico y otros análisis bioquímicos, cultivos, pruebas funcionales que se realizan en casos especiales determinados por el cuerpo de cirujanos o especialistas, haciéndose más completo el panorama clínico funcional de cada paciente quirúrgico.

Estado nutricional, su valoración desde el punto de vista quirúrgico:

La debida valoración del estado nutritivo del paciente es un aspecto importante en los cuidados pre y post-operatorios.

Los factores que deben recibir nuestra atención son los que podemos denominar macroelementos (carbohidratos, grasas y proteínas) y microelementos (vitaminas y minerales).

Provisión Calórica:

Debe proporcionarse una cantidad de calorías igual a las

necesidades diarias, desde el punto de vista de la actividad muscular, regulación de temperatura, ejecución de trabajos, para evitar el catabolismo de las grasas, de las proteínas y de los carbohidratos del organismo.

La vía bucal es preferible cuando puede contarse con ella, de no ser así; la administración intravenosa es la adecuada, la provisión de más de 1,500 calorías debe darse para mantener al adulto, menos de 1,000 calorías va acompañado de pérdida de tejido magro.

Carbohidratos:

Al proporcionar carbohidratos, la hidrólisis de proteínas es esencial para proporcionar residuos de carbono, a partir de aminoácidos, que es la grasa del organismo, siendo una provisión de pequeñas cantidades de glucosa (50 a 200 gr.) tiene importancia semejante a la que el propio paciente puede ser al ingerir de 200 a 800 calorías diarias.

Nitrógeno:

Los compuestos de nitrógeno pueden ser proporcionados al paciente quirúrgico en forma de proteínas bucales, digeridas en el intestino y absorbidas en la circulación porta, como aminoácidos y polipéptidos, llegando al hígado para tener síntesis proteica; una ingestión de nitrógeno mayor de 10 gr. al día (65 gr. de proteínas) puede ser el sostén en adultos, la ingestión menor de 5 gr. va acompañado de pérdida de tejido magro.

La deficiencia de vitaminas es muy corriente en nuestro medio y debe corregirse en el preoperatorio.

Vitamina C:

Única entre todos los elementos exógeno, es esencial para la cicatrización de las heridas quirúrgicas, una dosis de 200 mgs. I.V. o I.M. diario, es valiosa para los mecanismos oxidoreductores celulares.

Vitaminas del complejo B:

Son esenciales para la oxidación de la glucosa, merced a uno de sus factores (tiamina) una dosis de 2cc. I.M. o I.V. es suficiente en estos pacientes.

Vitamina A:

Su administración debe ser considerada como parte del régimen quirúrgico o si existe una deficiencia de ésta, una dosis de 5,000 u. diaria es suficiente en estos pacientes.

Vitamina K:

La vitamina K es la más importante en la medición de la deficiencia de protrombina en dosis usual de 10 mg. I.M. o I.V., corrigiendo problemas de coagulación, no operar pacientes con menos del 50% de protrombina.

Minerales:

La forma en que mejor pueden definirse los minerales que han de ser administrados en cantidades mínimas son: Hierro, co-

balto, zinc, manganeso y magnesio, éstos son ingeridos en pequeñas cantidades en la dieta diaria.

Potasio:

El potasio es ingerido en pequeñas cantidades en la dieta diaria o puede ser fácilmente administrado por vía I.V., la dieta es de 100 meq/día.

Calcio y fósforo:

Son proporcionados a los líquidos del organismo a partir del esqueleto.

El paciente desnutrido:

Se menciona esta clase de paciente ya que es frecuente encontrarlo en nuestro medio y por presentar alto riesgo de mortalidad durante el acto quirúrgico y en el post-operatorio; ya que las proteínas propias son utilizadas para substituir las alimenticias que son ingeridas en cantidades inferiores a sus demandas normales, cuando la utilización protéica del suero sanguíneo, hace disminuir la presión osmótica, determinando una salida de fluidos de los capilares a los espacios intersticiales con formación de edemas.

Se puede evaluar durante el período preoperatorio, en los pacientes desnutridos: Cantidad de proteínas en suero sanguíneo, si se encuentran por debajo de 7.5%, debe posponerse la operación, pudiéndose recuperar las cifras normales por medio de transfusiones (plasma), mediante una dieta adecuada que se prolongue

según el estado de nutrición.

Enfermedades cardíacas:

Los pacientes estarán con una dieta hiposódica, la cual deberá continuar si tienen diuréticos, debiendo tener una dieta con alto contenido de potasio.

Diabetes:

Especificar el contenido de carbohidratos y la ingesta calórica deseada, algunos necesitarán refacciones suplementarias en el momento de acostarse.

Lesiones esofágicas:

Usualmente son obstructivas, la dieta dependerá del grado de constricción, pero una comida blanda o líquida hipercalórica puede ser todo lo que se deglute.

Úlceras:

Cuando se encuentran en el estómago o duodeno, se requiere una dieta blanda, están contraindicados: Té, café, alcohol, alimentos grasos o condimentados.

Colecistitis y pancreatitis:

Se necesita una dieta hipograsa.

Enfermedades del colon:

Actualmente existe controversia entre dieta de alto y bajo residuo, las comidas irritantes deben ser eliminadas.

Actividad:

La actividad comenzará con la condición aceptable del paciente, la inactividad produce trombo embolismo, atrofia muscular y otras complicaciones.

Signos vitales:

Incluyen pulsos donde puedan ser tomados, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, éstos se anotarán una vez cada 24 horas, a menos que esté grave el paciente o en condición cambiante, debe anotarse la frecuencia con la cual se desea la temperatura, no se gana nada anotándola más de cada cuatro horas, aún si el paciente está muy grave.

Sedación:

La mayoría de pacientes están ansiosos en el pre-operatorio, debiéndose emplear un sedante adecuado, en adultos se prefiere un barbitúrico de corta acción; pero puede ser un estimulante en ancianos, son excelentes drogas el hidrato de cloral o el benadryl si no hay compromiso hepático, no emplear narcóticos ni tranquilizantes al dormirse.

Cefalea:

El paciente por lo general está ansioso, sufriendo cefalea, es suficiente con indicarle aspirina en pequeñas dosis.

Constipación:

Es un problema frecuente en el paciente anciano, siendo útil un laxante leve.

Medicamentos corrientemente empleados:

Deben emplearse los medicamentos que se están empleando por otra causa, a menos que lo contraindique el problema quirúrgico o la conducta propuesta.

EVALUACION DE LA FUNCION CARDIACA

1. Examen físico e historia.
2. Interrogar a los pacientes por síntomas de disnea, dolor torácico, edemas periféricos, ortopnea, nicturia, hipertensión, angina de pecho.
3. Historia de fiebre reumática, enfermedad cardíaca.
4. Antecedentes de uso de digitálicos, diuréticos, dilatadores coronarios, antiarrítmicos.
5. En el examen físico poner especial atención en murmullos, soplos de estenosis aórtica o pulmonar ya que esto puede

significar riesgo en la operación.

6. Control preoperatorio de presión arterial y rayos X de tórax.
7. Debe tomarse un E.K.G. en todo paciente desde los 40 años de edad y en pacientes que se les sospeche cardiopatía por la historia y el examen físico.
8. Todo paciente con evidencia de enfermedad cardíaca debe efectuársele una valoración precisa anatómica y fisiológicamente.
9. Paciente con enfermedad arterio-coronaria, estenosis aórtica, delimitación la función cardíaca, debe diferirse la operación 6 meses después de corregirse el problema cardíaco.
10. En condiciones de emergencia (Ca. de colon, Ca. de mama) debe efectuarse la operación hasta que la función cardíaca esté compensada.
11. En condiciones de emergencia ésta tiene prioridad en el manejo.
12. Un infarto del miocardio impone riesgos funcionales de arritmias, insuficiencia cardíaca o extensión del infarto.
13. Después de un infarto agudo del miocardio la mortalidad de la operación es 25% mayor después de las 3 semanas del infarto, 10% después de 3 meses y 5% después de 6 meses.
14. Sólo operaciones de emergencia están indicadas 3 meses después del infarto.

EVALUACION PREOPERATORIA

1. Todo paciente con problema cardíaco debe proveerse balance de líquidos y electrolitos y una función renal adecuada.
2. Tomar en cuenta que los pacientes que están en tratamiento con diuréticos tienen una deficiencia de potasio. El potasio administrado preoperatoriamente disminuye el riesgo operatorio.
3. Las arritmias deben ser controladas farmacológicamente, como también la insuficiencia cardíaca congestiva, si es posible preoperatoriamente, durante y después del acto quirúrgico.
4. Los digitálicos y diuréticos no deben ser empleados profilácticamente en pacientes que han padecido de insuficiencia cardíaca.
5. En el manejo operatorio debe tomarse en cuenta lo siguiente:
 - a. Control de presión venosa central.
 - b. Cateter arterial para tomar presión arterial.
 - c. Control de gases y Ph arterial.
 - d. Determinación del hematocrito y potasio sérico.
 - e. Cateter ureteral.
 - f. E.K.G. continuo.

EVALUACION DE LA FUNCION RENAL

1. El urianálisis y medidas de proteínas séricas en el preoperatorio son suficientes para evaluar la función renal en una

persona que no tiene historia de enfermedad renal.

2. En caso de haber historia anterior de enfermedad renal, arterioesclerosis, diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cardíaca, infección urinaria, es conveniente efectuar análisis de aclaramiento de creatinina y test de concentración urinaria.
3. Importancia del urianálisis:
 - a. Como una respuesta al test de insuficiencia renal.
 - b. Como una respuesta al stress de la operación.
 - c. Como una retribución del flujo sanguíneo renal, el cual resulta del descenso de la función glomerular, esto ocurre en la mayoría de operaciones que pueden anticipar a una insuficiencia renal.
4. La infección urinaria debe ser tratada preoperatoriamente con antibióticos apropiados, determinados por cultivos de orina y antibiogramas.
5. Las lesiones obstructivas del tracto urinario deben ser tratadas con anterioridad a la operación mayor.
6. La hipovolemia, deshidratación, pérdida de electrolitos, deben ser corregidas, hasta obtener un adecuado volumen urinario.
7. Los agentes nefrotóxicos deben ser usados con cautela.
8. El manejo preoperatorio de insuficiencia renal aguda y en el balance de líquidos y electrolitos, es preciso determinar la enfermedad renal y su etiología.

9. Mejorar la cantidad de volumen de líquidos y metabolitos que se van a excretar.
10. Los líquidos en la función renal, el volumen que debe excretarse por lo menos es de 1,500 ml/día.
11. La medición de concentración de electrolitos en la orina puede dar una guía apropiada para descartar enfermedad renal aguda.
12. La anemia debe ser corregida antes de la operación, una hemoglobina de 9gr.% y un hematocrito de 25% son valores satisfactorios en pacientes con insuficiencia renal crónica.
13. En pacientes con insuficiencia renal crónica puede presentarse problemas de coagulación por lo que es justificado corregirlos preoperatoriamente.
14. El bicarbonato de sodio debe ser administrado antes de la operación, para corregir una acidosis metabólica a causa de un riesgo de acidosis mayor y una hipoventilación durante la anestesia.
15. Si la hemodiálisis es requerida debe ser planeada un día antes de la operación.
16. Si hay una buena coagulación, puede efectuarse hasta el primer o segundo día postoperatorio.

EVALUACION DE LA FUNCION PULMONAR

- a. Historia: Es necesario interrogar al paciente si ha presenta-

do disnea, insuficiencia respiratoria, si es fumador crónico, infecciones previas, alcoholismo crónico. Estos pacientes tienen más riesgo de una complicación postoperatoria.

b. Examen físico: La respuesta del paciente a la tos crónica, cuadros de tos paroxística, pueden indicar una bronquitis crónica.

c. Ejercicios de tolerancia: La simple indicación de la función respiratoria, sirve para evaluar la función pulmonar.

d. Rayos X del tórax: Este examen se evalúa para evidenciar cuadros de enfisemas, neumonitis, fibrosis pulmonar, etc.

e. En una obstrucción pulmonar crónica los Rayos X del tórax pueden ser normal.

f. El riesgo operatorio está aumentado a la disminución del comportamiento pulmonar, se observa una mayoría de problemas pulmonares en pacientes con enfermedades obstructivas preexistentes.

g. La incisión en una operación de abdomen superior puede disminuir la ventilación pulmonar y hay restricciones en los movimientos diafragmáticos y torácicos.

PREPARACION PREOPERATORIA

1. El programa de ventilación pulmonar no es necesario en pacientes que presentan enfermedad pulmonar en una operación electiva.
2. Tabaquismo: Los fumadores de cigarrillos, pipa, presentan complicaciones a menudo, debe omitirse el fumado 2 a 4 semanas antes de la operación.
3. Las infecciones respiratorias superiores deben ser tratadas con antibióticos de acuerdo a cultivo y sensibilidad, la operación debe ser diferida hasta 2-3 semanas después de la convalecencia de éstos.
4. Todos los pacientes con producción crónica de esputo debe ser indicado antibióticos de 5 a 7 días preoperatoriamente, basado en el estudio de la sensibilidad a éstos.
5. Aparatos de presión intermitente positiva (I.P.P.B.) ayuda a mejorar al paciente con problemas de enfermedad obstructiva o restrictiva de los compartimientos ventilatorios.
6. Broncodilatadores: Estos medicamentos se dan en casos de pacientes con obstrucción crónica.
7. Drenaje postural: En pacientes con problemas de bronquiectasia o bronquitis crónica se les indica cómo efectuar drenaje postural, pues siempre éstos tienen problema de acumulación de flema en el postoperatorio.

Estados psíquicos y hábitos:

Casi todos los pacientes tienen cierta angustia, durante el período de valoración preoperatoria, una operación quirúrgica - crea temores de mutilación, invalidez, incluso la muerte.

Los pacientes que han de ser sometidos a una intervención quirúrgica, deberán ser recibidos con amabilidad y cortesía por el personal del Departamento de Cirugía, dando la mayor tranquilidad espiritual, según sea el grado de cultura. Se le detallará a estos pacientes por medio del cirujano a la intervención que será sometido, dando respuestas terapéuticas, finalidades y riesgos, detallando con ayuda de esquemas y dibujos, lo que debe esperarse antes y después de la operación.

Desde el punto de vista psíquico estos pacientes se dividen en:

a) Enfermos tranquilos y comprensivos:

Estos pacientes aceptan la intervención operatoria como una necesidad conveniente, conociendo los riesgos que pueden correr, como también las ventajas, son los mejores pacientes quirúrgicos teniendo un mejor pronóstico.

b) Enfermos excitables:

Estos pacientes son locuaces y nerviosos, aparentemente tienen despreocupación por los riesgos y resultados de la intervención, pero que al menor dolor o molestia, se desploman pasando una fase de pesimismo, con su disminución de su tono orgánico, con estos pacientes hay que tener cuidado, simulando tan-

to el momento operatorio como los inconvenientes y riesgos del mismo.

c) Enfermos fatalistas:

Que aceptan la intervención, sea cualquiera su enfermedad con resignación indiferente, creyendo que por varias que sean las medidas adoptadas, la operación producirá la muerte.

PSICOSIS: Consideraciones generales.

1. La evaluación psicológica preoperatoria incluye historia de dificultades emocionales previas o trastornos, ingesta de drogas, alcoholismo examen de su estado mental; las operaciones electivas deben ser pospuestas en caso de una presión psicótica franca.
2. En la psicosis el comportamiento predominante refleja falta de realidad y uno o más de lo siguiente:
 - a. Defecto de conciencia, orientación o juicio.
 - b. Incapacidad de controlar su comportamiento.
 - c. Juicio e inteligencia (la habilidad de manejar números, palabras, problemas de suma y resta).
 - d. Memoria (reciente o tardía).
 - e. Comunicación: Pensamiento claro o distorcionado.
 - f. Afectos: Si el temperamento es suave y estable, de-

primido o retraído, eufórico.

- g. Cambios o alteraciones motoras: (Impulso, reacciones aberrantes al parecer sin ninguna provocación o comportamiento retraído).

Descripción de Psicosis aguda:

Hay dos categorías: Orgánica y Funcional.

Psicosis Orgánica:

Se refiere a su reversibilidad potencial y no a la duración.

Psicosis Funcional:

A lo repentino e intensidad; las psicosis funcionales son afectivas o esquizofrénicas.

Psicosis Depresiva:

Esta psicosis es más frecuente en el postoperatorio y presenta el siguiente comportamiento:

- a. Pérdida de la estimación, autodepreciación e ideas suicidas.
- b. Cambios psicomotores, ya sea de retardo o agitación.
- c. Cambios afectivos usualmente en tristeza o introversión.

Trastornos esquizofrénicos:

Incluye la paranoia y reacciones catatónicas y otras formas que se destacan por:

- a. Trastornos del pensamiento.
- b. Desiluciones, asociaciones vagas o incomprensibles, ideas vagas.
- c. Cambios afectivos: Miedo o pánico, afecto inapropiado.

Cambios sensoriales y motores:

Alucinaciones auditivas o visuales, actividad motora impulsiva y bizarra incluyendo la violencia, estado de autismo y negativismo.

Síndromes cerebrales orgánicos:

Se distinguen por defectos cognositivos (delirio), déficit en orientación, memoria y función intelectual (síndrome cerebrales crónicos y agudos), aquellas condiciones donde predominan la confusión, inestabilidad y alucinaciones visuales.

CUIDADOS PSICOLOGICOS PREOPERATORIOS:

a) Situación y oficio del operado:

1. Acogida del futuro operado por la enfermera, jefe del ser-

vicio, estudiantes, con palabras animadoras, escoger cuidadosamente los compañeros de habitación.

2. Intentar colocar en una misma habitación enfermos de una edad aproximada y de un mismo medio.
3. Evitar colocar a los pacientes en habitaciones donde haya un paciente agonizante o una intervención de gran riesgo.
4. Evitar el anonimato del personal.
5. Ponerlo a la par de otro paciente que haya sido intervenido por el mismo problema y que se esté recuperando para que le trasmita sus experiencias.
6. Procurar crear un ambiente más familiar que administrativo, como proveer distracciones al paciente, radio, televisión, periódicos, semanarios y bibliotecas.
7. Atención a los familiares del paciente, explicando reglas y rutinas en el servicio, manifestándoles que éstas son de beneficio para el futuro operado.
8. Tomar en cuenta el cambio del ambiente del futuro operado y las dificultades que el médico de la familia haya podido tener para hacerle aceptar la operación.
9. La visita del cirujano y anestesista debe ser tranquilizante y animadora.
10. El paciente debe ser visitado por el anestesista, ya que hay pacientes que el temor es a la anestesia y no a la operación, por lo que se debe dar una explicación de la anestesia que se va a emplear.

11. El cirujano deberá darle respuestas terapéuticas a las preguntas formuladas por el paciente, muchas veces con ayuda de dibujos y esquemas, para que el paciente sepa lo que va a esperar antes y después de la operación.
12. Dar la explicación de una introducción de sonda, ya sea vesical, nasogástrica, por si hay necesidad de una sonda o drenaje después de la operación, el paciente se sentirá mejor si ya se le ha explicado, así como las intubaciones.
13. Desconfiar de uno o varios miembros de la familia, con frecuencia invasores bajo el pretexto de una solicitud apremiante, provocan y transmiten en el paciente sus temores hacia el acto quirúrgico para hacerlo desistir del mismo.
14. Tener cuidado especial en los optimistas como pesimistas - exagerados.
15. Desconfiar de los polioperados.

La preparación psicológica será particularmente cuidadosa con motivo de determinadas intervenciones:

1. Intervenciones ginecológicas: Histerectomías, intervenciones vaginales.
2. Todas las intervenciones mutilantes.
3. Colostomía: En este caso la familia quizá es la que mejor se debe preparar, ya que con ellos se va a relacionar mucho el paciente.

CONSENTIMIENTO PARA OPERAR:

Es necesario obtener una declaración voluntaria y detallada, con el consentimiento del paciente antes de efectuarse una intervención operatoria, es conveniente explicar de la manera más clara posible el objetivo de la intervención quirúrgica, forma sencilla de lo que se va a hacer y la importancia que reviste, de lo que cabe esperar en el período postoperatorio inicial y tardío.

EL CIRUJANO Y LA FAMILIA:

El cirujano debe darles explicaciones a la familia, verídicas sobre el proceso quirúrgico, no debe evitarse el probable costo de la operación, pero tampoco debe insistirse demasiado en ello, pues ésta da tendencias a aumentar la ansiedad del paciente debe indicárseles de que la valoración preoperatoria necesaria requiere ciertas pruebas para exactitud diagnóstica y seguridad máxima para la operación y que no se efectuarán exámenes innecesarios. Debe decirseles la fecha probable de la operación con debida anticipación, el cirujano debe comunicarse con el médico de la familia pues éste es llamado con frecuencia con respecto al problema de la operación y no el cirujano mismo que puede ser un desconocido.

ORDENES PREOPERATORIAS:

Estas órdenes son escritas al día antes de la operación.

1. Se especifica cual es el área operatoria, la cual es debidamente rasurada y lavada con agua y jabón.

2. Baño antes de acostarse desde la cabeza hasta los pies, incluyendo shampoo.
3. Nada por vía oral. Está indicado comúnmente 8 horas antes de la operación, permitiendo que el estómago del paciente esté vacío, reduciendo el riesgo de vómitos y aspiración en el momento de la anestesia.
4. El régimen más conveniente es discontinuar los sólidos después de que el paciente haya cenado (20 horas) y líquidos a la hora del sueño la noche antes de llevarse a sala de operaciones.
5. Enema la tarde anterior a la operación para vaciar el colon distal, en inducción con anestesia general, los pacientes pueden relajar esfínteres y defecar en la mesa de operaciones, si el colon distal y el recto no están vacíos.
6. Excreta: El paciente debe excretar antes de ir a sala de operaciones, por las mismas razones expuestas anteriormente, si no se puede efectuar esto, colocar un catéter y que éste se mantenga hasta el principio de la operación.
7. Sedación: Un sedante apropiado, debe ser ordenado a la hora del sueño y que se repita cuantas veces sea necesario, para medicaciones por vía oral que deben ser tomadas por el paciente unos momentos antes de la operación, se deben cambiar para medicamentos por vía intramuscular o intravenosa.
8. Anestesia local: Para los pacientes que van a ser operados bajo anestesia local, las órdenes de premedicación deben ser escritas por el cirujano, una combinación de drogas es lo comúnmente usado. La combinación particular y la do-

sis depende de la condición y tamaño del paciente.

9. Una hora antes de ser llevado a sala de operaciones se inyecta 0.5 mg. de atropina intramuscular.

VALORACION RAPIDA DE CASOS DE EMERGENCIA:

Cuando hay grados variables de emergencia no caben reglas fijas para valorar a estos pacientes, pudiéndose efectuar ciertos detalles a beneficio del paciente.

- a. Comprobar que la vía aérea sea adecuada.
- b. Combatir las hemorragias que amenazan la vida.
- c. Extraer sangre para determinar hemoglobina y hematocrito.
- d. Compatibilidad y Rh, prueba cruzada.
- e. Valoración del estado físico.
- f. Estado de conciencia para determinar riesgo quirúrgico y anestesia.
- g. Todo paciente que sea candidato para una operación de emergencia no debe tener ninguna ingesta por vía oral, esto incluye agua y drogas P.O.
- h. Medicamentos: El problema especial comúnmente en este tipo de pacientes es el dolor, como el dolor puede ser importante para el diagnóstico y el único síntoma al cual se le puede seguir para determinar la condición del paciente, si está mejorando o empeorando no se debe enmascarar dan

do narcóticos o cualquier otra droga, como regla general, ningún medicamento debe ser administrado hasta no haber establecido el diagnóstico y una decisión haya sido hecha con respecto si se va a operar o no.

- i. Si los pacientes son sépticos, la terapia con antibióticos debe iniciarse rápidamente.
- j. Terapia de líquidos: Casi todos los pacientes de este grupo van a necesitar líquidos intravenosamente, como terapia para corregir la deshidratación y el balance electrolítico.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS:

1. Operación: Un análisis claro, de qué fue hecho durante la operación, debe incluir las órdenes por las mismas razones, - al igual que el diagnóstico debe estar claramente establecido, - hay que informar al personal de enfermería de la naturaleza de la operación para que puedan anticipar la calidad de cuidados que este paciente va a necesitar.
2. Reposo y colocación del operado: Una vez terminada la operación el enfermo es colocado sobre la camilla de transporte y acompañado por la enfermera, durante el traslado el paciente debe de estar bien abrigado, ya en el lecho el paciente es colocado (si no hay indicación especial debido al tipo de operación sufrida) en decúbito supino, sin almohada y con los pies en la cama ligeramente elevados.
3. Se colocará la cabeza del paciente en ligera rotación hacia un lado, tanto para facilitar la respiración como para evitar

las aspiraciones de secreciones mucosas o vómitos, la enfermera observará durante este período los signos vitales.

4. **Signos vitales:** Los signos vitales deben ser anotados cada media hora durante las 3 primeras horas por lo menos, si éstos están estables se controlarán cada 6 horas por lo menos, si éstos están estables se controlarán cada 6 horas y si no es así, comunicárselo al médico de turno para que éste se mantenga en constante vigilia y pasarlo si es posible a cuidados intensivos.

5. Si el paciente presenta alguna obstrucción respiratoria alta, debido a la acumulación de secreciones, se le debe abrir la boca, traccionándole la lengua, limpiarle bien la boca, faringe para favorecer la respiración.

6. **Mover e hiperventilar:** El régimen de mover e hiperventilar al paciente debe estar indicado en el postoperatorio inmediato, pues esto ayuda a prevenir la acumulación de secreciones y reduce la tendencia a atelectasias.

7. **Alivio del dolor:** Al retornar la sensibilidad y la conciencia se presenta el dolor, aliviarlo con la administración de analgésicos.

8. **Sedantes:** En el postoperatorio inmediato, los narcóticos para quitar el dolor proveen más que sedación adecuada, iniciado en el segundo o tercer día postoperatorio, cuando el dolor ya no existe y el paciente está tolerando líquidos, los narcóticos pueden ser reducidos o discontinuados y se pueden dar sedantes

para el sueño por vía oral en la noche.

9. **Vómitos:** Las náuseas y vómitos, se presentan casi constantemente después de la intervención, en especial si se ha administrado anestesia general, siendo producido por mecanismos reflejos, esto son:

- a. A consecuencia de la irritación del anestésico en la mucosa gástrica.
- b. Irritación directa del centro del vómito medular.
- c. Factores psicológicos.

En pacientes que están vomitando repetidamente debe ser usada la intubación nasogástrica y succión continua.

La administración de un antiemético tales como el clorpromozina (compazine) son efectivos, controlando los vómitos post-anestesia.

10. **Sed:** Generalmente el paciente en las primeras 24 horas es mantenido sin nada por vía oral, debido al estado de deshidratación el paciente presenta sed, por lo que se debe mojar los labios con hielo o algodón húmedo.

11. **Dieta:** La dieta depende del tipo de operación y del tipo de anestesia y su duración, en general el paciente las primeras 24 horas es mantenido sin nada por vía oral, ésta se inicia cuando hay ruidos intestinales, si el paciente puede eructar, hay

que iniciar con líquidos, si éstos son bien tolerados se puede pasar a alimentos y progresar a una dieta general, hasta que se tolere bien los sólidos. Esto debe hacerse en etapas, empezando con líquidos claros, líquidos corrientes, dieta blanda y continuar así tan pronto como el paciente pueda comer, iniciar con alimentos sólidos adecuados.

Si es un operado bajo anestesia local y no grave la intervención:

- a. El mismo día se puede suministrar una dieta ligera, fácilmente digerible y líquidos que demande.
- b. Los operados bajo anestesia general e intervenciones graves, durante las primeras 24 horas no deben recibir ningún alimento.
- c. Cuando haya transcurrido 48 horas se les puede dar agua natural o jugos cada 2 ó 3 horas, siempre que sea tolerado.
- d. A partir del 3er. día, si la evolución operatoria es normal, se implantará un régimen alimenticio total, tendrá caracteres especiales cuando la intervención sea de estómago, hígado o intestino.
- e. Control de una ingesta y excreta en especial la cantidad de líquidos requeridos.

Balance acuoso electrolítico:

a. Agua eliminada en forma de vapor	2,000 cc.
b. Agua eliminada por la orina	1,500 cc.
c. Agua eliminada por las heces	1,500 cc.
d. Agua perdida por hemorragia y sudoración	1,000 cc.
Total	<u>4,650 cc.</u>

En un hombre de 70 Kg. se calcula además el 6% de su peso, siendo así 7,850 cc.

12. Actividad: Esto también depende de la operación que se realizó, el tipo de anestesia usada y la duración de ésta. La mayoría de los pacientes que han tenido anestesia general y una operación mayor tendrán reposo absoluto en la tarde después de la operación a la mañana siguiente deben ser sentados y caminar alrededor de la cama con ayuda, esto debe aumentarse progresivamente en la actividad de cada día. La inactividad trae de por sí complicaciones, conexión de tubos para drenajes, catéteres, pueden complicar pero no son contraindicación para la deambulación.

13. Evacuar la hipersecreción bronquial, sobre todo con: La tos provocada, el drenaje y en caso de necesidad la aspiración.

Será pues necesario.

- a). Respetar las contraindicaciones operatorias, abstenerse de operar en caso de infección respiratoria aguda, si es posible en período de epidemia.

- b). Desinfectar cuidadosamente el Rinofaringe y los bronquios.
- c). Tratar una infección nasal, bucal, cuidados dentarios.
- d). Practicar una gimnasia respiratoria preoperatoria.
- e). Colocar al operado en decúbito lateral, cambiando de lado de vez en cuando, etc.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR:

1. Vigilar que el paciente no vaya a presentar una embolia pulmonar aguda o insuficiencia ventricular derecha, estar atento si se presenta: Disnea, angustia, dolor, caída de la tensión y taquicardia.
2. Rayos X de tórax: Para investigar una obstrucción de arteria pulmonar.
3. Vigilar por turgencia de la piel, presión venosa central, ascitis ya que estos pacientes pueden presentar una insuficiencia ventricular derecha.
4. Electrocardiograma del paciente en su lecho operatorio.
5. Lo indicado para que no haya complicaciones postoperatorias consiste en:

- a. Poner en reposo y dieta hiposódica varios días antes de la operación.
- b. Intentar restablecer las condiciones circulatorias.
- c. Administración de sedantes nerviosos en pequeñas dosis.

CUIDADOS PSICOLOGICOS:

Una vez que el médico esté bien enterado del estado mental y los cambios que ha tenido el paciente antes y después de la operación, el diagnóstico debe dirigirse a la posibilidad de una reacción mental a las drogas, ya que puede causar lo siguiente:

1. El paciente fácilmente puede crear hábitos a los sedantes.
2. Daño cerebral por drogas.
3. El paciente debe ser llevado a su cuarto de recuperación procurando que éste esté bien ordenado.
4. La psicosis postoperatorias son más comunes en las personas ancianas que en las jóvenes, siendo los pacientes de edad los más sensitivos a las drogas.
5. El cirujano se comunica con el recién operado demostrándole igual interés que le demostró antes de la operación.
6. Permitir la visita de familiares y amigos de acuerdo al criterio del médico.

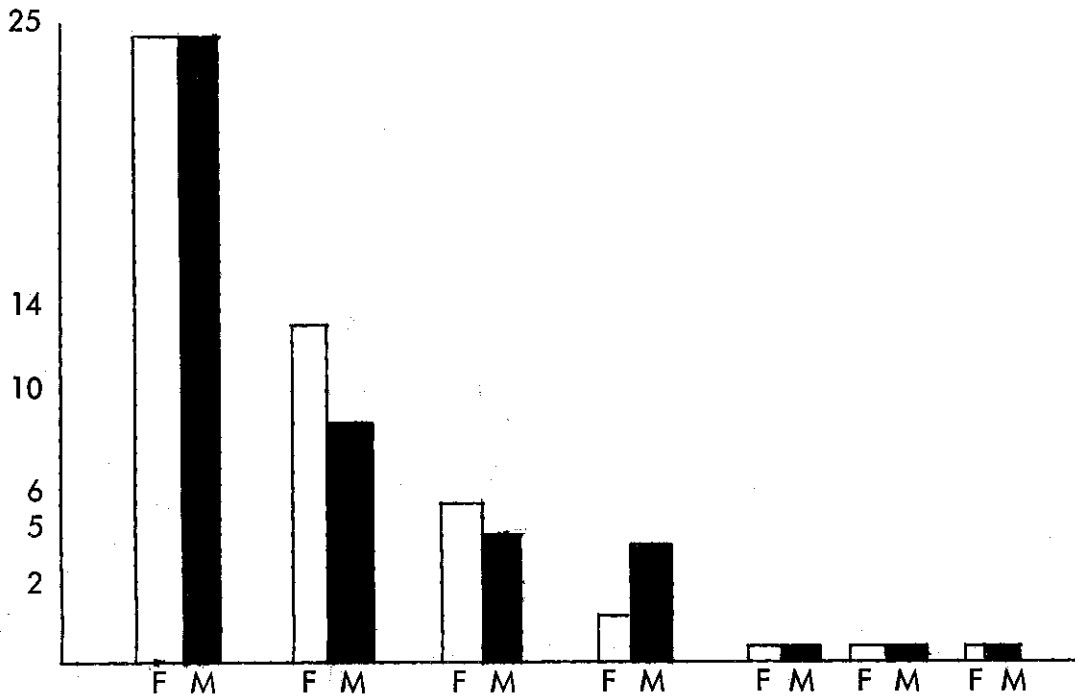
7. Si el paciente está ansioso o intranquilo administrar sedantes en las dosis menores posibles para tranquilizarlo.
8. Permitir que el paciente tenga radio, periódicos, revistas, para hacer menos angustiosa su estadía en el período de convalecencia.
9. Hablar con el paciente de los futuros planes que tiene cuando se reintegre a la vida normal.
10. Indicarle la actividad que puede desarrollar cuando esté integrado a la vida normal.
11. Terapia inmediata para el paciente psicótico-deprimido, siendo en un cuarto seguro donde se hallan tomado precauciones por un posible suicidio, si el paciente está muy agitado administrar un tranquilizante y llamar al psiquiatra para decidir nueva conducta.

VI

ANALISIS DE RESULTADOS CON SUS GRAFICAS

TIPO DE CIRUGIA

No. de
pacientes



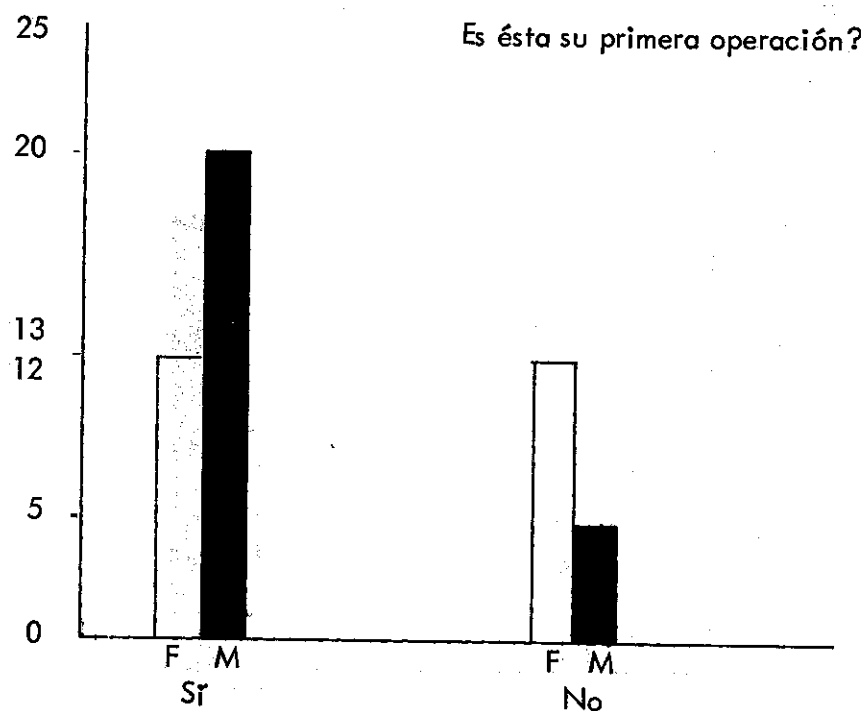
- En ambos sexos, la cirugía de tórax, cirugía de emergencia, cirugía craneana fue 0%.
- La cirugía electiva fue del 100% en ambos sexos.
- La cirugía abdominal fue 56% del sexo femenino y 40% en masculino.
- La cirugía abdominal en ambos fue lo que más se practicó, siendo esta clase de cirugía henioplastías inguinales.
- La cirugía genito-urinar fue 24%, sexo femenino y masculino 20%.
- La cirugía de extremidades fue 20% sexo masculino y 8% femenino.

NOTA:

Sexo masculino.
Sexo femenino.

GRAFICA No. 2
NUMERO DE OPERACIONES

Se investigó a los pacientes sobre el número de operaciones a que habían sido sometidos.



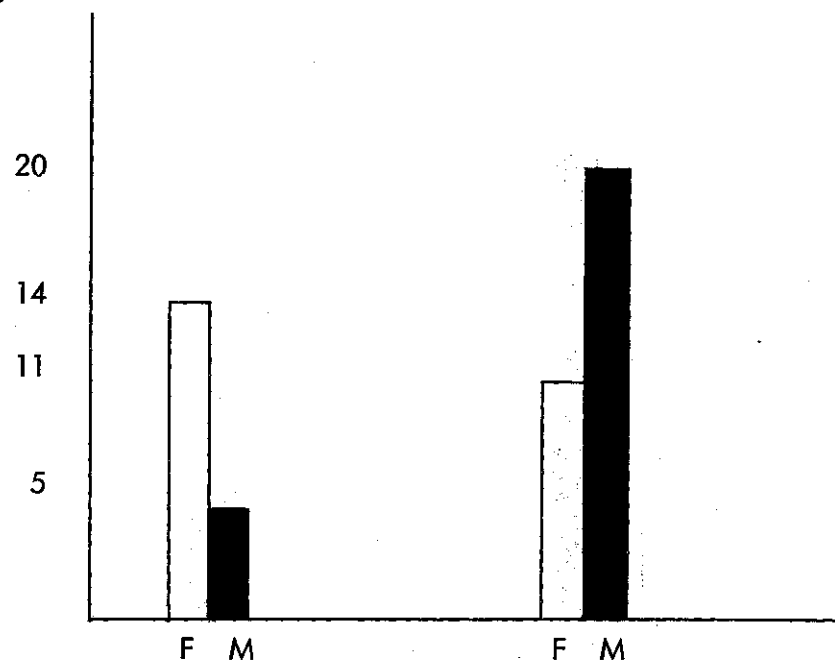
- Se observa que en el sexo femenino el 48% fue su primera intervención quirúrgica electiva; el 52% restante ya había sido sometido a una intervención quirúrgica.

- El 80% del sexo masculino esta fue su primera intervención quirúrgica electiva, siendo el 20% sometido a intervenciones anteriores.

GRAFICA No. 3
NUMERO DE OPERACIONES

Cuántas operaciones ha tenido en los últimos 5 años?

No. de
pacien-
tes.



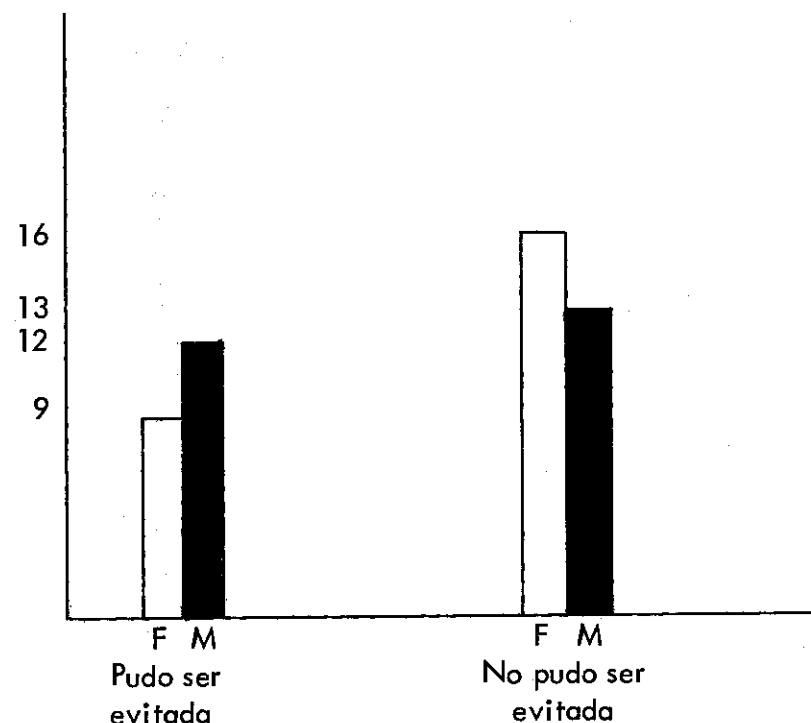
- En el sexo femenino el 56% de los pacientes ya habían tenido operaciones anteriormente.
- En el sexo masculino sólo el 20% se había sometido a intervenciones anteriores.

Observamos que entre ambos sexos los pacientes con más intervenciones son los del sexo femenino.

GRAFICA No. 4
SEGURIDAD EN LA INTERVENCION QUIRURGICA

Ante la interrogante de que si la operación pudo ser evitada, los resultados son los siguientes:

No. de
pacien-
tes.



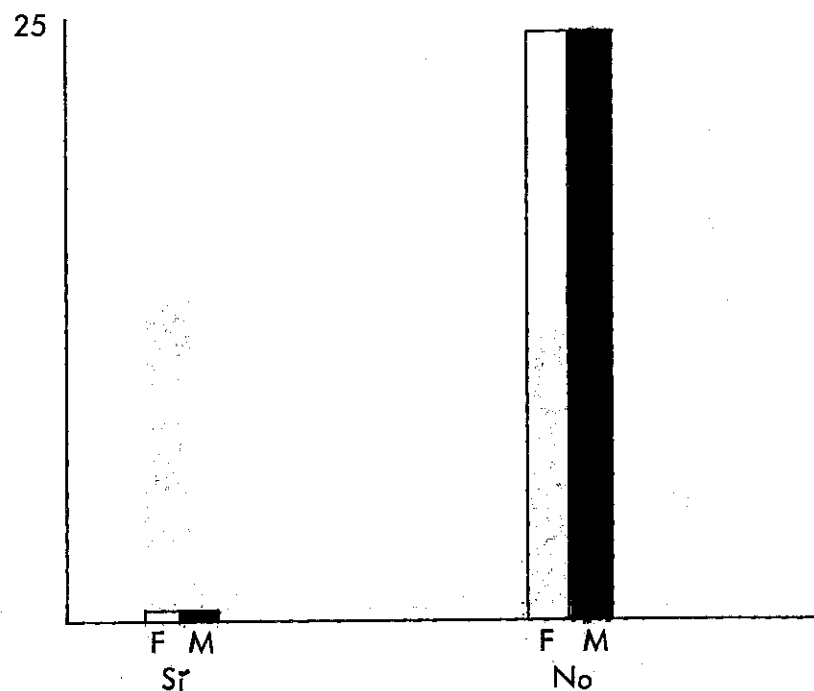
- El 36% del sexo femenino afirma que la operación pudo haber sido evitada; el 48% del sexo masculino afirma lo mismo.

Observamos que el porcentaje del sexo femenino es mayor 64%, manifestando que la operación no pudo ser evitada.

GRAFICA No. 5

ATENCION PSIQUIATRICA PREOPERATORIA

No. de pa-
cientes

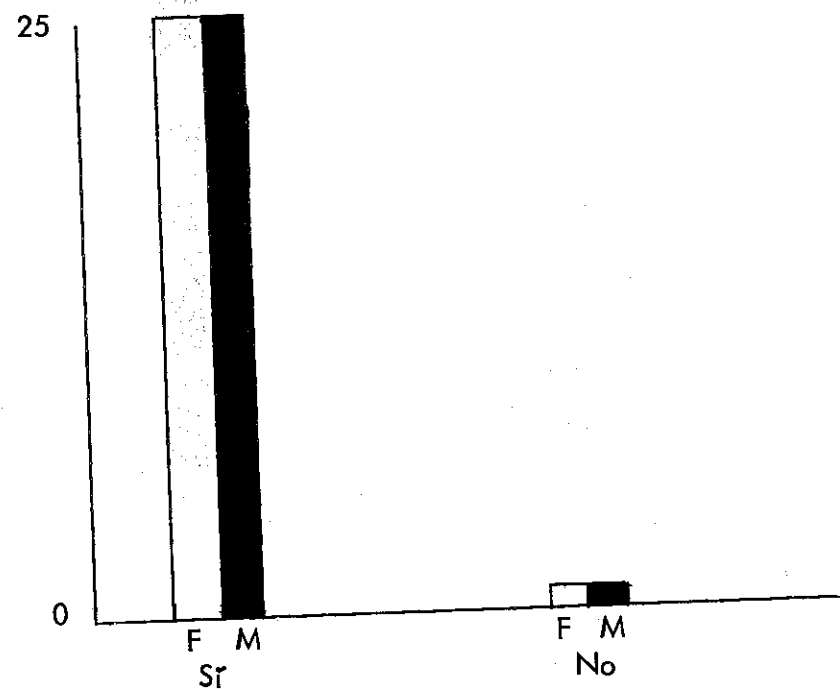


- El 100% de los pacientes no ha tenido tratamiento psiquiátrico pre-operatoriamente, ya que en dicho hospital no hay médico con esta especialidad (Psiquiatra).

GRAFICA No. 6
APROBACION DEL ACTO QUIRURGICO

Ha sido decisión suya aceptar la operación?

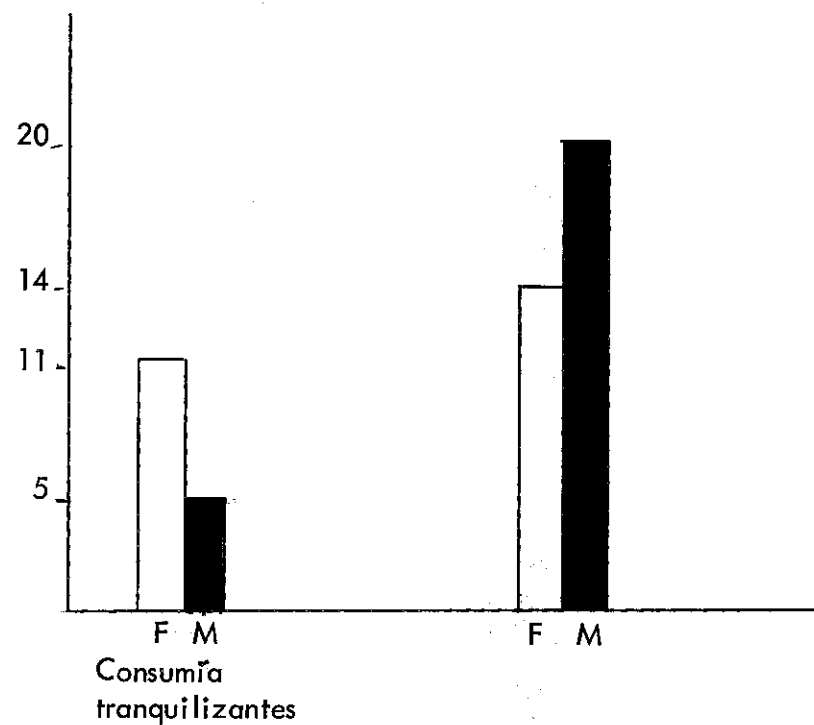
No. de pa-
cientes.



- El 100% de los pacientes, luego que se les notificó que la intervención quirúrgica era necesaria, dieron su aprobación voluntaria, aceptando la intervención.

GRAFICA No. 7
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES PREOPERATORIAMENTE

No. de
pacien-
tes.

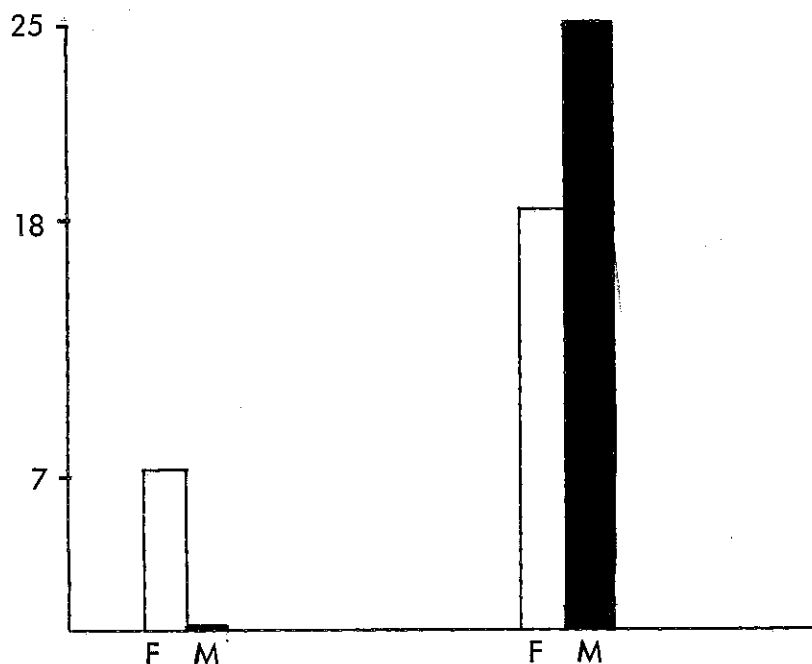


- En el sexo femenino el 44% había consumido tranquilizantes preoperatoriamente, en el sexo masculino 20%, consumía también tranquilizantes.
- Observamos que el predominio en el consumo de tranquilizantes es mayor en los pacientes del sexo femenino.

GRAFICA No. 8

DIFICULTADES FAMILIARES, SOCIALES, LABORALES O ECONOMICAS
ANTES DE DECIDIR EL ACTO OPERATORIO

No. de pa-
cientes



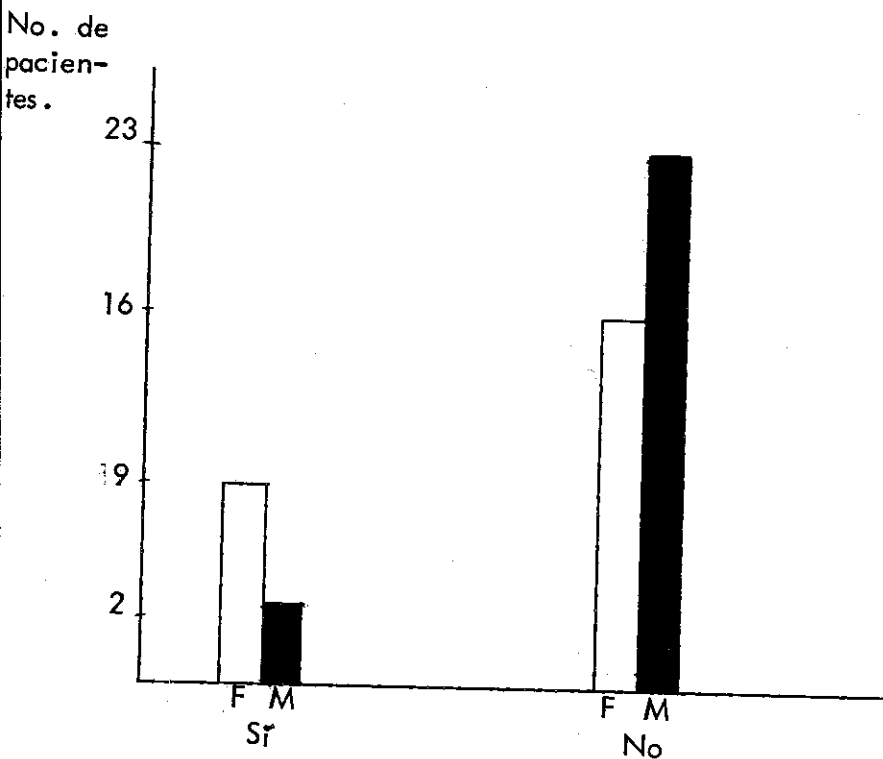
Había tenido usted dificultades familiares, en el trabajo o económicos, antes de decidir la operación?

- El 28% del sexo femenino tuvo problemas familiares antes de la operación, siendo el problema más importante la atención del esposo y sus hijos en la casa.
- El 44% del sexo femenino tuvo problemas laborales antes de ser intervenidos quirúrgicamente, debido a que estos pacientes tenían que dejar su empleo (oficios domésticos) para ser sometidos a la intervención.
- Los pacientes del sexo masculino no refirieron tener problemas familiares antes de la operación 0%.
- Observamos que el 24% del sexo masculino tuvo problemas laborales, en el aspecto que no tenían ninguna otra entrada en lo que se refiere a gastos para las necesidades básicas, ya que todos trabajan por obra.

GRAFICA No. 9

ASOCIACION DEL PROBLEMA QUIRURGICO EN SITUACIONES
EMOCIONALES ADVERSAS, ANTE LA PREGUNTA

Cree usted que la enfermedad se debió a una reacción de cólera no controlada?



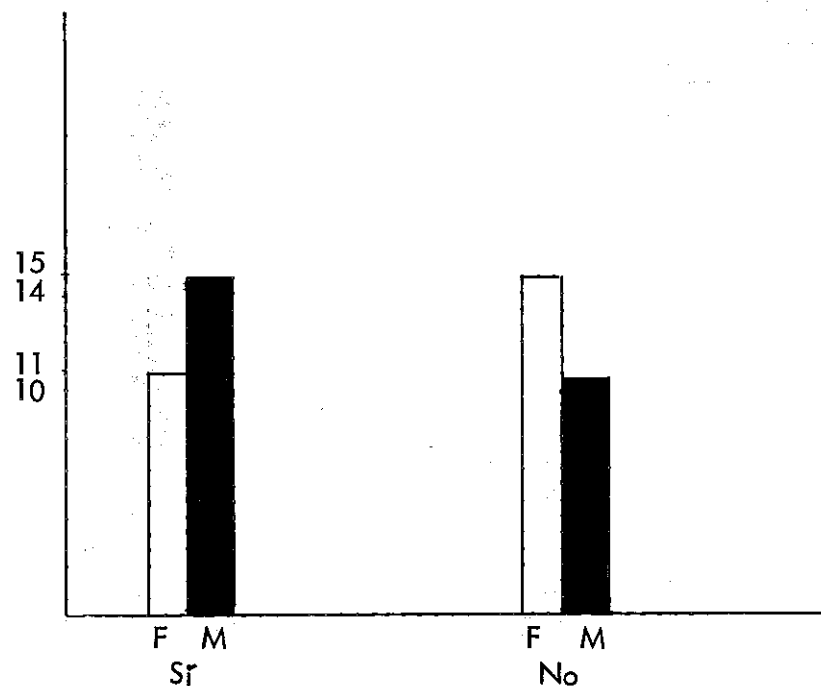
El sexo femenino el 36% manifestaron que la enfermedad se debió a un proceso de cólera; siendo en este caso la enfermedad que más se asociaba a reacciones de cólera la c.c.c.

El sexo masculino el 8% de los pacientes atribuyeron su enfermedad a reacciones de cólera, manifestando que cuando se enojaban les salía una masa. Siendo a la hernia lo que le atribuyen estas reacciones.

GRAFICA No. 10
TEMOR AL ACTO QUIRURGICO

¿Teme usted a la operación?

No. de
pacien-
tes.



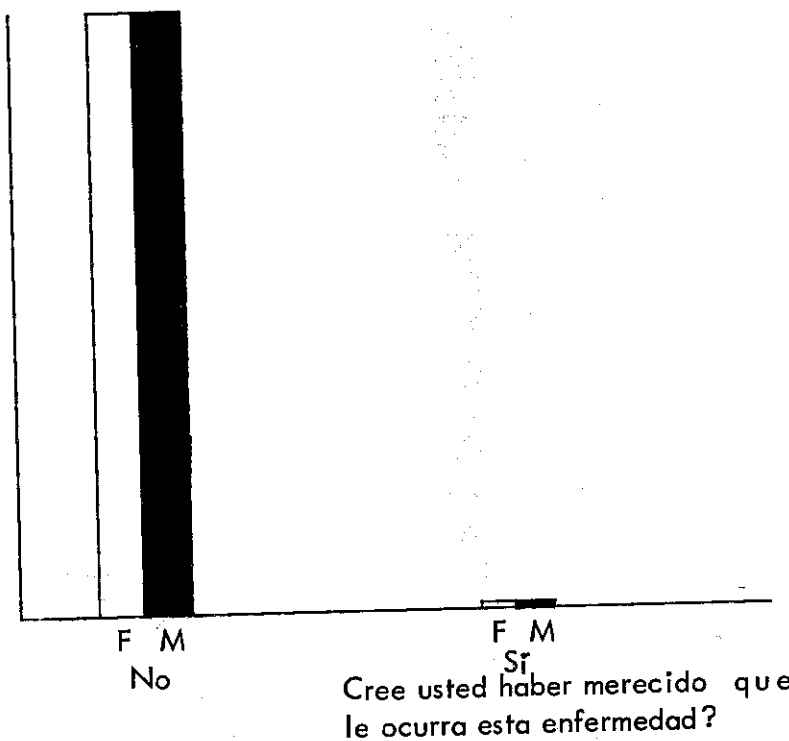
- El 44% del sexo femenino presentaron temor a la intervención quirúrgica.
- El 60% del sexo masculino presentó el mismo temor.
- Observamos que los pacientes del sexo femenino son los que aceptan con más resignación las intervenciones.

GRAFICA No. 11
ACEPTACION DEL PROCESO PATOLOGICO

Para evaluar la aceptación del paciente a su entidad patológica se efectuaron las siguientes interrogantes?

No. de
pacien-
tes.

25

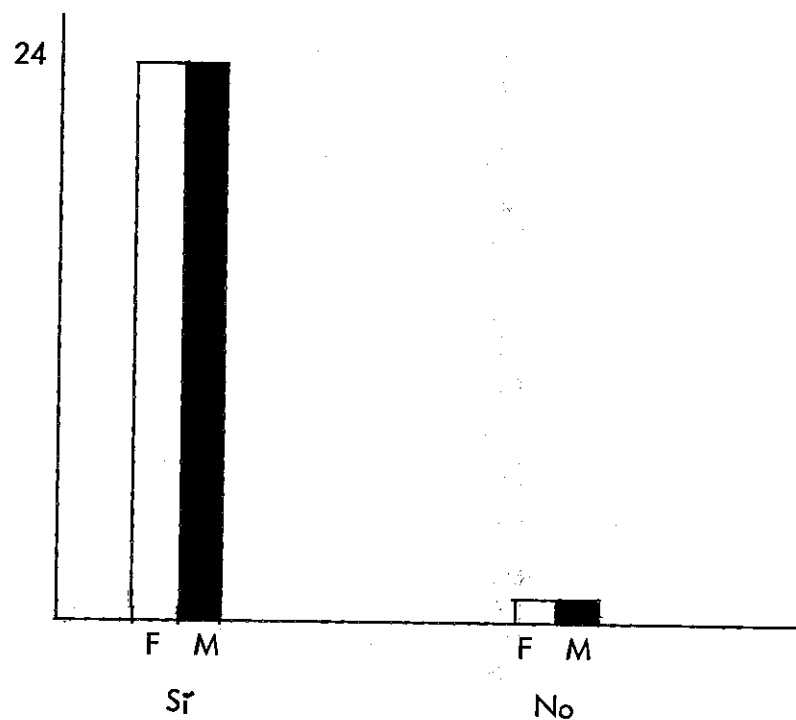


- Como se observa en la gráfica anterior, el 100% de los pacientes de ambos sexos no merecían estar enfermos, siendo ésta consecuencia de mala suerte.

GRAFICA No. 11-1

Piensa usted que las consecuencias de la operación son totalmente recuperables?

No. de
pacien-
tes.

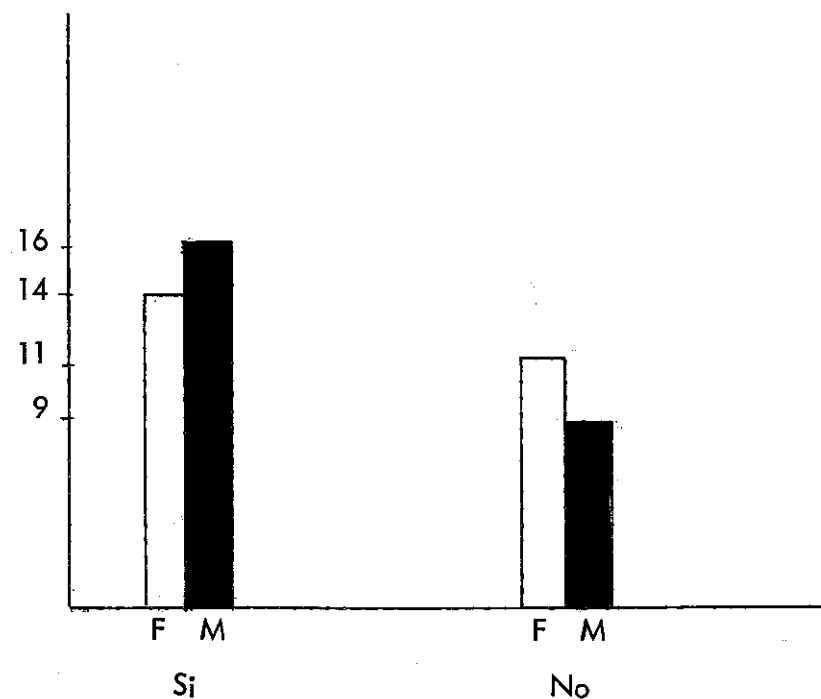


- El 96% de ambos sexos tienen confianza en una buena recuperación.
- En el sexo femenino el 4% de los pacientes que refirieron que no se recuperaría, era porque ya había sido intervenido varias veces (4), por una hernia inguinal, en el sexo masculino el paciente refirió que, ya no se recuperaría, pues se le amputaría un miembro inferior.

GRAFICA No. 11-2

Después de notificarle la operación, ha estado usted triste, pesimista, decaído?

No. de
pacien-
tes.

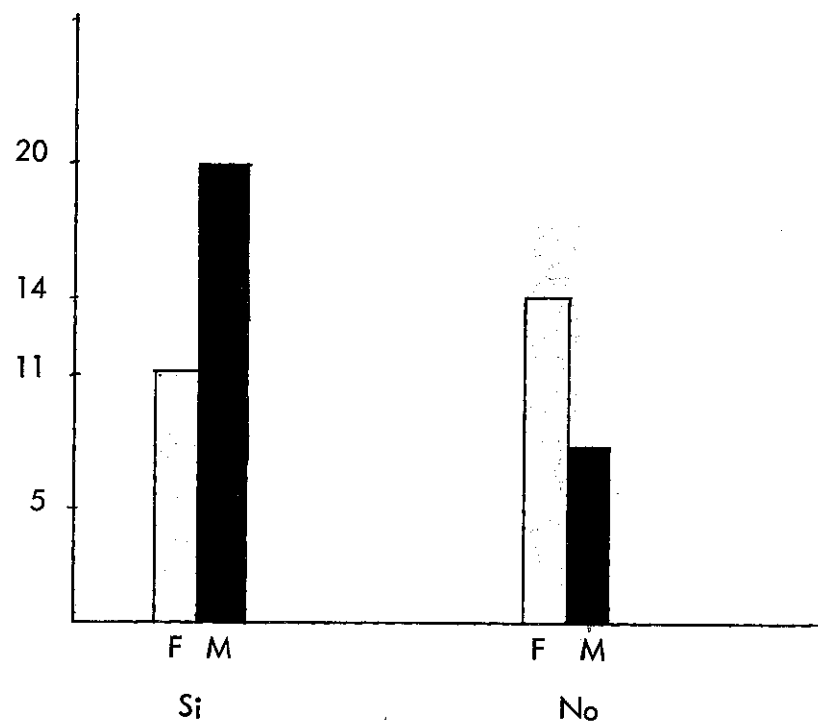


- El 64% del sexo masculino y el 56% del sexo femenino, refirieron que luego de notificarles la necesidad de una intervención quirúrgica, su estado de ánimo decayó, sintiéndose pesimista.

GRAFICA No. 11-3

Deseaba usted que la operación sucediera?

No. de
pacien-
tes.

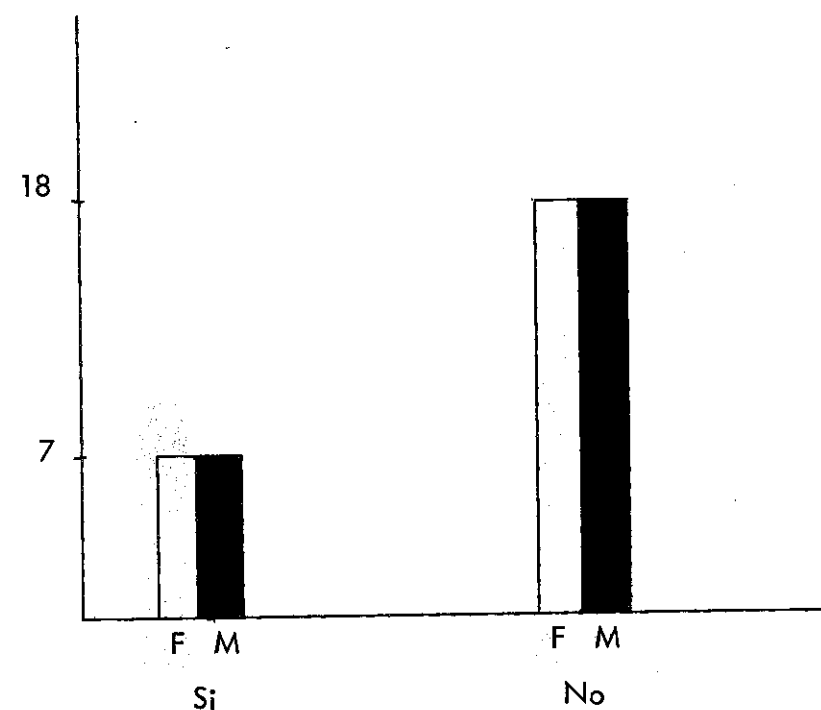


- El 80% del sexo masculino y el 44% del sexo femenino deseaban que la operación sucediera, suena paradójico que un pequeño porcentaje de pacientes de ambos sexos no deseaban que se les operara, pero que si aceptara, su intervención, refiriendo que talvez con la operación resolverían su problema.

GRAFICA No. 11-4

Puede esta operación causar serios problemas a su familia?

No. de
pacien-
tes

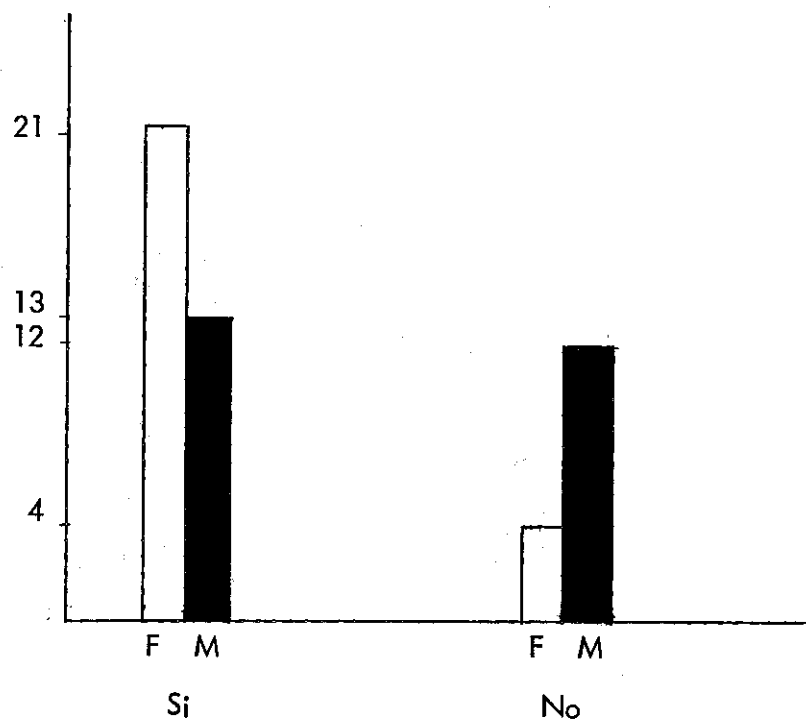


- El 28% de ambos sexos respondió que la operación podría causar problemas a la familia, siendo de tipo económico el principal problema.

GRAFICA No. 12
ESTADO FISICO PREOPERATORIO
(Según referencia del paciente)

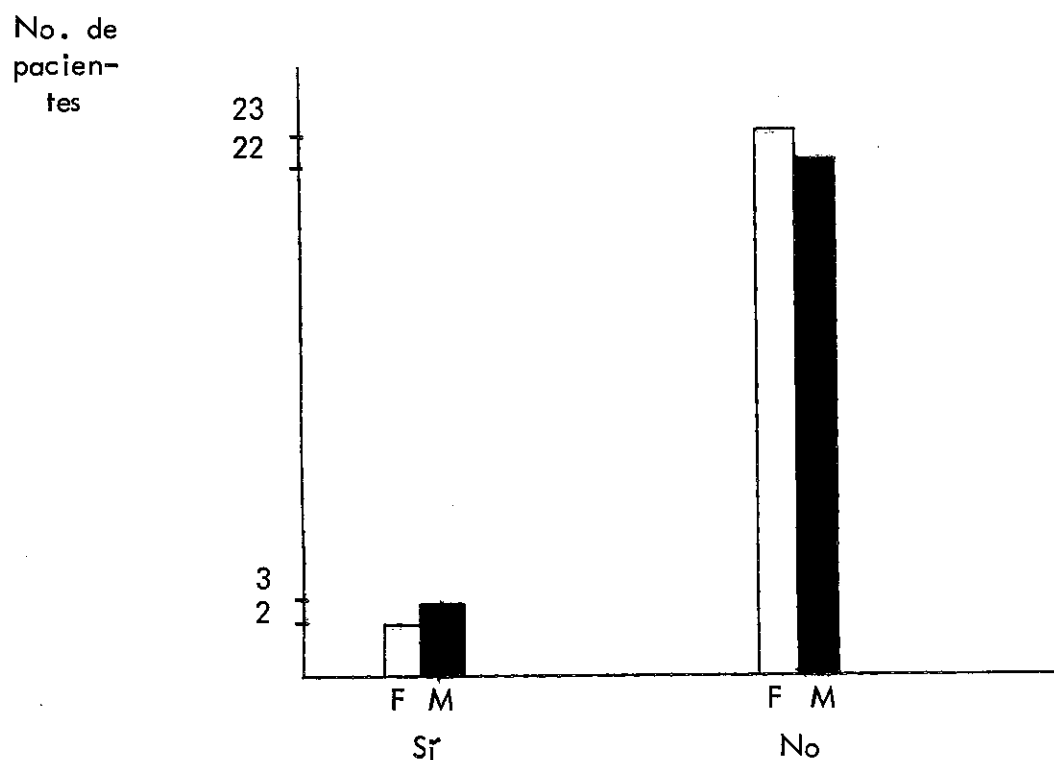
Había estado usted fatigado por lo menos 30 días antes de la operación?

No. de
pacien-
tes



- Se observa que el 84% del sexo femenino y el 52% del sexo masculino se habían sentido fatigados 30 días antes de la operación.

CONFIANZA DEL PACIENTE EN EL EQUIPO MEDICO QUIRURGICO QUE
LO VA A INTERVENIR



Para evaluar la confianza del paciente en el equipo que lo va a asistir en el acto quirúrgico se efectuaron las siguientes preguntas.

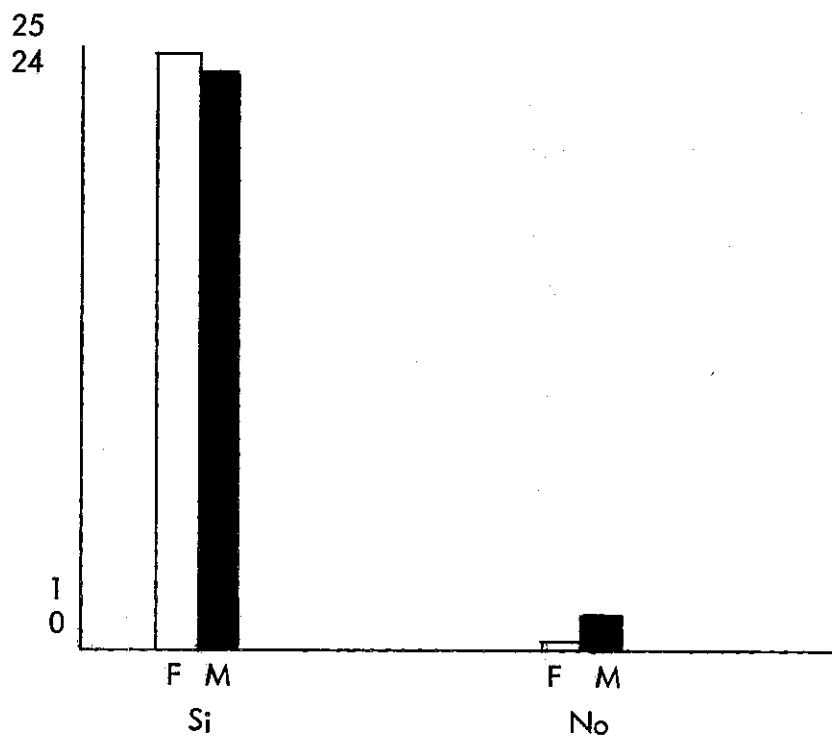
Cree usted que le quieren hacer daño en el hospital?

- En el sexo femenino el 8% respondió que se les quería hacer daño en el hospital, siendo una paciente de hernia incisional, debido a que ya había tenido intervenciones anteriores.
- El sexo masculino el 12% respondió afirmativamente a la pregunta, siendo uno de ellos próximo a perder su órgano de reproducción y 2 de éstos a perder miembros inferiores.

GRAFICA No. 13-1

Confía en el Cirujano que lo va a operar?

No. de
pacien-
tes



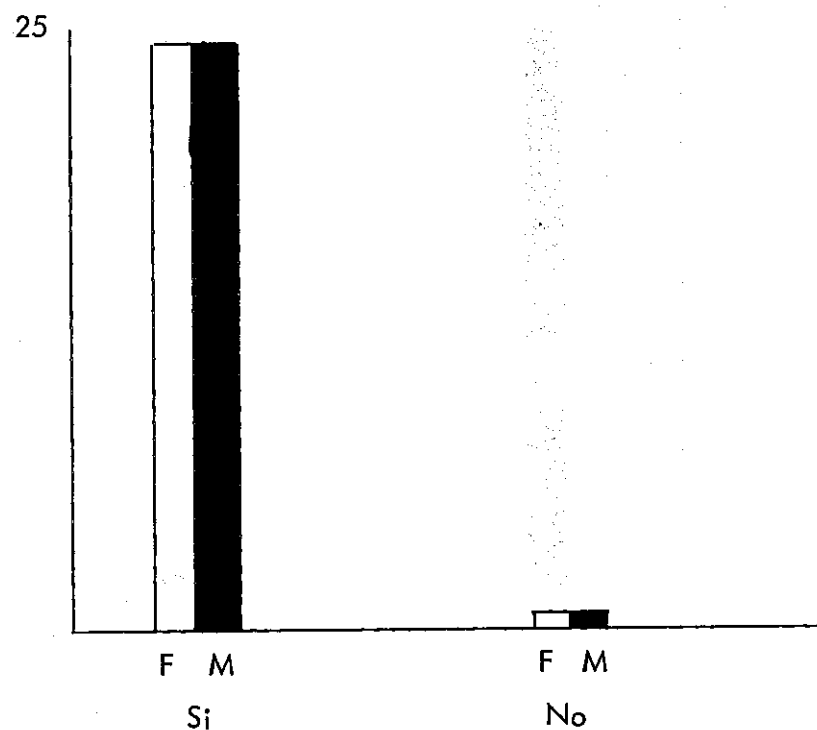
El 100% del sexo femenino y 90% del sexo masculino confía en el cirujano que lo iba a intervenir.

El paciente del sexo masculino refirió que no conocía al Médico que lo iba a intervenir, por lo que no podría afirmar si confiaba o no.

GRAFICA No. 13-2

Confía en el Equipo (instrumental, personal paramédico) con que cuenta este Hospital para su operación?

No. de
pacien-
tes

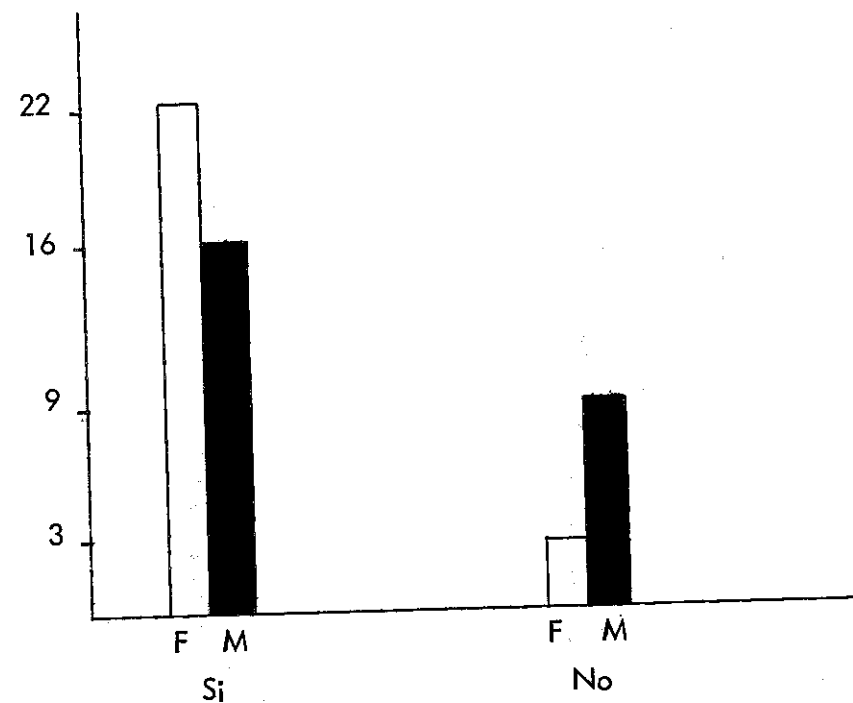


- El 100% de ambos sexos confía en el equipo que forma parte para su intervención.

GRAFICA No. 13-3

Sabe el nombre del Médico que lo va a operar?

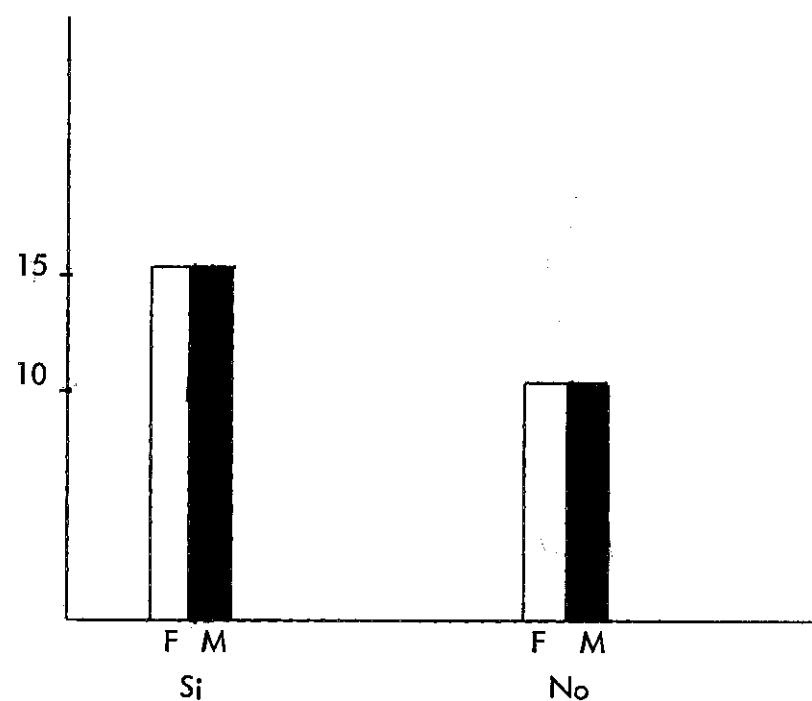
No. de
pacien-
tes



- El sexo femenino el 88% de los pacientes sabían el nombre del Médico, mientras que en el sexo masculino sólo lo sabían el 64%.
- Lo que demuestra que los médicos de la Sala de Cirugía de Mujeres tienen más contacto con su paciente.

GRAFICA No. 13-4
Se siente angustiado por la operación?

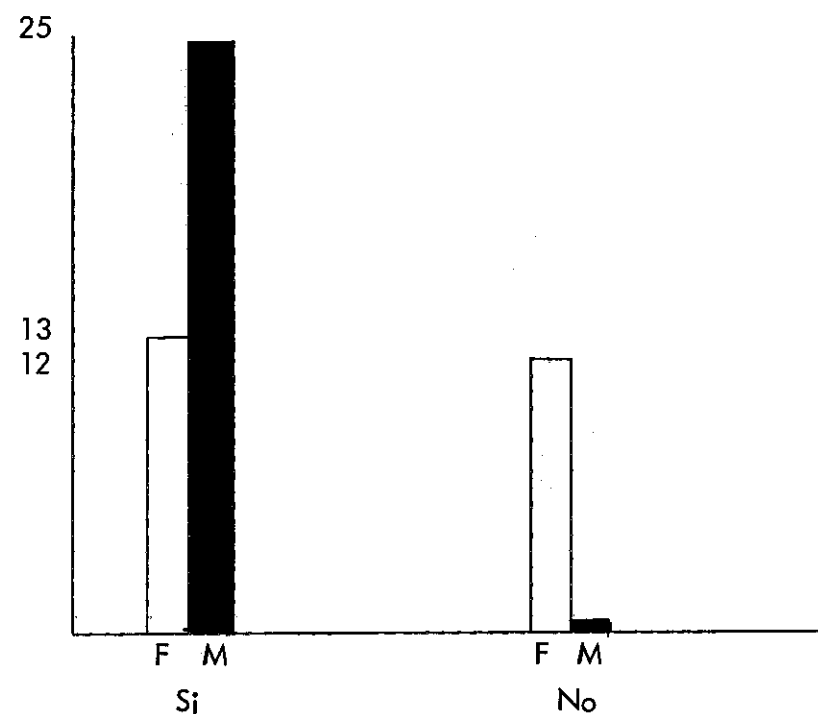
No. de
pacien-
tes



- Se observa que el 60% de los pacientes de ambos sexos se sentían angustiados, lo que demuestra que la mayoría de pacientes presentan algún grado de angustia.

GRAFICA No. 13-5
Se ha sentido irritable desde que supo que iba ser operado?

No. de
pacien-
tes

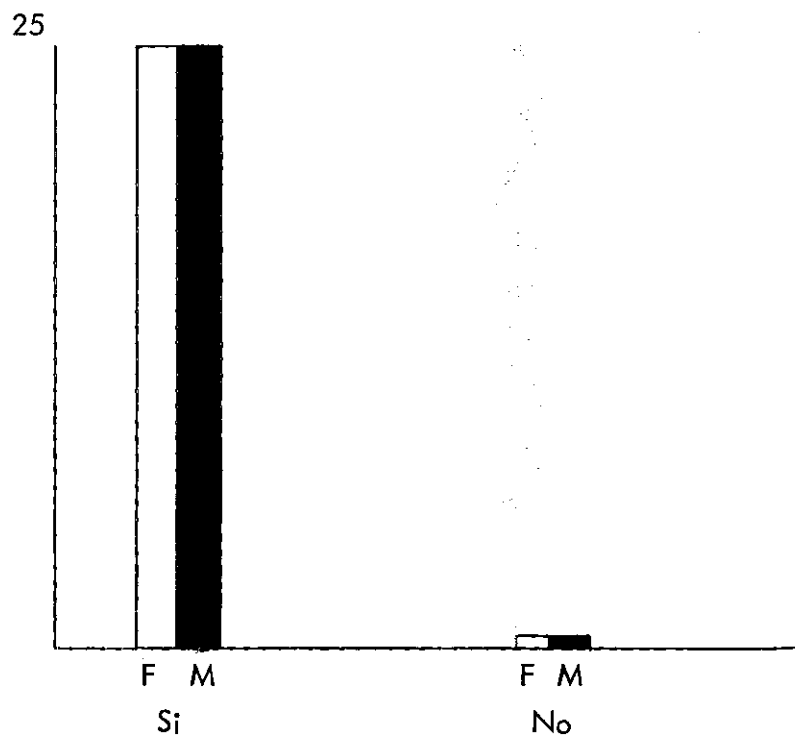


- En el sexo masculino el 100% presentó irritabilidad, mientras que igual condición solo se presentó en el 52% de los pacientes del sexo femenino.

GRAFICA No. 13-6

Piensa que su enfermedad se curará con la operación?

No. de
pacien-
tes



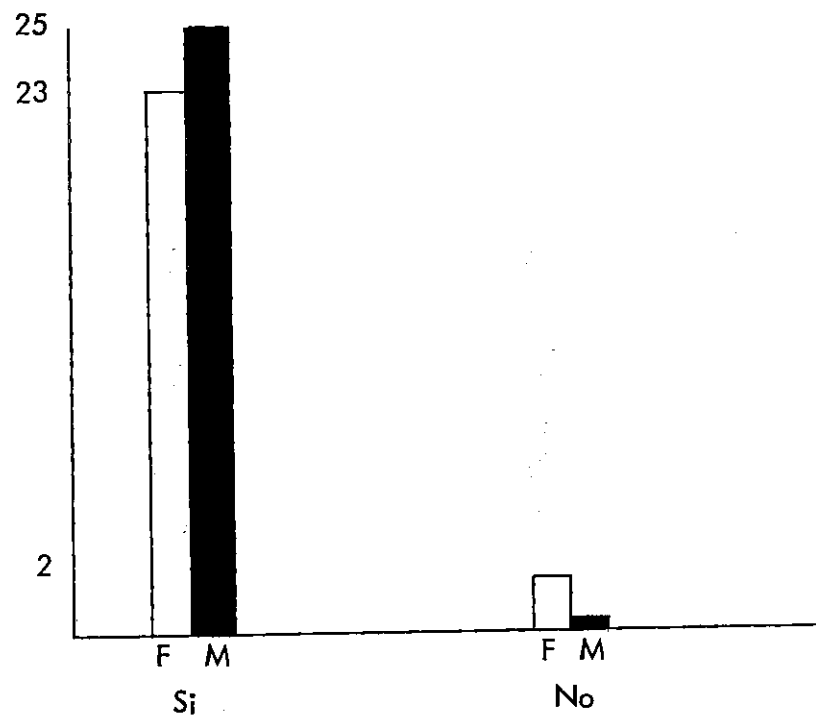
- Tanto los pacientes del sexo femenino como masculino confían que su problema será resuelto con la operación.

GRAFICA No. 14

CONFIANZA DEL PACIENTE EN EL ASPECTO FAMILIAR Y SOCIAL, EL CUAL SE EFECTUARON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

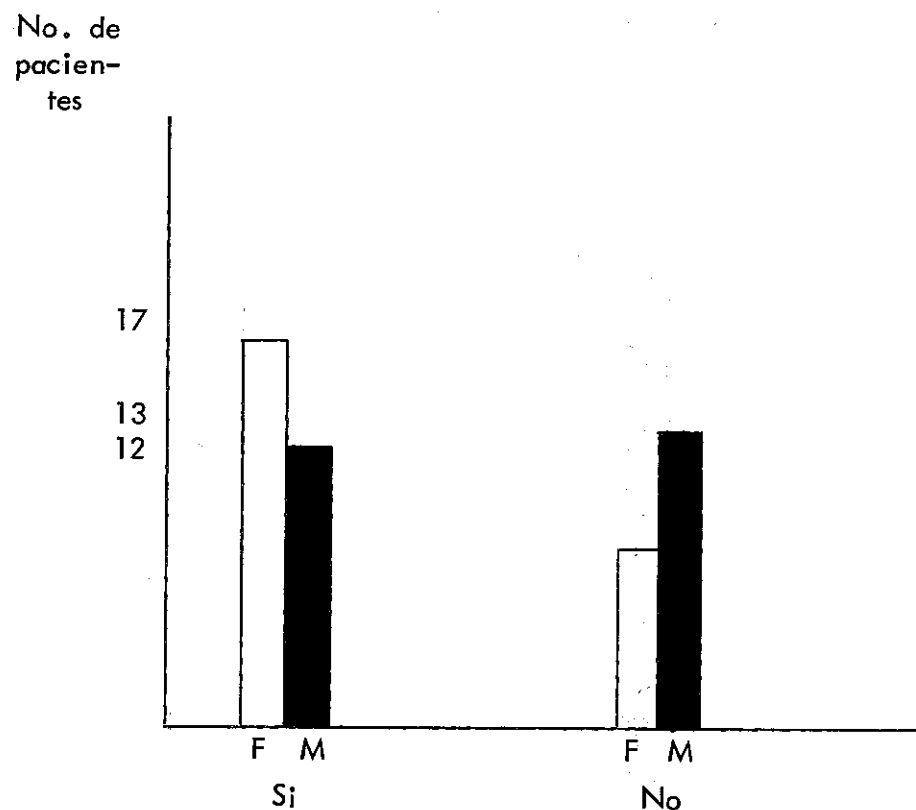
Siente la necesidad de ser visitado por familiares y amigos?

No. de
pacien-
tes



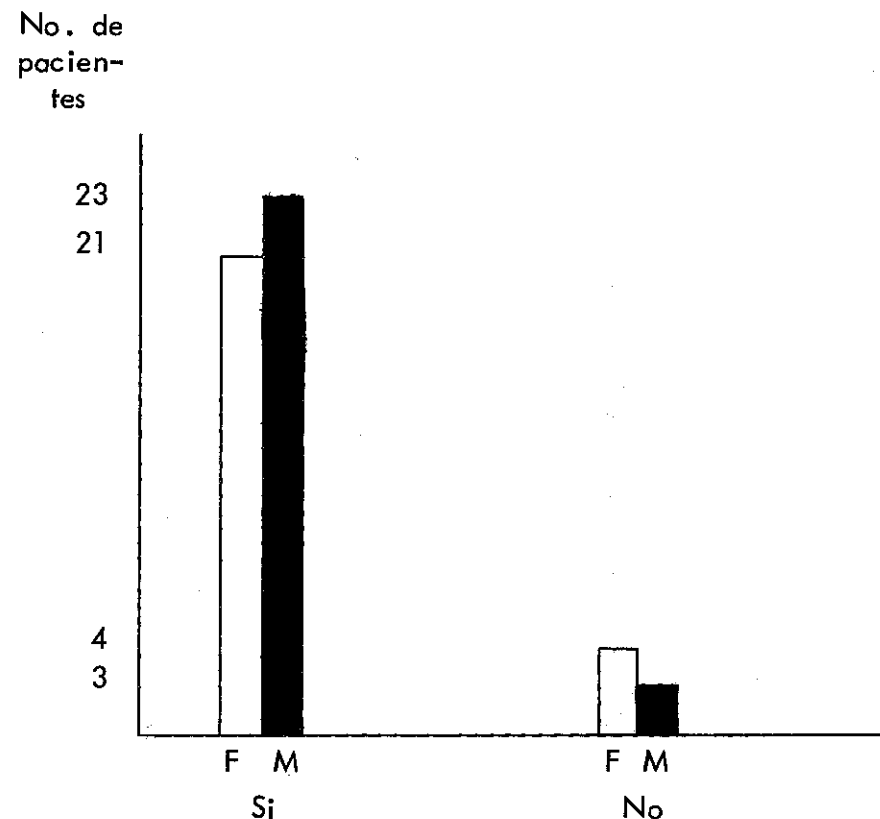
- Observamos que el 100% de los pacientes del sexo masculino no sintió la necesidad de ser visitado por sus familiares y amigos, en el sexo femenino el 96%.

GRAFICA No. 14-1
Se siente solo desde que lo van a operar?



- El 68% del sexo femenino y 48% del sexo masculino se sintieron solos desde que se les notificó la necesidad de su intervención quirúrgica.
- La mayoría de mujeres se sentían solas, preocupadas, de no poder servir a su esposo durante el tiempo de hospitalización.

GRAFICA No. 14-2
Cree que su recuperación será fácil?

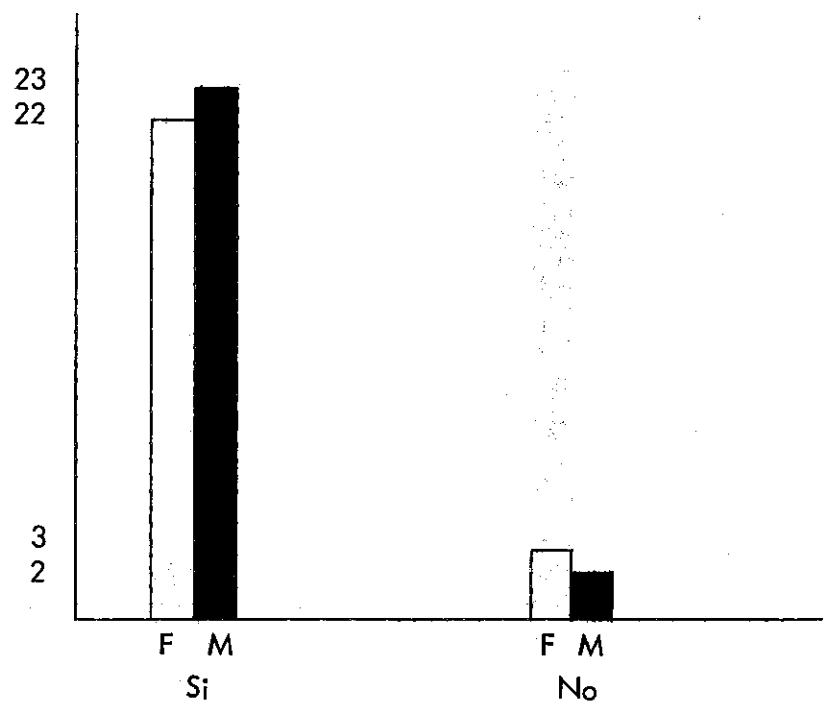


- El 92% del sexo masculino refirió que su recuperación será fácil y el 84% del sexo femenino manifestó lo mismo.
- En el sexo masculino refieren los pacientes que si les amputan miembros inferiores les costará adaptarse y recuperarse.
- En el sexo femenino refieren que se recuperarán pero que les costará por el tipo de operación.

GRAFICA No. 14-3

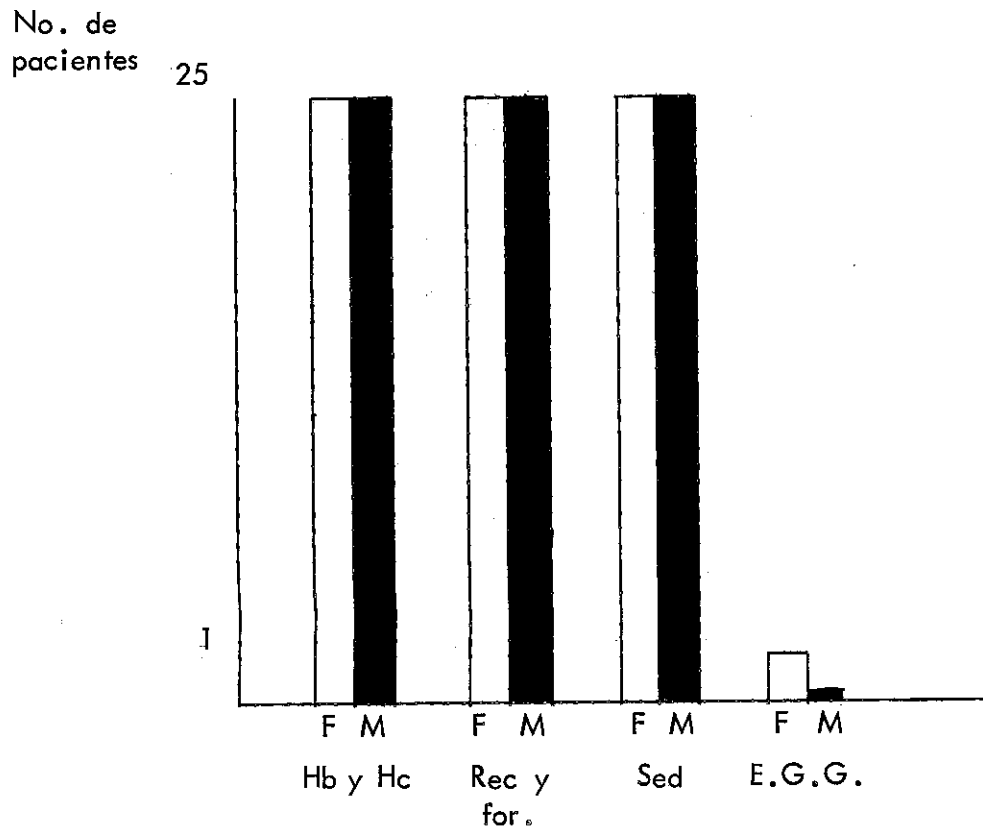
Sus actividades cotidianas se facilitaron después de la operación?

No. de
pacien-
tes



- Si comparamos la gráfica anterior que los mismos pacientes, 92% masculinos y 84% femenino respondieron afirmativamente.
- Los casos que no refirieron que sus actividades se facilitarían fue de hombres por amputación de miembros inferiores y mujeres.

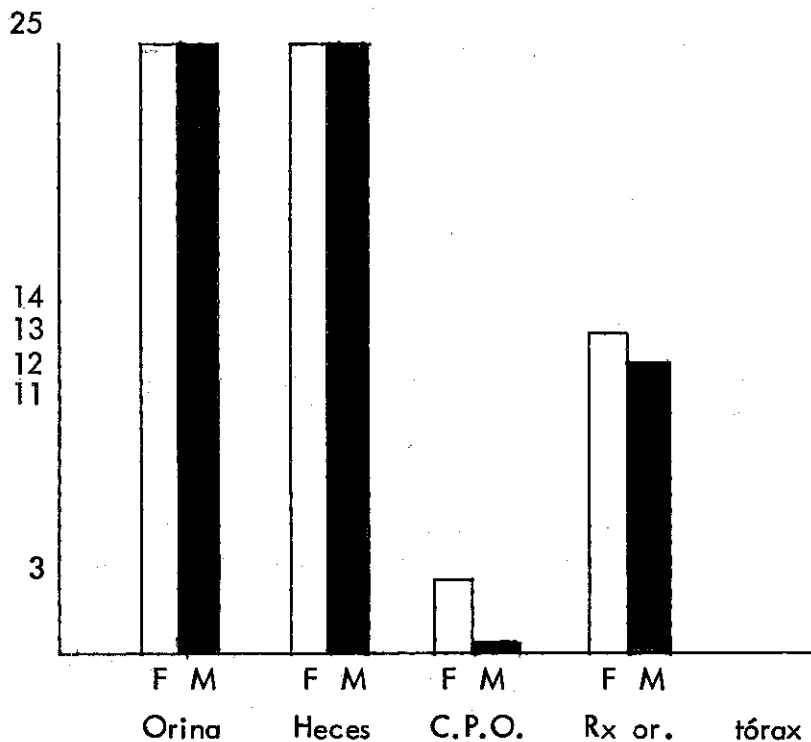
EXAMENES DE LABORATORIO



- El 100% de pacientes contaron con los exámenes de hematología completa, heces y orina.
- Electrocardiograma solo el 4% del sexo femenino, que fue una paciente por hipertiroidismo, en el sexo masculino 0%.
- Vale la pena comentar que a todos los pacientes de la edad de 40 años en adelante se les efectúa electrocardiograma, pero en el hospital no se efectúa debido a que no hay aparatos para esta clase de exámenes.

GRAFICA No. 15-1
EXAMENES DE LABORATORIO

No. de
pacien-
tes



- Rx de tórax en el sexo femenino se efectuaron 56% y en el sexo masculino 52%.
- Calecistograma P. O. solo se efectuaron el 12% en el sexo femenino.

VII

CONCLUSIONES

1. En el Hospital Nacional de Amatlán los cuidados pre y postoperatorios en los pacientes quirúrgicos son deficientes.
2. El personal médico y paramédico del Hospital de Amatlán no toma en cuenta el estado emocional del paciente quirúrgico.
3. Todos los pacientes en su preoperatorio se encuentran deprimidos.
4. Los pacientes del sexo masculino presentan más temor a la intervención quirúrgica que los del sexo femenino.
5. A todos los pacientes que se les explica el procedimiento de la intervención quirúrgica a que serán sometidos, les disminuye su estado de angustia.
6. Luego de informarle a los pacientes que era necesaria una intervención quirúrgica, todos consumieron algún tipo de tranquilizante.
7. El 96% de los esposos fueron indiferentes a la intervención

quirúrgica de su cónyuge.

8. En el 100% de pacientes el tipo de cirugía fue electiva.
9. El 100% de los pacientes cree que su problema será resuelto con una intervención quirúrgica.
10. Al 100% de los pacientes en su preoperatorio se le realizó los exámenes de laboratorio de rutina (hematología, heces, orina).

VIII

RECOMENDACIONES

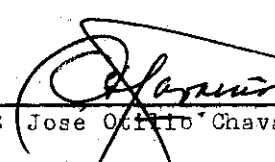
1. Crear una comisión de cirujanos, anestelistas, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos dedicados a elaborar programas de enseñanza de los cuidados pre y postoperatorios para lograr una mejor atención del paciente quirúrgico.
2. Que el cirujano que va a efectuar la intervención quirúrgica, de una breve explicación al paciente sobre la misma, sin olvidar el aspecto emocional de este último.
3. El anestelista debe ser el encargado de explicarle al paciente la clase de anestesia que se va a aplicar y efectuar la premedicación del acto quirúrgico.
4. El médico debe de explicar al recién operado y a su familia, los cuidados que debe observar al ser dado de alta del hospital.
5. A todo paciente al ser dado de egreso, se le debe citar para el seguimiento del postoperatorio por lo menos durante 3 meses.

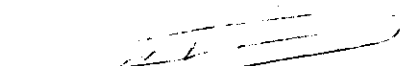
IX

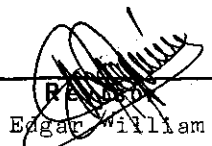
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

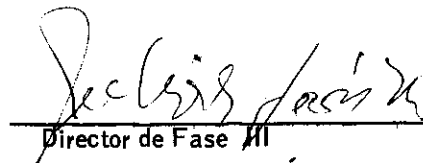
1. Bonet, C. Tratamiento pre y postoperatorio. Trad. P. Martínez. Barcelona, Editorial Tims, 1967. pp. 45-172.
2. Condon, R., and L.M.N., eds. Care of the patient before and after operation In his manual of surgical therapeutics. Third ed. Boston, Little Brown, 1975.
3. Christopher, Davis. Tratado de patología quirúrgica. 10 ed. Trad. por Alberto Folch y Pi, et al. México, Interamericana, 1974. pp. 98-112.
4. Edridge, L. Eliason. Enfermería quirúrgica. Trad. por Homero Vela. México, Interamericana, 1960. pp. 47-117.
5. Harner, Bertha. Tratado de Enfermería teórica y práctica. Trad. por Manuel Urrusti y Carolina Amaus de Fournier. México, Editorial Fournier, 1963. pp. 1060-1090.
6. Moore, Francis D. Problemas metabólicos del enfermo quirúrgico. Trad. por Roberto García Tuniella y Juan Carlos Paganini. Córdoba, La Médica, 1962. pp. 6-65.

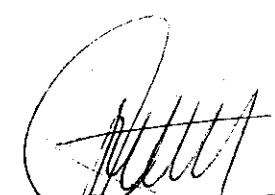
7. Randall, T. Henry, et al. Tratamiento pre y postoperatorio. Trad. por Luis Augusto Méndez. México, Interamericana, 1970. pp. 6-79.
8. Reyes Lavarreda Carlos. Pre y postoperatorio en cirugía general. Tesis. Médico y Cirujano. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1961. 111 p.
9. Segovia Caballero, Jacinto. Tratado de operatoria general y especial. México, Uteha, 1962. pp. 62-111.


Br. José Octilio Chavarría Pacheco

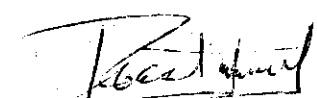

Asesor
Dr. Mario Andrés González


Dr. Edgar William Reyes A.


Director de Fase II
Dr. Julio de León


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo