



Recepción: 21 / 04 / 2019

Aceptación: 20 / 05 / 2019

Publicación: 15 / 06 / 2019



Ciencias de la salud

Artículo de Revisión

## Proceso asistencial preoperatorio para ayudar al paciente quirúrgico

### *Pre-operative care process to help the surgical patient*

### *Processo de atendimento pré-operatório para auxiliar o paciente cirúrgico*

Jaime E. Jaramillo-Soto<sup>I</sup>  
[jjaramillo666@hotmail.com](mailto:jjaramillo666@hotmail.com)

Nidia E. Macías-Cedeño<sup>II</sup>  
[niprochema@hotmail.com](mailto:niprochema@hotmail.com)

Alexandra M. Anchundia-López<sup>III</sup>  
[alexmary15you@hotmail.com](mailto:alexmary15you@hotmail.com)

Viviana M. Quiroz-Villafuerte<sup>IV</sup>  
[vivi10\\_1989@hotmail.com](mailto:vivi10_1989@hotmail.com)

Rosa del Rocío Pinargote-Chancay<sup>V</sup>  
[hugoandresyopez@hotmail.es](mailto:hugoandresyopez@hotmail.es)

Noralma K. Jaime-Hernández<sup>VI</sup>  
[norahernandez10@hotmail.es](mailto:norahernandez10@hotmail.es)

Correspondencia: [jjaramillo666@hotmail.com](mailto:jjaramillo666@hotmail.com)

- I. Médico; Médico General del Hospital Dr. Gustavo Domínguez, Servicio de Emergencia Área Crítica; Santo Domingo, Ecuador.
- II. Licenciada en Enfermería, Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica En Salud; Universidad Técnica de Manabí; Portoviejo, Ecuador.
- III. Licenciada en Enfermería, Magister en Emergencias Médicas; Líder del Área de Cirugía del Hospital Rodríguez Zambrano, Docente Contratado de la ULEAM; Manta, Ecuador.
- IV. Licenciada en Enfermería; Master Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria; Carrera Enfermería Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador.
- V. Licenciada en Enfermería; Magister en Epidemiología; Docente de la Universidad Estatal del Sur Manabí; Jipijapa, Ecuador.
- VI. Licenciada en Enfermería; Magister en Emergencias Médicas; Docente de la Universidad Estatal del Sur Manabí; Jipijapa, Ecuador.

## Resumen

La preparación preoperatoria es vital para la seguridad del paciente y un papel clave de enfermería. La preparación cuidadosa puede minimizar la ansiedad y, por lo tanto, los efectos físicos, y asegurar que los pacientes lleguen a la sala de operaciones listos para la cirugía. Esto implica una variedad de procedimientos, que incluyen asegurar que los pacientes entiendan la operación y puedan dar su consentimiento informado, a menos que esto no sea posible debido a la edad o la capacidad mental. Para la mayoría de las personas, una operación es un evento preocupante, independientemente del procedimiento o si se han sometido a una cirugía antes. Un buen cuidado preoperatorio mejora la experiencia del paciente al minimizar la ansiedad y promover la recuperación. Mejorar la atención preoperatoria es uno de los tres elementos clave para mejorar los resultados y acelerar la recuperación. Los pacientes deben estar completamente informados sobre el procedimiento, la recuperación y el alta.

**Palabras claves:** Paciente Quirúrgico; Asistencia Preoperatoria; Procedimientos Preoperatorios.

## Abstract

Preoperative preparation is vital for patient safety and a key nursing role. Careful preparation can minimize anxiety and, therefore, physical effects, and ensure that patients arrive in the operating room ready for surgery. This involves a variety of procedures, including ensuring that patients understand the operation and can give informed consent, unless this is not possible due to age or mental ability. For most people, an operation is a worrying event, regardless of the procedure or if they have had surgery before. Good pre-operative care improves the patient's experience by minimizing anxiety and promoting recovery. Improving preoperative care is one of the three key elements to improve outcomes and accelerate recovery. Patients must be fully informed about the procedure, recovery and discharge.

**Keys words:** Surgical Patient; Preoperative Assistance; Preoperative Procedures.

## Resumo.

A preparação pré-operatória é vital para a segurança do paciente e um papel importante da enfermagem. A preparação cuidadosa pode minimizar a ansiedade e, portanto, os efeitos físicos, além de garantir que os pacientes cheguem à sala de cirurgia prontos para a cirurgia. Isso envolve uma variedade de procedimentos, incluindo a garantia de que os pacientes entendam a operação e

possam dar consentimento informado, a menos que isso não seja possível devido à idade ou capacidade mental. Para a maioria das pessoas, uma operação é um evento preocupante, independentemente do procedimento ou se já foi operado antes. Um bom cuidado pré-operatório melhora a experiência do paciente, minimizando a ansiedade e promovendo a recuperação. Melhorar os cuidados pré-operatórios é um dos três elementos-chave para melhorar os resultados e acelerar a recuperação. Os pacientes devem estar totalmente informados sobre o procedimento, recuperação e alta.

**Palavras chaves:** Paciente Cirúrgico; Assistência Pré-Operatória; Procedimentos Pré-Operatórios.

### **Introducción.**

El buen cuidado preoperatorio es la clave para un resultado exitoso de los procedimientos quirúrgicos. Esto incluye cuatro aspectos principales: la elección de la operación más adecuada, el asesoramiento y la obtención del consentimiento, la evaluación preoperatoria y preparación preoperatoria. El objetivo de este cuidado es optimizar el estado preoperatorio del paciente para lograr el mejor resultado de la cirugía y para reducir al mínimo la morbilidad. Otro objetivo importante de la atención preoperatoria es aliviar el miedo y la ansiedad del paciente a la espera de su cirugía. El buen cuidado preoperatorio también ayudará a evitar retrasos y cancelaciones de cirugía, por lo tanto, maximizando la satisfacción del paciente durante su viaje a través del sistema hospitalario. Aunque la atención preoperatoria es un procedimiento en el paciente, sino que también debe implicar la preparación de la familia del paciente, así como miembros de los equipos multidisciplinarios involucrados en el cuidado del paciente. Los detalles del procedimiento operativo pretendido, así como las preocupaciones sociales o de salud deben comunicarse con los equipos hospitalarios pertinentes.

La escogencia del proceso quirúrgico óptimo es el primer paso crucial en el cuidado preoperatorio del paciente. Todo el manejo de opciones debe ser considerado cuidadosamente



después de una evaluación completa a través de la historia clínica del paciente, así como otras condiciones médicas coexistentes. Todas las opciones de tratamiento deben ser exploradas incluyendo la ausencia de tratamiento, las alternativas no quirúrgicas o cirugía más conservadora. Por ejemplo, una esterilización solicitada por el paciente debe ser informado acerca de la anticoncepción reversible a largo plazo, y ella y su pareja deben ser informados acerca de la vasectomía. Del mismo modo, una histerectomía que se solicite para la menorragia debe ser informada del sistema reversible de liberación de progestágenos intrauterinos o ablación endometrial menos invasiva. Es deber del médico hacer al paciente plenamente consciente de todas sus opciones. Todos los pros y los contras y las implicaciones de diversos tratamientos, así como la ausencia de tratamiento se deben explicar muy bien a los pacientes. La decisión final sobre el tratamiento óptimo debe ser de mutuo acuerdo entre el cirujano y el paciente, teniendo en cuenta sus deseos y circunstancias sociales (Council., 2008). Muy a menudo, los pacientes no recuerdan toda la información que se les da verbalmente durante su consulta. Por tanto, es importante entregarles material impreso que contenga una información más detallada sobre su procedimiento previsto, así como otros tratamientos pertinentes. Estos también deben estar disponibles en lenguajes que no sean inglés dependiendo de la ubicación demográfica. Con la disponibilidad de la información en Internet, los pacientes son muy propensos a leer sobre sus procedimientos previstos de varias fuentes de Internet desconocidos. Por lo tanto, los médicos deben dirigir a sus pacientes hacia los sitios web de confianza que ofrecen información imparcial.

### **Metodología.**

Para el desarrollo de este proceso investigativo, se plantea como metodología la encaminada hacia una orientación científica particular que se encuentra determinada por la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación, en tal sentido (Dávila, 2015) define la metodología

“como aquellos pasos previos que son seleccionados por el investigador para lograr resultados favorables que le ayuden a plantear nuevas ideas”.(p.66)

Lo citado por el autor, lleva a entender que el desarrollo de la acción investigativa busca simplemente coordinar acciones enmarcadas en una revisión bibliográfica con el fin de complementar ideas previas relacionadas al proceso asistencial preoperatorio para brindar ayuda al paciente quirúrgico a través de una revisión de literatura, para así finalmente elaborar un cuerpo de consideraciones generales que ayuden a ampliar el interés propuesto.

### *Tipo de Investigación*

Dentro de toda práctica investigativa, se precisan acciones de carácter metodológico mediante las cuales, se logra conocer y proyectar los eventos posibles que la determinan, así como las características que hacen del acto científico un proceso interactivo ajustado a una realidad posible de ser interpretada. En este sentido, se puede decir, que la presente investigación corresponde al tipo documental, definido por Castro (2016), “se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teórico, la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos, audiovisuales y /o electrónicos”. (p.41).

En consideración a esta definición, la orientación metodológica permitió la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos donde se encontraron ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar a cada característica insertada en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por diferentes investigadores relacionadas con el tema de interés, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la indagación.

### *Fuentes Documentales*

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para (CASTRO, 2016) las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”.(p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada para encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el tema, con el fin de explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

### *Técnicas para la recolección de la información*

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características del estudio. En tal sentido, Fuente especificada no válida., refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71).

Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que mediante la aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación. Tal como lo expresa, Fuente especificada no válida. “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a

resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general.

Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio, según (Bolívar, 2015) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos una vez aplicado las técnicas seleccionadas, tales como: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

## **Resultados.**

### *Consentimiento*

#### *Consentimiento valido*

Es un requisito legal y un principio ético obtener consentimiento válido antes de iniciar cualquier tratamiento o investigación. Aunque el consentimiento verbal es aceptable para la mayoría de las investigaciones y tratamientos médicos, es necesario obtener consentimiento por escrito y firmado antes de cualquier intervención quirúrgica bajo anestesia, con excepción de alguna situación de emergencia. Para que el consentimiento sea válido, debe ser entregado voluntariamente por una persona debidamente informada, paciente o alguien con responsabilidad parental si el paciente es menor de 16 años de edad que tenga la capacidad de consentimiento a la intervención. La mujer



debe ser informada con respecto a la naturaleza de su condición. Información escrita se debe administrar, especialmente cuando los pacientes a menudo son admitidos en el día de la cirugía y se tiene menos tiempo para hacer preguntas. Como se discutió anteriormente, el paciente también debe ser consciente de las alternativas a la cirugía y la opción de no tratamiento. El Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos, El Consejo Médico General y el Departamento de la salud es importante y ha proporcionado orientación en consentimiento válido (Department of Health, 2001).

### *Consentimiento y riesgos operativos*

Los pacientes deben ser informados de resultados adversos graves frecuentes y establecidos relacionados con el procedimiento. La probabilidad de complicaciones asociadas con la cirugía prevista y el procedimiento deben ser presentados de manera comprensible al paciente. La discusión debe incluir todos los posibles riesgos intraoperatorios, así como complicaciones postoperatorias a corto y largo plazo. En la tabla 1 se resumen los riesgos asociados con operaciones ginecológicas comunes como se detalla por el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (2004, 2008).

### *Consentimiento para procedimientos adicionales*

Siempre es una buena práctica discutir e incluir en el consentimiento, cualquier posible procedimiento adicional que pueda ser requerido durante la operación prevista. En general, cualquier tratamiento quirúrgico adicional que no ha sido discutido previamente con la mujer no debe realizarse, incluso si esto significa una segunda operación (Gynaecologist, 2008a). No se debe exceder el alcance de la autoridad dada por la mujer, excepto en una emergencia que amenaza para la vida. Hay tres situaciones diferentes cuando sea necesario un procedimiento adicional durante el curso de una cirugía electiva. En primer lugar, cuando una patología menor relacionada con los síntomas del paciente se detecta como endometriosis o adherencias en mujeres sometidas a

laparoscopia para el dolor pélvico o la infertilidad. En esta situación, el tratamiento se puede realizar si el paciente ha sido informado de esta posibilidad y ha dado su consentimiento para el tratamiento de menores de edad. La segunda situación surge cuando una enfermedad más compleja se detecta tal como una masa pélvica de aspecto sospechoso en el ovario, endometriosis severa o adherencias severas. La cirugía en estas situaciones debe ser diferidas a una segunda operación después de una adecuada asesoría del paciente. En particular, la ooforectomía por enfermedad inesperada detectada en cirugía normalmente no debe realizarse sin el consentimiento previo. La tercera situación implica complicaciones intraoperatorios como una lesión en el intestino o el tracto urinario que podría conducir a graves consecuencias si no se trata. La cirugía correctiva debe proceder en estos casos, y la explicación completa debe ser administrada tan pronto como sea práctico después de la cirugía.

#### *¿Quién debe obtener el consentimiento?*

Es responsabilidad del clínico que realiza la cirugía obtener el consentimiento. Sin embargo, si esto no es posible, puede ser delegado a otro médico que esté adecuadamente formado y con suficiente conocimiento del procedimiento a ser realizado. El consentimiento, sin embargo, sigue siendo responsabilidad del cirujano a realizar la operación. El clínico que obtenga el consentimiento debe ver a la paciente por su cuenta primero, durante al menos en la consulta. Debería entonces permitírsele la compañía de un amigo de confianza o pariente para apoyo si ella desea. Si el consentimiento se toma el día de la cirugía, se debe tener suficiente tiempo permitido para la discusión (Gynaecologist, 2008a).

#### *Consentimientos adicionales*

- Tratamiento de fertilidad mediante tecnología de reproducción asistida (por ejemplo, la recuperación de ovocitos en anestesia general) requiere formularios de consentimiento

específicos según las normas establecidas por la Fertilización Humana y Autoridad de Embriología.

- Si se van a tomar imágenes o grabaciones de video durante la cirugía, se debe obtener el consentimiento para esto y uso especificado, Por ejemplo, para docentes o fines docentes. (Gynaecologist, 2008a).
- Consentimiento para la presencia de estudiantes de medicina durante consultas y en el quirófano como observador o asistente. Si el medico estudiante tiene consentimiento para el examen vaginal, mientras que la mujer está anestesiada, esto debe hacerse por escrito.
- No es requerido Tener consentimiento para tomar muestras de tejido a menos que esté destinado a fines de investigación. Se debe advertir a las mujeres que bloques o toboganes del tejido tomado para el examen histológico se puede mantener como parte del registro médico, mientras que el resto de la muestra se destruye.

#### *Duración del consentimiento*

El consentimiento seguirá siendo válido indefinidamente a menos que se retire. Sin embargo, si hay nueva información disponible entre consentimiento y el procedimiento (por ejemplo, nuevas pruebas de riesgo o nuevas opciones de tratamiento), el médico debe informar al paciente y reconfirmar el consentimiento. También es sabio refrescar el formulario de consentimiento si hay una cantidad significativa de tiempo entre el consentimiento y la intervención (Department of Health", 2001).

**Tabla 1. Riesgo beneficio de procedimientos ginecológicos comunes**

Procedimiento	Diagnóstico La histeroscopia	Diagnóstico La laparoscopia	laparoscópica Esterilización	Abdominal histerectomía por Menorragia	Pélvica y reparación del piso La histerectomía vaginal para el prolapso
---------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--	---

## Proceso asistencial preoperatorio para ayudar al paciente quirúrgico

Beneficio	Identificar la causa de los síntomas	Identificar la causa de los síntomas	Permanente prevenir el embarazo	detener la menstruación	Mejorar / prolapso de la determinación síntomas
Los riesgos graves	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgo: 2 en 1000</li> <li>El daño al útero</li> <li>El daño a los intestinos o vejiga</li> <li>El daño a la sangre importante vasos</li> <li>El no poder entrar en cavidad uterina</li> <li>La infertilidad (raro)</li> <li>Muerte: 3-8 en 100.000 debido a complicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgo: 2 en 1000</li> <li>El daño a los intestinos o * vejiga</li> <li>El daño al útero</li> <li>El daño a la sangre importante vasos</li> <li>El no poder entrar en cavidad abdominal</li> <li>Hernia en el sitio de entrada</li> <li>Muerte: 3-8 de 100.000 mueren debido a las complicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El embarazo no planeado: vida tasa de fracaso 1 en 200</li> <li>Posibilidad de ectópico embarazo si se produce un fallo</li> <li>El no poder entrar en cavidad abdominal</li> <li>La perforación uterina</li> <li>Las lesiones en el intestino, la vejiga o los vasos sanguíneos son poco frecuentes pero graves:</li> <li>3 en 1000</li> <li>Muerte: 1 en 12.000 mueren como resultado de complicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La tasa de complicaciones 2%</li> <li>El daño a la vejiga y / o uréter (0,7%)</li> <li>alteraciones a largo plazo para función de la vejiga</li> <li>El daño a los intestinos (0,04%) hemorragia que requiera la sangre transfusión (1,5%)</li> <li>Volver al teatro para puntos de sutura adicionales (0,6%)</li> <li>absceso pélvico / infección (0,2%)</li> <li>trombosis venosa o embolia pulmonar (0,4%)</li> <li>Muerte: 1 en 4000</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El daño a la vejiga o uréter</li> <li>El daño a los intestinos</li> <li>Sangrado excesivo que requiere transfusión o volver al teatro alteraciones a largo plazo para función de la vejiga</li> <li>absceso pélvico</li> <li>trombosis venosa y embolia</li> <li>La dispareunia</li> <li>La recurrencia del prolapso</li> </ul>
riesgos frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infección</li> <li>Sangría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hematomas</li> <li>El dolor de hombro</li> <li>herida abierta</li> <li>Infección en la herida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hematomas</li> <li>El dolor de hombro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infección de la herida y los moretones</li> <li>Frecuencia de la micción Retraso en la cicatrización de heridas</li> <li>La formación de queloides</li> <li>La menopausia temprana: es la evidencia poco concluyente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retención urinaria</li> <li>El sangrado vaginal</li> <li>Frecuencia de la micción</li> <li>Infección</li> <li>Dolor</li> </ul>
otros procedimientos que puede ser necesario	<ul style="list-style-type: none"> <li>La laparoscopia</li> <li>laparotomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>laparotomía</li> <li>La reparación de daños a intestino, la vejiga, el útero o vasos sanguíneos</li> <li>Transfusión de sangre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>laparotomía</li> <li>Reparación de daños en el intestino, la vejiga o los vasos sanguíneos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La transfusión de sangre (1,5%)</li> <li>Reparación de la vejiga, el intestino o vaso sanguíneo importante</li> <li>oforectomía para enfermedad insospechada<sup>†</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La transfusión de sangre (2%)</li> <li>Reparación de la vejiga o el intestino</li> <li>laparotomía y la conversión a abdominal enfoque</li> </ul>
<p>* Hasta un 15% de las lesiones intestinales no son diagnosticados en el momento de la laparoscopia.</p> <p><sup>†</sup>Debe ser discutido antes de la cirugía.</p>					

### Evaluación preoperatoria

El propósito de la evaluación preoperatoria es lograr un diagnóstico preciso y para evaluar la aptitud del paciente para la cirugía (evaluación de riesgos).

### Diagnóstico exacto

Un examen clínico minucioso ayudado por investigaciones específicas (según sea necesario) es esencial en pacientes sometidos a cirugía para confirmar el diagnóstico y para asegurar la corrección de la operación planificada. Atención especial debe ser pagada en la medida y

complejidad de la enfermedad, y la implicación de otros órganos. Por ejemplo, los pacientes con endometriosis compleja deben ser evaluados para posible afectación del intestino, vejiga o uréter con esta enfermedad. Pacientes sometidos a cirugía pélvica por estrés, la incontinencia debe ser considerada para estudios urodinámicos, si se sospecha de inestabilidad del detrusor, si han tenido cirugía para la incontinencia de esfuerzo o si tienen disfunción substancial de evacuación. Aunque el diagnóstico suele establecerse durante las consultas iniciales en la consulta externa, es importante reevaluar al paciente más cerca o en el día de la cirugía para detectar cualquier cambio en su condición que pueda requerir alteración o incluso cancelación de la cirugía prevista. Un ejemplo común de esto es la desaparición de un quiste ovárico previo a la cistectomía ovárica. Otro ejemplo es la ampliación de un leiomioma en una medida que pueda ser necesario un cambio en la vía planificada de la cirugía. En estos casos, una repetición de ecografía pélvica preoperatoria cerca del día de la cirugía debe ser considerada.

### *Evaluación de riesgos*

Se debe comenzar con una evaluación exhaustiva de los riesgos por medio de un historial médico y quirúrgico completo seguido por examen general. Esto determinará qué pacientes requieren nuevas investigaciones. Pruebas preoperatorias de rutina de individuos sanos es de poco beneficio. Pautas de la (American Society of Anesthesiologists, 2005) y el (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008) concluye que no se realizan pruebas de laboratorio de rutina para la evaluación preoperatoria a menos que exista una indicación clínica. La prueba preoperatoria es un sustancial agotador de los recursos, y se pueden lograr ahorros sustanciales eliminando investigaciones innecesarias (Munro, Booth, & Nicholl, 1997). Los resultados positivos falsos también pueden causar ansiedad y dar lugar a investigaciones adicionales que causan un retraso en la cirugía

*Propósito de la evaluación de riesgo preoperatoria*

Estimación de la reserva fisiológica (es decir, aptitud para cirugía).

Planificación del cuidado perioperatorio del cuidado del paciente:

1. Caso de día o paciente interno
2. Se requiere cama de recuperación postoperatoria en alta dependencia unidad / unidad de cuidados intensivos.
  - Informar a los médicos y al paciente del cambio de riesgo.
  - Cribado oportunista.
  - Determinar la técnica anestésica.
  - Diagnosticar y corregir anomalías fisiológicas (por ejemplo, anemia, hipertensión, arritmias no diagnosticada previamente).
  - Anticipar el requerimiento de sangre cruzada.

Las pruebas deben realizarse en el tiempo adecuado para permitir asesoramiento y organización de nuevas investigaciones y / o gestión según sea necesario. Esto debería minimizar las cancelaciones. Los pacientes deben ser asesorados y su consentimiento debe ser obtenido antes de realizar todas las investigaciones preoperatorias. Los hallazgos anormales de las investigaciones preoperatorias aumentan con la edad del paciente. Estos resultados pueden cambiar el plan de manejo del paciente mediante alteración, retraso o cancelación de la cirugía. También pueden requerir una referencia a una especialidad o al anestesista. Corrección preoperatoria de las anomalías son importantes para minimizar el riesgo para el paciente. Por ejemplo, la anemia predispone a la hipoxia intraoperatoria y retraso en la cicatrización de heridas. Tanto la anemia como la hipertensión causa mayor carga de trabajo cardíaca y riesgo de infarto al miocardio.

## Evaluación de la idoneidad de los pacientes para el día de la cirugía

La cirugía diurna fue ideada como una forma de aumentar la capacidad para cumplir demandas. Los pacientes lo disfrutaban, cuando es apropiado, como un seguro, atención eficiente y efectiva que proporciona la menor interrupción a sus vidas. A menos que el paciente solicite tratamiento hospitalario o no se considera adecuado, la operación debe tomar lugar como un caso de día. La idoneidad del paciente para la cirugía como el caso del día dependerá de la valoración de sus condiciones generales, estado médico y condición física para la anestesia. También debería tener en cuenta las circunstancias de su hogar. Vivir solo no es una contraindicación para la cirugía, pero se debe recomendar tener un cuidador para quedarse con ellos hasta que sean capaces de cuidar de sí mismos. Si un paciente no puede ir a casa, deben estar seguros de que serán atendidos durante la noche.

### *Evaluación de pacientes con alergias*

Reconocimiento de las alergias de los pacientes a ciertos medicamentos o cualquiera de los materiales médicos como el látex o el yeso son de suma importancia. La exposición a tales alérgenos podría potencialmente resultar en anafilaxia fatal. El conocimiento de las alergias de los pacientes también determinará la ubicación del teatro en el caso de alergia al látex y es importante para la planificación de recursos. Sin embargo, es importante asegurar que una alergia sea una verdadera alergia en lugar de un efecto secundario. Por ejemplo, un paciente puede ser etiquetado erróneamente como alérgico a la penicilina cuando ha desarrollado diarrea o vómitos como efecto secundario tras la administración de penicilina.

*Evaluación de riesgos de pacientes obesos*

La prevalencia de la obesidad está aumentando en el mundo occidental. La obesidad se define como un índice de masa corporal (IMC) de más de 30 kg / m<sup>2</sup> y la obesidad mórbida se define como un IMC de más de 40 kg / m<sup>2</sup>. Aunque no se debe utilizar el IMC absoluto como único indicador de idoneidad para la cirugía o su localización, es la medida de riesgo actualmente disponible más útil. Las personas que son levemente obesas presentan pocos problemas adicionales, pero las que son obesas mórbidas tienen mayor riesgo a la salud asociados a la cirugía. La evaluación preoperatoria es el componente clave en la evaluación y gestión del riesgo en el paciente obeso. Todos Los pacientes deben tener su altura y peso medido y IMC calculado. Se debe prestar especial atención a la tolerancia al ejercicio del paciente y comorbilidades que ponen a los obesos con mayor riesgo, como cardiaco, respiratorio y enfermedad metabólica. También se podría considerar el tratamiento de la apnea del sueño si está presente. Lo ideal es que la evaluación preoperatoria se realice de forma multidisciplinar. El tamaño del paciente en sí mismo podrá limitar la calidad de las investigaciones ordenadas. La calidad de los electrocardiogramas, radiografías de tórax y transtorácicos. Los ecocardiogramas se reducen y los pacientes pueden no encajar en la máquina de tomografía computarizada o resonancia magnética. Idealmente, un consultor anestesista con un interés en el manejo de pacientes obesos debe estar disponible.

Con el fin de reducir el riesgo perioperatorio en pacientes obesos, se debe asegurar la correcta selección de casos por evaluación preoperatorio. Esto puede asegurar la correcta asignación acaso de día o listas de pacientes hospitalizados, asesoramiento preoperatorio para dejar de fumar y asesoramiento dietético, así como trombo profilaxis.



## Conclusiones

Ha habido un aumento en el número de pacientes que requieren cirugía que también tienen necesidades médicas complejas. Factores como el sobrepeso, la presencia de comorbilidades significativas y el envejecimiento de la población aumentan los riesgos asociados con los procedimientos quirúrgicos para estos individuos. Como resultado, el personal médico que participa en la evaluación de pacientes y brindan atención preoperatoria requieren conocimientos y comprensión de las últimas evidencias en esta área para optimizar la atención al paciente y los resultados después de la cirugía. Este artículo sugiere que se pueden lograr resultados óptimos preparando a los pacientes para la cirugía de manera integral. También analiza el papel de los programas de recuperación mejorada después de la cirugía.

## Bibliografía.

Anesthesiologists, A. S. (2005). *Basic Standards for Pre Anaesthesia Care*. ASA.

Bolívar, J. (2015). *Investigación Documental*. México: Editorial Pax.

Bolívar, J. (2015). *Investigación Documental*. México. Pax.

Castro, J. (2016). *Técnicas Documentales*. México: Editorial Limusa.

Council., G. M. (2008). *Patients and Doctors Making Decisions Together*. Londres: GMC.

Dávila, A. (2015). *Diccionario de Términos Científicos*. . Caracas: Editorial Oasis.

Excellence, N. I. (2008). *Prophylaxis Against Infective Endocarditis. Antimicrobial Prophylaxis Against Infective Endocarditis in Adults and Children Undergoing Interventional Procedures*. London: Clinical Guideline 64.

Gynaecologist, R. C. (2008a). Clinical governance advice number 6, Obtain valid concept. London: RCOG.

Health O. (2001). Reference Guide to Consent for Examination or treatment. London: DoH.

Munro, J., Booth, A., & Nicholl, J. (1997). Routine pre-operative testing: a systematic review of the evidence. *Health Technology Assessment*.