

Metodología de trabajo en los Servicios de Cirugía General

Dr. Alejandro García Gutiérrez

Profesor de Mérito (ISCM-H), Profesor Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas «General Calixto García». Especialista de II Grado en Cirugía General. Jefe del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

Dr. Gilberto Pardo Gómez

Profesor de Mérito (ISCM-H), Profesor Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas «Finlay-Albarrán». Especialista de II Grado en Cirugía General. Secretario del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

Dr. Ignacio Morales Díaz

Profesor Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas «Finlay-Albarrán». Especialista de II Grado en Cirugía General. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

1. PRINCIPIOS GENERALES

1.1. Todos los Servicios de Cirugía General mantendrán estrechas interrelaciones de trabajo con los de mayor y menor clasificación, así como con los policlínicos y consultorios de los médicos de familia de su área de atención.

1.2. El Jefe de Servicio de Cirugía General de cada hospital está obligado a velar por que se cumplan los Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

1.3. La organización garantizará el mantenimiento de la relación médico-paciente, tanto en los servicios externos como en los de hospitalización, para lo cual:

1.3.1. Se brindará, con cierta regularidad, información directa (por el médico) a los familiares, sobre el estado, evolución y pronóstico de su enfermo.

1.3.2. Se dará información directa (del médico al paciente) sobre su enfermedad, operación y demás aspectos de importancia, durante su hospitalización y en el momento de darle el alta (siempre en sentido positivo). En todos los casos de realizarse algún procedimiento investigativo o de tratamiento, se pedirá la autorización al paciente o en caso de estar éste imposibilitado, a sus familiares.

1.3.3. Se remitirá, por una vía segura y confiable, al médico de familia que corresponde al paciente en su área de residencia, información sobre el diagnóstico, resultados de los exámenes complementarios, pronóstico y tratamiento impuesto al paciente, durante su hospitalización y al egreso.

1.3.4. Se autorizará, en los servicios quirúrgicos del país, que todo paciente operado o en estado de gravedad, tenga un acompañante durante un tiempo prudencial, acorde con las características del hospital. Se excluyen los acompañantes en las salas de recuperación y de Terapia Intensiva.

1.3.5. Se garantizará, durante el período perioperatorio inmediato, un sistema de

información a los familiares de los operados, con intervalos de 6 h, en cuanto a los pacientes de la sala de terapia intensiva y a los que estén en fase de recuperación.

1.3.6. Se aislarán, siempre que sea posible, del resto de los pacientes, aquéllos que tengan afecciones desagradables, tales como: colostomías, escaras grandes, quemaduras y otras similares.

1.3.7. Se evitarán las curaciones y exploraciones molestas en las salas delante de los demás pacientes. Los pacientes que no puedan movilizarse se aislarán mediante biombos.

1.3.8. Se tratará, por todos los medios, de relacionarse con los enfermos utilizando la palabra paciente o, preferentemente, recordando su nombre y evitando el uso de palabras que eliminan su condición de persona, tales como las expresiones «caso» o identificarlos por el nombre de su enfermedad o el número de la cama.

1.3.9. Al dar de alta a cada paciente operado se le entregará una tarjeta en la que se señale:

1.3.9.1. Nombre

1.3.9.2. Número del expediente clínico.

1.3.9.3. Fecha de la operación

1.3.9.4. Tipo de operación, con su codificación oficial.

1.3.9.5. Fecha en que deberá volver a la consulta.

1.3.9.6. Nombre del cirujano que operó y trató al paciente.

1.3.10. Se reducirá al mínimo la «rotación» de un paciente, tanto en la consulta externa como cuando está ingresado, por diferentes grupos quirúrgicos de una misma especialidad.

Además de cumplir estas normas precisas, se procurará desarrollar la relación médico-paciente, incrementando hasta el nivel de excelencia la participación apasionada, en este sentido, de todo los que laboran en Salud Pública: desde el personal auxiliar, pasando por el administrativo, de enfermería y médico, hasta los propios organismos de dirección, considerando todos, como la primera de sus metas a alcanzar, el servir óptimamente a quien constituye el objetivo fundamental de nuestra profesión: el ser humano.

2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

En el país existen, como es lo habitual, servicios de cirugía general de diferentes volúmenes de camas, con personal de distintos número y calificación y con recursos adecuados a sus diferentes funciones, por lo que presentaremos la metodología de trabajo que debe seguirse en los hospitales de mayor nivel, nacionales y provinciales, la cual deberá sufrir las adecuaciones requeridas en los hospitales municipales grandes y medianos y en los servicios de los hospitales de pequeñas localidades, las cuales señalaremos cuando sea necesario.

2.1. Actividades mensuales:

2.1.1. Discusión del informe del Comité de evaluación de intervenciones quirúrgicas.

2.1.2. Discusión del informe del Comité de Análisis de Fallecidos.

- 2.1.3. Discusión del informe del Comité de Control de Infecciones Hospitalarias.
- 2.1.4. Discusión del Informe del Comité de Evaluación de las Historias Clínicas (10 % de los pacientes ingresados y 10 % de los de Consulta Externa).
- 2.1.5. Reunión técnico-administrativa del Servicio.

2.2. Actividades semanales:

- 2.2.1. Reunión Científica: Revisión de temas, revisiones bibliográficas, temas y proyectos de investigación y otros.
- 2.2.2. Discusión conjunta de pacientes interesantes o que presenten dificultades diagnósticas o terapéuticas.
- 2.2.3. Reunión clínico-radiológica.
- 2.2.4. Reunión clínico-patológica.
- 2.2.5. Pase de visita del Jefe del Servicio con cada uno de los grupos.
- 2.2.6. Práctica quirúrgica en animales o cadáveres, cuando exista la posibilidad, la cual no debe faltar en los hospitales que tengan docencia de postgrado.

2.3. Actividades diarias:

2.3.1. Reunión matinal del Servicio, de la cual debe hacerse un breve informe escrito, que incluya:

a) Informe de las incidencias de la guardia

- Pacientes atendidos.
- Pacientes operados.
- Pacientes fallecidos.
- Presentación de exámenes complementarios de interés asistencial o docente.
- Discusión de las conductas o de los diagnósticos realizados.

b) Informe de los pacientes graves o fallecidos en el día anterior en el Servicio.

c) Informe de las operaciones mayores y menores realizadas en el día anterior.

d) Informe de las consultas realizadas en el día anterior.

e) Informe de orientaciones asistenciales y docentes, de los niveles correspondientes del hospital y de la facultad.

f) Planificación del trabajo del día.

2.3.2. Pase de visita por cada uno de los grupos básicos de trabajo, o por todos los miembros del Servicio, en los hospitales pequeños:

a) El Grupo Básico de Trabajo, en los servicios grandes y todo el servicio, en los hospitales pequeños, o con servicios departamentales, tendrán la responsabilidad de la atención de todos los pacientes asignados a ellos.

b) El cirujano que opere a un paciente deberá pasarle visita diariamente, aún cuando éste se encuentre en una cama de otro grupo básico de trabajo, o en otro servicio del hospital.

c) El pase de visita se realizará por las mañanas, inmediatamente después de la reunión matutina del servicio.

d) Participarán todos los miembros del Grupo Básico de Trabajo o del Servicio que no tengan asignadas otras actividades.

- e) Se organizará un sistema de trabajo que garantice el pase de visita los domingos y días feriados.
- f) Durante el pase de visita se realizarán las curaciones por el personal médico, auxiliado por el personal de enfermería.
- g) Se revisarán las hojas de observaciones y de cumplimiento de enfermería.
- h) Se harán, cuidadosamente, las anotaciones correspondientes en la hoja de evolución de la historia clínica.

La primera evolución constará de un resumen de la sintomatología que motivó el ingreso del paciente y del examen físico de éste, sobre todo, en cuanto a la enfermedad predominante. La evolución se controlará consecuentemente y reflejará el pensamiento médico frente a cada eventualidad que ocurra durante la hospitalización del paciente. El cirujano de otro Grupo Básico de Trabajo al que se asigne una intervención, deberá examinar al paciente antes de la operación, consignándolo en la hoja de evolución. En todos los pacientes se registrará la presión arterial por lo menos una vez por semana y, en los hipertensos, diariamente. En la evolución postoperatoria, además de la sintomatología y del examen físico relacionados con la región operatoria, se investigarán y anotarán los síntomas y signos respiratorios, cardiovasculares, digestivos, urinarios y generales, que permitan hacer el diagnóstico y aplicar el tratamiento precoz a las complicaciones.

- i) Se anotarán, con toda claridad, las indicaciones en la hoja correspondiente. Queda proscrito el empleo de las palabras igual tratamiento por más de dos días consecutivos, o al iniciar una nueva hoja de indicaciones.
- j) Se llenarán las solicitudes para efectuar exámenes de diagnóstico.
- k) Se llenarán las órdenes para realizar transfusiones.
- l) Se llenarán los anuncios operatorios.
- m) Se llenarán los anuncios de biopsia por congelación.
- n) En la hoja de evolución se anotará el estado del paciente cada día y en el momento de darle el alta.

2.3.3. Confección de las Historias Clínicas.

- a) En los pacientes ingresados de urgencia, antes de la operación o de la entrega de la guardia, por el grupo o el cirujano que la estuviera haciendo.
- b) En los pacientes ingresados electivamente, antes de las 24 horas, por el grupo básico o el cirujano correspondiente.

2.3.4. Discusión de pacientes: Por cada Grupo Básico o por todos los integrantes del servicio, según el número de miembros y de camas del servicio.

- a) En los pacientes urgentes, antes de la intervención o de la entrega de guardia, por el grupo o médicos de guardia.
- b) En los pacientes electivos, antes de la operación o antes de las 72 horas, si no están operados.

La discusión diagnóstica deberá incluir:

- Resumen de los síntomas y signos.
- Diagnóstico sindrómico.

- Diagnóstico positivo.
- Diagnóstico diferencial.
- Conducta a seguir. En caso de ser quirúrgica, se debe consignar la técnica aconsejada.
- Las nuevas discusiones que se deriven de exámenes complementarios o de la evolución posterior.

2.3.5. Programación e las operaciones:

- a) Deberá hacerse por el Jefe del Servicio teniendo en cuenta las propuestas de los Jefes de los Grupos Básicos, o de los cirujanos, en los hospitales pequeños, de 2 a 4 veces por semana, según las peculiaridades de cada hospital, distribuyendo equitativamente las intervenciones entre los miembros del servicio, de acuerdo con la capacidad técnica de éstos.
- b) La cirugía menor y las biopsias también deberán programarse y anunciarse.

2.3.6. Operaciones:

- a) Se practicarán en los días asignados, según las características de cada hospital.
- b) El informe operatorio se confeccionará una vez concluida cada operación, llenándose debidamente todos los acápites del modelo: anverso y reverso de éste. (Ver la muestra en el Anexo, anverso y reverso).

2.3.7. Consulta externa: Se realizará en horas de la tarde, siempre que sea posible y su frecuencia no debe ser inferior de una vez por semana para cada cirujano del servicio. La frecuencia semanal puede ser superior en los hospitales pequeños.

- a) Los cirujanos especialistas ofrecerán sus consultas en el propio hospital o en los policlínicos, según las necesidades asistenciales y docentes.
- b) Los educandos (residentes, internos y alumnos de medicina) acudirán a las consultas externas con los profesores y especialistas, en los policlínicos o en el hospital, según lo exijan la organización de la asistencia y la docencia.

2.3.8. Pase de visita vespertino: Se realizará por los jefes o especialistas miembros de los grupos básicos de trabajo, o por un especialista, en los hospitales pequeños, al terminar el trabajo del día (en horas de la tarde), debiendo hacerse una nota evolutiva resumida y señalando las modificaciones necesarias a las indicaciones, en los pacientes siguientes:

- a) Graves.
- b) Operados del día.

2.3.9. Guardias: Tendrán una frecuencia entre cada 4 y 6 días, según el volumen de trabajo y de personal de cada servicio. Los hospitales que no cuenten con el número mínimo de especialistas para garantizar una guardia física, por lo menos por uno, cada 4 días, harán la guardia localizada, distribuyéndose equitativamente la primera llamada para cada día entre los especialistas existentes y quedando los demás en espera en una lista lógica, para el caso en que sea necesaria su ayuda en una operación o para decidir una conducta en un paciente de diagnóstico difícil. Con estas premisas, la guardia se realizará:

- a) Física, por el Grupo Básico o por un cirujano.
- b) Se realizará un pase de visita, en horas de la noche, por el personal de guardia, a los pacientes graves y a los operados del día.
- c) Los especialistas de guardia, docentes o no, impartirán docencia a los médicos residentes, internos, alumnos de medicina y personal de enfermería, durante todas las actividades de la guardia (Recepción y diagnóstico de los pacientes, operaciones urgentes y pase de visita nocturno).

3. RECOMENDACIONES ESPECIALES SEGÚN EL TAMAÑO, VOLUMEN DE CAMAS Y TIPO DEL PERSONAL CON QUE CUENTAN LOS DISTINTOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL

- a) Las recomendaciones contenidas en este manual, siempre se adaptarán a las diferencias existentes entre los distintos servicios, según su número de camas, el volumen de pacientes que debe atender cada uno y la cantidad y calidad del personal y de los medios diagnósticos y terapéuticos con que cuentan.
- b) Los pacientes que no puedan ser atendidos en un hospital determinado, por limitaciones materiales y humanas para la realización del diagnóstico, o por la magnitud y demás características del procedimiento quirúrgico que requieran, serán remitidos sin demora al hospital que cuente los medios requeridos, previa coordinación con el hospital receptor, acompañándolos con un resumen de la historia clínica, en el cual se expliquen los motivos para dicha remisión.

4. DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UNIDADES QUIRÚRGICAS Y SALONES DE CIRUGÍA

4.1. Mientras se desarrolla el programa quirúrgico, debe haber siempre un Jefe de Grupo Básico o, en su defecto, un especialista, docente o no, designado por aquél.

4.2. Enfermera:

4.2.1. Deberá permanecer en el salón durante toda la operación. Podrá salir, ocasionalmente y sólo durante breves instantes, para buscar algún material o instrumental necesario.

4.2.2. Tendrá a su cargo el control del instrumental y del material durante las operaciones. Para ello utilizará una hoja cuadrículada, en la que se consignarán los epígrafes siguientes:

a) En sentido vertical:

- Torundas.
- Compresas pequeñas, de 15 x 20 cm.
- Compresas grandes, de abdomen, de 35 x 40 cm.
- Pinzas hemostáticas.
- Tijeras.

- Pinzas de disección.
- Agujas.

b) En sentido horizontal:

- Al inicio.
- Durante.
- Al cierre.
- Faltan.

c) Inscibirá en esta hoja el conteo de instrumental y material en, la columna que señala INICIO.

d) Anotará en la columna que indica DURANTE, todo el material e instrumentos que suministre en el transcurso de la operación.

e) Realizará el conteo del instrumental y el material (suma del que está en la mesa y el desechado durante la operación, el cual se habrá agrupado en un lugar predeterminado, al concluir la operación, anotándolo en la columna que reza AL CIERRE. El resultados de comparar ambos conteos, el total suministrado y el conteo final, AL CIERRE, se anotará en la columna titulada FALTAN.

4.3. Anestesiólogo:

4.3.1. Será responsable de la inspección y comprobación de todo el tratamiento no quirúrgico que se haga al paciente durante el acto operatorio y de ordenar o realizar las investigaciones necesarias para este fin.

4.3.2. El personal de anestesiología encargado del paciente, no podrá abandonar el salón de operaciones durante la intervención.

4.3.3. Será responsable del mantenimiento y esterilización del instrumental que utilice.

4.4. Técnico en radiología:

4.4.1. Estará en el salón de operaciones a la hora indicada para el inicio de la intervención.

4.5. Instrumentistas:

4.5.1. Entrarán al salón por lo menos 15 minutos antes de la hora señalada para el inicio de la operación.

4.5.2. Prepararán todo el material e instrumental que se utilice.

4.5.3. Realizarán el conteo de todo el material e instrumental AL INICIO.

4.5.4. Efectuarán un conteo similar AL FINAL.

4.6. Auxiliares de cirugía:

4.6.1. Entrarán al salón con la suficiente antelación para colocar al paciente en posición y preparar el campo operatorio.

4.6.2. No podrán abandonar el salón hasta el final de la operación. En pacientes de cirugía torácica u otros que hayan sufrido operaciones de gran envergadura, solo lo harán cuando el enfermo haya sido colocado en la camilla para su traslado y se hayan cerciorado de la situación de los drenajes y de su adecuado funcionamiento.

4.7. Primer ayudante:

4.7.1. Será responsable de la colocación del paciente en la posición correcta y de la preparación del campo operatorio.

4.7.2. Una vez terminada la operación ordenará y supervisará el conteo del material e instrumental.

4.7.3. Vigilará el cumplimiento de sus funciones por parte de los auxiliares, instrumentistas y demás personal.

4.8. Cirujano: Es el principal responsable durante la intervención quirúrgica de cumplir y hacer cumplir todas las medidas disciplinarias y reglamentarias contenidas en este manual.

4.9. Conducta en el área quirúrgica y preparación del personal para la intervención :

4.9.1. Salón de operaciones:

- a) No podrán sostenerse conversaciones ajenas a la intervención que se efectúa.
- b) Toda Persona que penetre en el salón de operaciones deberá cumplir las reglas establecidas para el mantenimiento de la asepsia.
- c) Los camilleros y los auxiliares generales del salón de operaciones solo conducirán las camillas hasta el límite del área estéril. De ahí en adelante, otro personal se encargará del paciente.

4.9.2. Preparación del personal:

El cirujano, los auxiliares e instrumentistas cumplirán los requisitos siguientes:

a) Utilizarán gorro y el personal femenino usará turbantes que cubrirán todo el cabello; tapaboca, que cubrirá boca y nariz; cubrebotas y bata, todo ello estéril.

b) Queda terminantemente prohibido el uso de ropa del salón fuera de la Unidad Quirúrgica.

c) La bata deberá reunir las condiciones siguientes:

- Tendrá puños estrechos, con un asa para el dedo pulgar, o puños elastizados.
- Tendrá amplitud suficiente para que cierre en la espalda en forma superpuesta.
- Deberá ser de tala y longitud adecuada para que cubra hasta 20 cm por debajo de la rodilla.

d) Se cepillarán las manos, antebrazos y tercio inferior de los brazos con jabón antiséptico durante 10 minutos. Después de los 4 primeros minutos, se insistirá solo en la parte distal del antebrazo y las manos. Debe enjabonarse y enjuagarse por lo menos 2 veces.

e) Finalmente se enjuagarán con alcohol iodado (5 ml de tintura de Iodo oficial /1 L de alcohol) u otra solución antiséptica similar, siguiendo las instrucciones correspondientes a cada una.

5. CIRUGÍA AMBULATORIA Y DE CORTO ESTADIO (ALTA PRECOZ)

5.1. Con los progresos que ha habido en los equipos, instrumental, métodos y procedimientos quirúrgicos y anestésicos en los últimos 44 años, se ha ido imponiendo, con grandes ventajas para el bienestar de los pacientes y familiares y para la calidad de los resultados de los procedimientos quirúrgicos y su economía, la disminución de los tiempos de hospitalización en la cirugía mayor, hasta generalizarse en nuestro país y en el mundo la cirugía ambulatoria o cirugía de un día, en la que el paciente es egresado el mismo día de su ingreso y operación. En general, se han disminuido los tiempos de hospitalización de la cirugía mayor, sobre todo a expensas de la hospitalización preoperatoria, que puede reducirse a un día o menos en los servicios bien organizados que sean capaces de realizar ambulatoriamente, antes del ingreso, el estudio de los pacientes y el control por el anesestesiólogo, además de una planificación óptima de los turnos operatorios. De esta manera, se habla de alta precoz a la que se realiza e los primeros días del período postoperatorio, según la magnitud del procedimiento realizado. Estas técnicas se realizarán por cualquiera de los métodos y vías actualmente en uso, tanto para la cirugía abierta como de mínimo acceso. Como condición indispensable para aplicar este método se requiere siempre la aceptación por parte del paciente. Como hemos expresado, estos procedimientos no incluyen la cirugía menor, que será tratado aparte más adelante.

5.2. Estos procedimientos se realizarán en los centros que reúnan las condiciones siguientes:

- a) Adecuada coordinación con los médicos de la atención primaria para la atención pre y postoperatorio de los pacientes.
- b) Facilidades para la comunicación telefónica entre el paciente o sus familiares y el centro donde se realice la operación.
- c) Posibilidad de traslado en un plazo breve de tiempo del paciente desde su domicilio al centro hospitalario donde se le practicó el procedimiento.
- d) Posibilidad de seguimiento en su domicilio por el médico de familia el cirujano que practicó la operación.
- e) Poseer los equipos y el instrumental quirúrgico y anestésico señalado anteriormente para cada uno de los procedimientos que se realicen y el personal de ambas especialidades debidamente adiestrado para su realización con la debida seguridad.

5.3. Formas de realizar la cirugía ambulatoria:

a) Intrahospitalaria:

- Uso de los salones de operaciones generales del hospital.
- Uso de un área específica para la cirugía ambulatoria, efectuándose allí el ingreso, la intervención quirúrgica, la recuperación y el alta.

b) Extrahospitalaria:

- En los policlínicos de la comunidad.

5.4. Técnicas que se realizan por el método ambulatorio: Estos procedimientos se pueden practicar, en general, en cualquiera de las afecciones quirúrgicas que actualmente se realizan en cirugía mayor, excepto aquéllos que requieren grandes cuidados postoperatorios, o que ocasionen graves insuficiencias funcionales de los

órganos y aparatos involucrados, tales como serían las resecciones pulmonares, los trasplantes y sustituciones de órganos, la cirugía cardiovascular a corazón abierto y otros similares. Las indicaciones de las técnicas ambulatorias varían según el centro de que se trate, su ubicación en el sistema nacional de salud, sus recursos, experiencia del personal y las características geográficas del territorio donde preste sus servicios, pero se han ido aumentando progresivamente. Como ejemplos haremos una relación de las técnicas más generalmente realizadas en forma ambulatoria:

a) Cara y cuello:

- Biopsia de ganglio (excluir tumor de la parótida).
- Fistulectomías no complicadas.
- Tumores malignos de la piel.
- Tumores benignos superficiales.
- Nódulo de tiroides sin hipertiroidismo.

b) Tórax:

- Tumor mamario benigno (Confirmar por citología aspirativa).
- Mastoplastia.
- Mastectomía simple.
- Ginecomastia.
- Fístulas de los tejidos superficiales.

c) Abdomen y pelvis:

- Herniorrafias: Inguinal no recurrente, umbilical, epigástrica.
- Quiste del cordón.
- Onfalectomía.
- Hidrocelectomía.
- Varicocelectomía.
- Biopsia de los planos superficiales.
- Exéresis de cuerpos extraños superficiales.
- Circuncisión.
- Exéresis de quistes y fístulas pilonidales.
- Quiste de Bartolino.

5.5. Cuidados preoperatorios en la cirugía ambulatoria: El período preoperatorio tiene una singular importancia en cirugía ambulatoria, pues durante el mismo se hace el diagnóstico, se determina el estado físico y mental del paciente y se realizan los exámenes complementarios necesarios. La edad del paciente, por sí misma, no constituye una contraindicación de este tipo de cirugía.

- a) Control preanestésico: Aquellos pacientes que van a recibir anestesia local, regional, o general, deben tener una valoración anestésica. Es aquí donde se clasifican los pacientes de acuerdo con el riesgo quirúrgico, de la *American Society of Anesthesiology*.
- b) Examen físico y mental: Se realiza el examen físico al paciente en busca de cualquier alteración de los distintos sistemas orgánicos. La Historia Clínica puede ser la misma de los pacientes hospitalizados, aunque en muchos centros han adoptado una forma breve. El estado psicológico es importante, pues no debe efectuarse este método con pacientes

con alteraciones en esta esfera.

c) Educación del paciente y familiar en el preoperatorio: En este momento se le brinda toda la información necesaria, se aclaran dudas respecto a su enfermedad, al proceder terapéutico, la forma en que se espera que transcurra el postoperatorio y beneficios del método en que recibirá atención médica. Se le enseña al familiar cómo será el postoperatorio, cuáles pueden ser las complicaciones y conducta a seguir si esas se presentan. Otros factores que se deben indagar son el aspecto geográfico, cercanía del domicilio con la unidad donde se opera. No es recomendable que viaje más de 1 hora después de la operación, lo que debe tenerse en cuenta en caso de complicaciones si fuera necesario su retorno a un centro hospitalario. Debemos señalar que aquellos pacientes que se encuentran en hogares de ancianos, instituciones educativas o penales también pueden incluirse en este grupo, ya que dichas instituciones brindan servicios médicos calificados.

5.6. Cuidados postoperatorios:

El período postoperatorio transcurre en el hogar del paciente, bien el mismo día o hasta 24 horas después de operarse. Cuando se efectúan procedimientos más complejos, incluidos en la cirugía de corta estadía, el alta hospitalaria del paciente se produce hasta varios días después, siempre teniendo en cuenta que no pueda sufrir ningún daño. Es conveniente establecer un método de seguimiento en estos pacientes efectuando una llamada por teléfono a su hogar en los días siguientes para saber su evolución. Sin embargo, la atención directa debe ser por el médico de la familia, quien lo visita en su hogar, brindándole toda la atención y cuidados necesarios y es quien mantiene una adecuada comunicación con el cirujano y la institución donde se operó el paciente. Al alta se entregará al paciente la tarjeta anteriormente indicada con todos los datos del procedimiento realizado y de las indicaciones para seguir en la atención primaria.