

## TRATAMIENTO PREOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR ELECTIVA

Dr. Gerardo de La Llera Domínguez

### I.- EN CIRUGÍA MAYOR ELECTIVA

#### 1.- Tratamiento preoperatorio mediato

Debe dividirse en dos fases: 1ra. Desde que se hace el diagnóstico de que el paciente tiene una enfermedad quirúrgica hasta que ingresa en el hospital y 2da.: Desde que ingresa en el hospital hasta 24 h antes del acto operatorio.

1.1 **1ra. Fase:** Evaluación por el cirujano, auxiliado de la opinión de otros especialistas como anestesiólogos, internistas, psicólogos, etc., para definir el riesgo-beneficio de la operación propuesta.

- Tratamiento de la anemia: El paciente debe ser operado con un mínimo de 10 g de hemoglobina/100ml de sangre. Los pacientes con sangramientos pequeños y repetidos en que el tratamiento médico sea ineficaz, se prepararán con transfusiones de sangre o preferiblemente de glóbulos rojos, considerándolos entonces como urgencias relativas.
- Tratamiento del estado nutricional.
- Tratamiento del desequilibrio hidromineral.
- Tratamiento de la hipovolemia.
- Normalización o mejoramiento de: trastornos cardiovasculares, pulmonares, renales, digestivos, hepáticos, endocrinos (en especial diabetes) y alérgicos.
- Tratamiento de la obesidad y eliminar, de ser posible, sepsis: orofaríngea, pulmonar, urinaria, cutánea, etcétera.
- Atención del estado psíquico del paciente.
- Atención del estado de la piel.
- Realización de ejercicios respiratorios, si no hay contraindicación.
- Radiografía de tórax, si el enfermo presenta signos clínicos o la enfermedad de base lo requiere.
- Examen clínico cardiovascular. Se realizará electrocardiograma a los pacientes que presenten síntomas cardiovasculares, o que tengan mas de 45 años de edad.
- Investigaciones de laboratorio imprescindibles para ser intervenido quirúrgicamente: hemograma completo y grupo sanguíneo, glicemia, creatinina y orina. En todo paciente cuyos

antecedentes hagan sospechar trastornos hemorrágicos, se realizará un coagulograma mínimo. Además se practicará cualquier otro examen necesario en relación con su enfermedad.

**1.2 2da. Fase.** Se seguirán las normas siguientes:

- Dieta normocalórica. En pacientes desnutridos se indicarán dietas especiales
- Tratar la constipación, preferentemente con humectantes.
- Preparación adecuada si ha habido administración previa de corticoides, reserpina u otros medicamentos que tengan efectos adversos para el proceso anestésico o quirúrgico.
- Medidas preparatorias particulares, según la intervención a realizar. (Ver cada tema particular)

**2.- Periodo preoperatorio inmediato**

**2.1** Administrar dieta según la naturaleza de la intervención, hasta 12 h antes del acto operatorio. Evitar la deshidratación preoperatoria.

1. No rasurar. Cortar los vellos a muy corta distancia de la piel, ampliamente en el área operatoria y la espalda, si se va a aplicar anestesia espinal o peridural, 24 horas antes de la operación.
2. Baño el día anterior al de la operación.
3. Realizar consulta previa con el anesthesiólogo, quien indicará la medicación preanestésica y valorará, juntamente con el cirujano, en caso de opiniones contrapuestas, si el paciente está en condiciones de ser intervenido.
4. Aplicar enema evacuante de 1000 ml de solución salina fisiológica (la víspera de la operación), a las 8.00p.m., que se repetirá, si es necesario, a las 10.00 p.m. Se aconseja no poner enema en la mañana de la operación.
5. Practicar hidratación a partir de la preanestesia con glucosa a 5%. Disponer de vías venosas de acuerdo con el tipo de operación a realizar.
6. Sedar al paciente la noche anterior.
7. Evacuar la vejiga antes de entrar al salón de operaciones. Mantener colocada una sonda vesical para medir la diuresis transoperatoria en caso de ser necesario.
8. Si se administra anestesia general, pasar sonda nasogástrica y aspirar el contenido gástrico, inmediatamente antes de comenzar la anestesia, dejándola o no, de acuerdo con la intervención a realizar.
9. Llevar a cabo lavado amplio (con agua y jabón) de la región operatoria, en el salón de operaciones, después de efectuada la anestesia.
10. Uso de antibióticos profilácticos en los casos que lo requieran. (Ver el presente manual)
11. Medidas preoperatorias inmediatas particulares. (Ver cada tema particular).

## **II.- EN CIRUGÍA MAYOR DE URGENCIA**

### **1. MEDIDAS PREOPERATORIAS**

#### **1.1 Realizar un examen clínico cuidadoso**

1.1.1 Conocer los antecedentes personales y familiares de sangramientos.

1.1.2 Indagar si existe alergia a medicamentos y el empleo reciente de esteroides, aspirina y reserpina.

1.1.3 Descartar enfermedades asociadas.

### **2. Exámenes de urgencia**

2.1 Hemograma, hematocrito, grupo sanguíneo, Rh y coagulograma. De acuerdo con los antecedentes podrán ser identificados otros análisis tales como: glicemia, creatinina u otros.

### **3. Otras medidas preoperatorias**

3.1 Además de los exámenes complementarios ya señalados se realizarán estudios radiológicos del tórax y el abdomen, en sus distintas vistas, de acuerdo al examen clínico realizado

3.2 A todos los pacientes se les colocará sonda gástrica y se les realizará aspiración. Se les hará evacuación vesical.

3.3 En los pacientes deshidratados, con desbalance electrolítico, se debe tomar un tiempo antes de la intervención, para compensar esta situación. En aquellos pacientes que se encuentran deshidratados por oclusión intestinal sin compromiso vascular, el tiempo necesario para la compensación antes de la intervención puede durar hasta 24 horas, pero en los pacientes deshidratados por oclusión con compromiso vascular o debido a una peritonitis severa, el tiempo preoperatorio para lograr esta compensación debe ser mucho más breve, no sobrepasando las 4 horas. En los pacientes en shock, el tiempo de compensación es aún mucho más breve, midiéndose en minutos cuando el shock es por pérdida de sangre.

3.4 Se comenzará, en este período, la administración de antibióticos en los pacientes que presenten una infección como causa de su afección de urgencia. (Ver el tema de antibióticos)

3.5 La preparación de la zona quirúrgica, se realizará en igual forma que en los casos electivos.

### **4. Intervención del paciente**

El paciente deberá ser intervenido en el más breve plazo de tiempo, después de una preparación relativamente corta.

\*\*\*

**<sup>1</sup>Profesor de Mérito (ISCM-H). Prof. Titular de Cirugía y Consultante, Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García. Especialista de II Grado en Cirugía General, Miembro del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.**

**Índice Anterior Siguiente**