

Capítulo 40

Cuidados perioperatorios

I. García-Alonso, B. Herrero de la Parte, A. González Bada

Cuidados perioperatorios

Concepto

Valoración preanestésica

Paciente por lo demás sano

Paciente en tratamiento

Paciente necesitado de soporte

Cuidados peroperatorios

Cuidados postoperatorios

Vigilancia durante la recuperación

Vigilancia en URPA

Vigilancia quirúrgica

Tratamientos post-quirúrgicos

Flujo del paciente por las instalaciones

Control del dolor postoperatorio

Disminuir los estímulos dolorosos

Aplicación de técnicas de analgesia

Objetivación y seguimiento del dolor

Bibliografía

Concepto

En este capítulo queremos dar una idea general del proceso que envuelve al acto quirúrgico. Desde los estudios previos, pasando por su atención en quirófano y terminando con los cuidados del paciente hasta su alta.

Valoración preanestésica

Antes de que un paciente sea sometido a un procedimiento quirúrgico resulta imprescindible que un anestesiólogo proceda a examinarle y -si fuese necesario- instaure o modifique algunos tratamientos.

De una manera muy simplificada podríamos decir que se trata de situar al paciente en alguna de las siguientes categorías.

Paciente por lo demás sano

Los estudios de rutina pre-operatoria confirman una adecuada función cardio-respiratoria y unos niveles de coagulación suficientes; sin que se detecte ninguna otra patología de base.

El paciente se incorpora directamente a la lista de espera o -si es un procedimiento urgente- se traslada a quirófano.

Paciente en tratamiento

Similar al caso anterior, pero con alguno o algunos tratamientos activos. Se valora si dichos tratamientos pueden complicar la anestesia y/o la cirugía. En caso negativo, se procede hacia la cirugía. En caso contrario se procede a ajustar o modificar los tratamientos para evitar que puedan complicar la anestesia/cirugía. En ciertos casos

requerirá la intervención del especialista correspondiente (cardiólogo, hematólogo, etc.).

Paciente necesitado de soporte

Debido a su estado general o a determinadas patologías crónicas, se requiere instaurar determinados tratamientos que coloquen al paciente en mejores condiciones para superar la agresión que supone la cirugía.

Esto puede variar desde la administración de ciertos fármacos durante la cirugía y/o el postoperatorio inmediato, hasta demorar la intervención a la espera de haber mejorado sus condiciones (estado nutricional, control de un proceso infeccioso, déficit de coagulación, etc.).



Cuidados peroperatorios

Este apartado lo dejamos en algo meramente simbólico, ya que aquí habría que incluir los conceptos ya explicados al hablar de la respuesta endocrino-metabólica al stress y a la cirugía. Todo aquello que reduce la agresión, colabora a mantener la homeostasia del paciente sometido a cirugía.

Además, una adecuada técnica anestésica, tal y como se explica en el tema correspondiente, ayuda al organismo a tolerar la agresión y mejora sensiblemente la recuperación postquirúrgica.

Así pues, técnica quirúrgica adecuada y control anestésico excelente son la mejor garantía para quien debe ser sometido a cirugía.

Cuidados postoperatorios

Podría pensarse que una vez que se pone la última grapa o se da el último punto se ha concluido la cirugía. Pero esto no es así. El paciente sigue requiriendo el cuidado del anestesiólogo y del cirujano: son los cuidados postoperatorios.

El postoperatorio requiere vigilancia y tratamientos.

Vigilancia durante la recuperación

Una vez que el paciente sale de quirófano requiere una vigilancia próxima, tanto de cómo se recupera de la anestesia, como de las heridas quirúrgicas y las alteraciones provocadas por la cirugía.

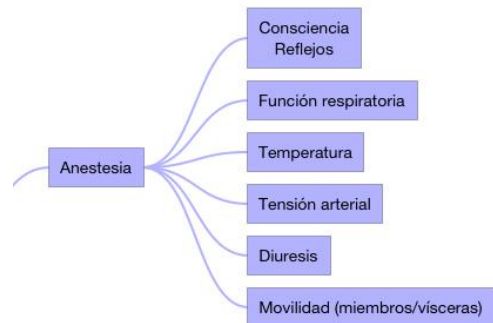
Lo más habitual es que del quirófano el paciente pase a una Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA).

Vigilancia en URPA

Hay que asegurarse de que el paciente recupera tanto su consciencia como sus reflejos, evitando que en ese periodo intermedio entre anestesia y normalidad puedan producirse incidentes (aspiración ...).

Hay que vigilar que mantiene una adecuada función respiratoria, ya que algunos de los fármacos utilizados pueden deprimir el centro respiratorio. También es importante vigilar la temperatura corporal del paciente, con el fin de detectar precozmente posibles complicaciones: hipotermia, hipertermia maligna ...

Se debe de controlar la tensión arterial y la diuresis (especialmente en procedimientos realizados bajo anestesia intradural o epidural). Y hay que comprobar la progresiva recuperación de la motilidad, tanto de los miembros como del tubo digestivo, así como la sensibilidad de extremidades si el paciente ha sido sometido a una anestesia locorregional.



Vigilancia quirúrgica

Como decíamos al inicio de este epígrafe, además de la recuperación de la anestesia, hay que vigilar las consecuencias de la cirugía.

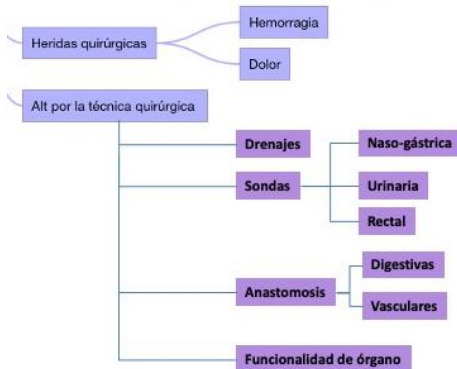
En primer lugar, de las dos principales consecuencias de las heridas quirúrgicas: el dolor y la hemorragia. Son dos “efectos adversos” de la cirugía con los que no se debe de transigir. La revisión de los apósitos permite detectar hemorragias que pasaron desapercibidas durante el cierre de las heridas en quirófano. El dolor no es una “simple incomodidad que el paciente debe soportar” sino que es un agente dañino para el paciente que debe de ser evitado. Pero de ello nos ocupamos en el apartado final de este capítulo.

También hay que vigilar los drenajes que hayan podido colocarse, para asegurarnos en todo momento de que funcionan adecuadamente, así como decidir su retirada tan pronto como ya no resulten útiles. Además, examinar las características del drenaje aporta información importante de lo que acontece en los lechos quirúrgicos.

Si el enfermo ha sido sondado (sonda uretral o sonda rectal) también es importante vigilar su correcto funcionamiento, así como las características y cuantía del material expulsado por las sondas.

Cuando se hayan practicado algún tipo de anastomosis (vasculares, digestivas, ...) no se debe omitir vigilar su correcto funcionamiento. Así se podrá reaccionar con rapidez si surgen complicaciones en ellas.

Por último, cuando se haya manipulado algún órgano, el protocolo de vigilancia postoperatoria debe incluir la monitorización de la funcionalidad de dicho órgano.



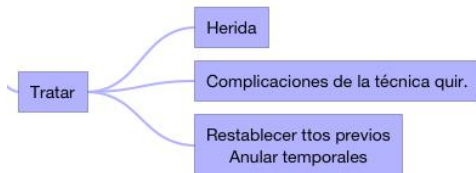
Tratamientos post-quirúrgicos

Además de la vigilancia, durante el postoperatorio hay unos cuidados o tratamientos que habrá que aplicar.

Nos referimos, en primer lugar, al tratamiento o cuidado de la herida quirúrgica. Evitando complicaciones nunca deseables (pero no infrecuentes) como son la infección superficial del sitio de la cirugía, o cicatrices poco estéticas por retirada demasiado precoz del material de sutura, entre otras.

Hay que estar atentos para detectar precozmente posibles complicaciones (propias de cada técnica quirúrgica) e instaurar cuanto antes los tratamientos adecuados.

Y no olvidar que si hemos instaurado algún tipo de tratamiento de apoyo para la cirugía o hemos modificado/anulado tratamientos de base del paciente, debe de retornarse a la normalidad tan pronto sea prudente hacerlo.

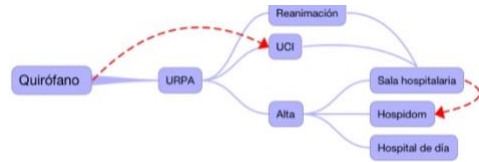


Flujo del paciente por las instalaciones

Como hemos dicho, lo más habitual es que del quirófano el paciente pase a la URPA. Una vez que se comprueba su completa recuperación de la anestesia se le dará el alta dirigiéndole, según los casos, a una sala del hospital (bien para permanecer ingresado, o bien para esperar unas horas antes de trasladarlo a su domicilio) o directamente a su domicilio. En este segundo caso, la vigilancia y cuidados que hemos comentado correrá a cargo del Servicio de Hospitalización Domiciliaria (hospidom).

En el caso de pacientes más graves o que no recuperan adecuadamente en la URPA puede decidirse el traslado del paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos. Una vez remontado

adecuadamente, se trasladará a una sala hospitalaria para completar su recuperación.



Control del dolor postoperatorio

El dolor postoperatorio debe de ser considerado un enemigo a abatir. “Hacia un hospital sin dolor” es un lema que debiera de abrazarse en toda institución sanitaria.

De manera muy sucinta, tres pueden considerarse los pilares de un control adecuado del dolor postoperatorio.

Disminuir los estímulos dolorosos

Básicamente se trata de reducir en todo lo posible la agresión tisular y reducir (en tanto en cuanto sea prudente) la tensión de las suturas.

No hace tanto tiempo que se aceptaba el aforismo de “Grandes cirujanos, grandes cicatrices”. Hoy ya es de dominio común que cuanto menor sea la herida quirúrgica, mejor y más rápida será la recuperación del paciente. Y así se ha impuesto la cirugía laparoscópica sobre la cirugía abierta, y procedimientos de radiología intervencionista han desplazado otras técnicas quirúrgicas. Además, se siguen explorando nuevas posibilidades: cirugía a través de orificios naturales, reducción del número de trócares necesarios para la laparoscopia, etc.

Otro tanto cabe decir con las suturas a tensión. La cirugía de la hernia inguinal ha abandonado completamente las técnicas iniciales en las que una fuerte y tensa sutura se consideraba la garantía de éxito.

Aplicación de técnicas de analgesia

A nuestro juicio, la indicación de analgésicos en el postoperatorio bajo el criterio “si tiene dolor”, carece de sentido en todas aquellas cirugías que se sabe que producen dolor. Esperar a que el paciente experimente dolor para empezar a combatirlo es muy mala táctica. El dolor produce inflamación, y la inflamación produce dolor. El tratamiento antiinflamatorio previo en muchos casos es una buena herramienta para disminuir el dolor postoperatorio.

El control de la ansiedad, mediante una adecuada explicación de los procedimientos al paciente, es otro recurso muy eficaz.

Se han hecho estudios que avalan la infiltración anestésica de la herida quirúrgica como técnica muy útil para reducir el dolor postoperatorio. De hecho, es algo que se puede realizar en cualquier momento del postoperatorio inmediato, no únicamente en el final de la intervención. Se puede infiltrar la herida

o realizar un bloqueo troncular nervioso para el control del dolor en URPA o Unidades de Críticos, incluso en planta por parte de las Unidades del Dolor Agudo

Por último, aunque cabrían añadir mucho más, podemos señalar la gran utilidad del catéter epidural en el control del dolor.

Objetivación y seguimiento del dolor

Para poder controlar el dolor hay que conocerlo y hay que cuantificarlo. Cuantificarlo para cada proceso, con el fin de poder elaborar protocolos adecuados, y cuantificarlo en cada paciente, para poder ajustar dichos protocolos a las necesidades concretas.

Para ello resulta imprescindible la elaboración y uso de escalas de valoración del dolor. Hay muchas ya bien establecidas para determinados procesos. La más ampliamente utilizada en las unidades postoperatorias dada su sencillez y aplicabilidad es la Escala Visual Analógica o EVA. Cuantifica el grado de intensidad del dolor en leve, moderado y grave según lo referido por el paciente.

Para otros entornos sigue siendo una tarea pendiente. Pero su uso rutinario es una herramienta de primer orden en el esfuerzo por reducir/abolir el dolor postoperatorio.

Bibliografía

- Editorial. Best practice in managing postoperative pain. *The Lancet* 2019; 393 (April 13): 1478.
- Esteve-Pérez I N, Sansaloni-Perelló C, Verd-Rodríguez M, Ribera-Leclerc H, Mora-Fernández C. Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2017; 24(3). <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2017.3542/2016>
- Fletcher D , Stamer UM , Pogatzki-Zahn E et al. Chronic postsurgical pain in Europe: an observational study. *Eur J Anaesthesiol.* 2015; 32: 725-734
- Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *The Lancet* 2019; 10180 (April 13): 1537-1546.
- López S, López A, Zaballos M, Argente P, Bustos F, Carrero C, Cía P, de Andrés J, Echeverría M, Gomar C, González J, Isar MC, Jiménez A, Moliner S, Salgado I, Torres LM. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. ISBN: 978-84-92977-29-1. http://www.asecma.org/Documentos/Blog/Guia_DAP.pdf
- Ramsay M.A.E. Acute postoperative pain management. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2000; 13(3): 244-247. doi: 10.1080/08998280.2000.11927683
- Santeularia Vergésa MT, Català Puigbò E, Cortada MG, Revuelta Rizo M, Moral García MV. Nuevas tendencias en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía general y digestiva, *Cir Es* 2009; 86(2):63-71