UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA E INTERDISCIPLINARIAS

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL
04/04/17
OFICINA EJECUTIVA DE BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES

"FACTORES BIOLÓGICOS Y ESTILOS DE VIDA QUE INCREMENTAN EL RIESGO QUIRÚRGICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE APOYO II ESSALUD, AGOSTO-SETIEMBRE, 2016"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD, MENCIÓN EN:

CUIDADOS QUIRÚRGICOS

AUTORAS : Lic. Enf. DANY KARINA CHOTA SINUIRI
Lic. Enf. ARACELY MACEDO ALADO

ASESORA : Dra. YOLANDA GLADYS SANTOS VILLEGAS

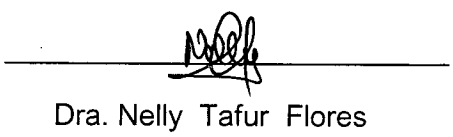
PUCALLPA – PERÚ
2016

Esta tesis fue aprobada por el Jurado Evaluador para optar el Titulo de Segunda Especialidad en Cuidados Quirúrgicos:



Dra. Otilia Hernández Panduro

Presidenta



Dra. Nelly Tafur Flores

Miembro



Dra. Isabel Esteban Robladillo

Miembro

DEDICATORIA

A nuestro Señor Jesús por bendecirme cada día.
A mis seres queridos: padres y hermanos por su amor y motivación constante para lograr mis objetivos.

Dany

A Dios por haberme dado una familia y esta hermosa carrera "enfermería" que le da mucho significado a mi vida.
A mi esposo e hijos, que son mi motivación diaria.

Araceli

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento especial a la Universidad Nacional de Ucayali – Facultad Ciencias de la Salud, que nos acogió y nos permitió avanzar como profesionales de salud para ser más competentes

Al Hospital de Apoyo II EsSalud, Región Ucayali, de haber brindado las facilidades para desarrollar el presente estudio.

A los médicos cirujanos y enfermeras especialistas que laboran en el Servicio de Cirugía y Centro Quirúrgico del Hospital de Apoyo II EsSalud, que participaron en la validación del instrumento y aportaron con sus sabias recomendaciones.

A los Jurados Evaluadores, que con su amplia experiencia, dieron las orientaciones para el mejor desarrollo del estudio.

A la Asesora, Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas, por sus recomendaciones y apoyo constante durante el desarrollo de éste trabajo de investigación científica y poder lograr su culminación.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar los factores biológicos y estilos de vida que influyen en el riesgo quirúrgico de pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, agosto - setiembre, 2016. Metodología: tipo de estudio descriptivo, transversal, no experimental. El muestreo fue por conveniencia y estuvo conformado por 120 elementos, el instrumento fue una encuesta validada por juicios de expertos y sometido al análisis estadístico para su confiabilidad (Kuder-Richardson Formula 20=0.67), los datos fueron generales, de enfermedad actual, pre-existente y estilos de vida. Resultados: La edad máxima 75 años, edad mínima 19 años, Media 45.4 años y DE 14.67. Las enfermedades pres-existentes fue la obesidad (34.2%) en mayor porcentaje y en el sexo femenino, seguido de alergias (29.2%) y anemia (20.8 %). La enfermedad actual fue colecistitis, colelitiasis (39.1%) aguda y crónica, seguido de las hernias (23%). La mayoría tuvo estilos de vida no saludable, consumen comida rápida como frituras, embutidos y a veces sustancias toxicas como el tabaco y alcohol, si practican deporte y realizan caminatas durante la semana (45.8% y 30.8%). El mayor porcentaje (72.5%) de pacientes de edades comprendidas entre 18 a 59 años, fueron clasificados en Grado II de riesgo quirúrgico según escala de la ASA. Conclusiones: Los factores biológicos y estilos de vida que incrementan el riesgo quirúrgico en los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía – Hospital de Apoyo II EsSalud, son la obesidad, colecistitis y hernias, así mismo los hábitos alimentarios dañinos y consumo de sustancias tóxicas como el alcohol y tabaco en menor porcentaje.

Palabras clave: Factores biológicos, estilos de vida, riesgo quirúrgico.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the biological factors and lifestyles that influence the surgical risk of hospitalized patients in the Surgery Service of the EsSalud Support Hospital II, August - September, 2016. Methodology: type of descriptive study, transversal, no experimental. Sampling was for convenience and was made up of 120 elements, the instrument was a survey validated by expert judgment and subjected to statistical analysis for reliability (Kuder-Richardson Formula 20 = 0.67), and data were general, current disease, pre -existing and lifestyles. Results: The maximum age 75 years, minimum age 19 years, Mean age 45.4 years and SD 14.67. Pre-existing diseases were obesity (34.2%) in higher percentage and in females, followed by allergies (29.2%) and anemia (20.8%). The current disease was cholecystitis, cholelithiasis (39.1%), acute and chronic, followed by hernias (23%). Most had unhealthy lifestyles, consumed fast foods such as fried foods, sausages and sometimes toxic substances such as tobacco and alcohol, if they practice sports and walk during the week (45.8% and 30.8%). The highest percentage (72.5%) of patients aged 18-59 years were classified in Grade II surgical risk according to the ASA scale. Conclusions: The biological factors and lifestyles that increase surgical risk in patients hospitalized at the EsSalud Hospital of Support II are obesity, cholecystitis and hernias, as well as harmful eating habits and consumption of toxic substances such as Alcohol and tobacco in a lower percentage.

Key words: Biological factors, lifestyles, surgical risk.

INDICE

	Pg.
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INDICE	VII
INDICE DE TABLAS	IX
INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO I: MARCO TEORICO	13
1.1. ANTECEDENTES:	
1.1.1. Internacionales	13
1.1.2. Nacionales	16
1.1.3. Locales	18
1.2. BASES TEÓRICAS	19
1.2.1. Paciente quirúrgico y periodo peri-operatorio	19
1.2.2. Tipos de intervención quirúrgica	19
1.2.3. Cuidados pre-operatorios	20
• Definición	20
• Componentes de la valoración peroperatoria.	21
1.2.4. Riego quirúrgico	22
• Definición de riesgo quirúrgico	22
• Clasificación del paciente quirúrgico	22
• Objetivos de la evaluación del riesgo quirúrgico	24
• Valoración del riesgo quirúrgico según criterios	24
1.2.5. Factores del riesgo quirúrgico	26
• Factores de riesgo biológico del paciente quirúrgico	26
• Enfermedades asociadas	27
• Otros factores asociados	29
• Riesgos dependientes de la enfermedad	32

1.3. MARCO CONCEPTUAL 33
1.3.1. Definición de términos 33

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO 35
2.1. AMBITO 35
2.2. POBLACION 35
2.3. MUESTRA 36
2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO 36
2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION 37
2.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS 37
2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS 38
2.8. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS 38

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 39

CONCLUSIONES 54
RECOMENDACIONES 55

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 57

ANEXOS 60

INDICE DE TABLAS

Pg.

Tabla 1:Sexo por grupos de edad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, 2016. 40

Tabla 2: Enfermedades preexistentes según grupos de edad en pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, 2016. 42

Tabla 3: Enfermedad actual de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, 2016. 44

Tabla 4: Características de los estilos de vida según grupo de edad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, 2016. 46

Tabla 5: Tipos de alimentos que más consumen según grupos de edad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, 2016. 48

Tabla 6. Estilos de vida según grupo de edad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, 2016. 50

Tabla 7. Riesgo quirúrgico por grupos de edad de pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, 2016. 51

INTRODUCCIÓN

Todo paciente que va a someterse a una intervención quirúrgica, requiere una evaluación cardiovascular que establezca su riesgo quirúrgico, además del riesgo neumológico, hepático, renal, endocrino-metabólico, inmunológico, nutricional y de otros parámetros de laboratorio necesarios para que el cirujano estime conveniente la programación del paciente a una cirugía al determinar el riesgo quirúrgico y se anticipen las medidas de control para evitar la muerte del paciente.

Es de conocimiento universal que existe una importante proporción de muertes ocurridas durante la cirugía y que se deben a complicaciones cardiovasculares, muchas de las cuales se podrían evitar valorando correctamente el riesgo cardiológico de la intervención. La cirugía y la anestesia someten al paciente a situaciones de estrés durante el período peri-operatorio, que obligan a que se establezca la capacidad del enfermo de responder a esas demandas, desaconsejando la cirugía si se considera que el riesgo es inasumible. Cada vez aumenta más la proporción de casos de cirugía mayor en pacientes de más de 65 años, con el consiguiente incremento de la comorbilidad cardiovascular, especialmente por el riesgo de infarto de miocardio, angina inestable e insuficiencia cardíaca peri operatoria.[1]

Sin embargo, durante décadas se ha tratado de establecer el riesgo que presenta un paciente al ser sometido a una intervención quirúrgica; la evaluación del aparato cardiovascular y de los sistemas de coagulación, no dan un verdadero pronóstico de riesgo. El riesgo quirúrgico incluye muchas variables y algunas escapan a la evaluación, estas tienen una correlación y dependen de factores del paciente, del procedimiento quirúrgico, de la anestesia y condiciones del quirófano. [2]

En 1963 la American Society of Anesthesiologists, creó un sistema de evaluación del estado físico del paciente, esta clasificación conocida como

ASA, evalúa al paciente en cinco situaciones o clases, más adelante (2007) incremento a 6 situaciones cuando el paciente es declarado con muerte cerebral; sin embargo los anestesiólogos suelen aplicar hasta ASA 4, las cuales considera como clase ASA 1 a pacientes sanos y normales, que es solo un sentido de apreciación, debido a que un paciente sano y normal no tiene por qué ser operado, ASA 2 a paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante, ASA 3 a paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante, ASA 4 a paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. No obstante, toda cirugía conlleva a un riesgo, en tanto supone una agresión que modifica diversos acontecimientos biológicos. La respuesta es compleja y general, afectando a múltiples órganos en grado variable [3, 4].

El análisis de los efectos de la acción quirúrgica y la comparación de sus riesgos y de sus beneficios son, en cada caso, la base de la decisión operatoria. Si el beneficio supera a los riesgos, se opera al paciente. Si predominan los riesgos sobre los beneficios, la intervención quirúrgica debe rechazarse, modificarse o posponerse. [4]

Por lo expuesto líneas arriba, consideramos que el profesional de enfermería cumple una función importante en este periodo porque es quien realiza la valoración del paciente y es a través de la recogida de datos que podrá identificar los factores biológicos y estilos de vida como la edad, la presencia de enfermedades pre-existentes y las causales específicamente de la intervención a la que será sometido, así como los riesgos dependientes de la propia enfermedad estableciendo así la evidencia clínica manifestada en el estado general del paciente, siendo esenciales en el periodo pre-operatorio y evitar o controlar las complicaciones o desenlaces fatales como la muerte del paciente; por lo que se desarrolló el presente estudio por su gran importancia, permitiéndonos encontrar tiempos de reflexión como profesionales de enfermería, así mismo tomar en consideración los factores biológicos como la edad, la prevalencia de enfermedades preexistentes como la obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer, anemia y las actuales como la colecistitis,

colelitiasis, hernias (inguinal, umbilical) según nuestros hallazgos y además los estilos de vida no saludables que son relevantes en el incremento del riesgo quirúrgico de los pacientes y en consecuencias las complicaciones que se puedan derivar por el estado mórbido de los pacientes quirúrgicos, considerándolo así una amenaza frecuente para la vida en el trans y postoperatorio, por lo que, la valoración del riesgo es un factor muy importante para minimizar las complicaciones perioperatorias y es el profesional de enfermería quien de manera conjunta con el médico se ocupan de esta fase preliminar en busca de la identificación oportuna de aquellos problemas de salud que se encuentran presentes y que interactúan de manera sinérgica incrementando el riesgo del paciente quirúrgico.

De acuerdo a los aspectos señalados líneas arriba, se desarrolló la presente investigación, así responder al problema general de investigación: ¿Cuáles son los factores biológicos y estilos de vida que incrementan el riesgo quirúrgico de pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II ESSALUD, agosto - setiembre, 2016?

Para tal fin, se planteó los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Determinar los factores biológicos y estilos de vida que incrementan el riesgo quirúrgico de pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, agosto - setiembre, 2016.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la edad y sexo de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, agosto - setiembre, 2016.
2. Identificar las enfermedades pre-existentes y actuales de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, agosto - setiembre, 2016.

3. Describir los estilos de vida de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, agosto - setiembre, 2016.
4. Describir el riesgo quirúrgico que presentan los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, agosto - setiembre, 2016.

A continuación se presenta la distribución del estudio por capítulos, siendo:

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO, comprende todos los antecedentes de investigación examinados, la base teórica y el marco conceptual.
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO, en este capítulo se describe desde el ámbito del estudio hasta el análisis de los datos.
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN. En este capítulo se presentan los resultados del estudio según los objetivos propuestos y son presentados en tablas, siendo descritos y analizados, realizando la discusión destacando los hallazgos en relación con los resultados de otros investigadores.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que se arribó luego de los hallazgos.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES:

1.1.1. Internacionales

En Ecuador, Calderón, M. (2015) estudió sobre Complicaciones durante la estancia hospitalaria y factores asociados al retraso en la resolución quirúrgica de pacientes entre 12 hasta 65 años con diagnóstico de apendicitis en el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) enero – diciembre, 2014. Objetivo: Evaluar las complicaciones durante la estancia hospitalaria y factores asociados al retraso en la resolución quirúrgica de apendicitis en pacientes hospitalizados. Tipo de estudio: observacional, retrospectivo de cohorte. Muestra: casos registrados de apendicitis aguda en pacientes de 12 a 65 años en el año 2014. Los datos se obtuvieron de historias clínicas, siendo la edad, sexo, reporte histopatológico, complicaciones y enfermedades asociadas. Resultados: El promedio de horas transcurridas desde el aparecimiento de los síntomas hasta la apendicetomía fue de 35,39 horas. La causa de demora más frecuente fue la propia decisión del paciente (35,74%). Según reporte histopatológico el 60% llegaron en fases graves, sea en fase necrótica (46,31%) y perforada (14,33%) y con menor frecuencia en fase inicial (4,45%). La complicación post quirúrgica más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico (4,73%). Las complicaciones están asociadas con el atraso (OR 2,12; IC: 95% 1.73-2,51) y el mal diagnostico con un tamaño de efecto moderado (OR 1,98; IC: 95% 1.6-2.36). Conclusiones: En más de la mitad de la muestra existió un atraso en el tratamiento definitivo, asociado con un alto porcentaje de reportes histopatológicos en fases complicadas (F. necrótica y F. perforada). Se recomienda la educación del paciente sobre la sintomatología de esta patología tan común y al galeno la importancia que tiene la semiología para llegar a un diagnóstico

definitivo. La complicación más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico, pero es importante realizar un estudio similar investigando las complicaciones por cada tipo de cirugía.[5]

En España Moral V., Gil A., Kinast D., Cantallop B., Galindo A.(2013), investigaron el tema: La anemia como factor de riesgo quirúrgico. Consideraron que la anemia peri operatorio es frecuente en los pacientes quirúrgicos y se asocia a un aumento de la morbimortalidad y disminución de la calidad de vida. Las causas principales de anemia en el contexto peri operatorio son el déficit de hierro y la inflamación crónica. En el postoperatorio, la anemia puede ser agravada por la pérdida sanguínea del intraoperatorio siendo la transfusión alogénica el método más habitual de tratamiento. Por otro lado, la transfusión de sangre no está exenta de riesgos, aumentando de nuevo la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Debido a esta problemática, se realiza la revisión fisiopatología de anemias en el entorno quirúrgico así como su tratamiento mediante la ingesta de alimentos ricos en hierro, terapia con hierro oral e intravenoso (hierro sacarosa y carboximaltosa de hierro). En la anemia de tipo inflamatorio crónico, se utiliza agentes estimulantes de la eritropoyesis (eritropoyetina alfa) y en casos de anemias mixtas la combinación de ambos tratamientos. El objetivo es reducir la necesidad de la transfusión peri operatorio y acelerar la recuperación de la anemia postoperatoria así como disminuir la tasa de morbimortalidad de los pacientes. [6]

Contreras M. (2010), investigó en Venezuela: Evaluación médica preoperatoria, como predictor de riesgo quirúrgico y pre quirúrgico, Enero-Julio. El objetivo de la presente investigación es conocer las características de selección, preparación y condiciones asociadas de los pacientes que ingresaron a las consultas de evaluación Cardiovascular del Hospital Dr. José María Vargas de la Ciudad de Cagua, Aragua, durante el primer semestre del año 2007. La patología quirúrgica en 277 pacientes en los que se realizó

evaluación preoperatoria, agrupadas por sistemas u órganos, se distribuyeron en suma de la siguiente manera: Ginecológicas 85; hígado y vías biliares 64; hernias 51; oftalmológicas 25, piel y anexos 23, traumatológicas 12; genital masculino 06; Ano-rectal 06; mamas 04. En cuanto a la condición de la cirugía el 65.70% fueron ambulatorias. Re intervenciones 02 pacientes lo que representó el 0.77% del total evaluado. En cuanto a la distribución por sexo fue de 196 mujeres (70.75%) y 81 hombres (29.25%). La edad promedio se ubicó en 40.92 años. En la serie evaluada se reporta 01 muerte asociada a evento hemorrágico post operatorio lo que representa un 0.3%. En el presente estudio destaca un importante número de diagnósticos asociados 488, en 277 pacientes, con un promedio de 1,76 patologías por paciente. La evaluación Cardiovascular representa una estrategia de atención integral al diagnosticar comorbilidades asociadas a condición quirúrgica, permitiendo establecer un plan de abordaje médico. La Evaluación Cardiovascular preoperatoria está orientada a la predicción de riesgos quirúrgicos, no quirúrgicos y a sugerir las estrategias a implementar en la fase preoperatoria, Intraoperatoria y postoperatoria. [7]

En Cuba, Cordero I., Pérez L. y Pérez G. (2010), desarrollaron un estudio de investigación titulado "Influencia del riesgo en las complicaciones post anestésicas", con el objetivo de identificar los conceptos de factores de riesgo en el paciente quirúrgico y su influencia sobre el pronóstico del mismo. Resultados: Se realizó una revisión de la literatura sobre el tema, en el cual se aborda la problemática del riesgo anestésico en el paciente quirúrgico y las diferentes variables que sobre él influyen. Conclusiones: Se concluye que el riesgo es un factor muy importante a la hora de tomar en consideración las medidas generales y específicas para minimizar las complicaciones peri operatoria. [8]

En España, Riera M., Ibáñez J., Molina M., Sáez J., Herrero J., Carrillo A., Campilloc C. y Bonnín O. (2009), desarrollaron la investigación titulada: Anemia pre-operatoria en la cirugía coronaria: ¿un factor de riesgo? El objetivo fue analizar la asociación de la anemia preoperatoria con las complicaciones postoperatorias y la mortalidad hospitalaria en los enfermos operados de cirugía coronaria aislada en el Hospital de Son Dureta. Material y métodos: Se incluyeron en este estudio todos los pacientes operados de cirugía coronaria aislada con circulación extracorpórea desde noviembre de 2002 hasta junio de 2007. La anemia preoperatoria se definió según los criterios de la OMS como una hemoglobina inferior a 13 g/dl en los hombres e inferior a 12 g/dl en las mujeres. Los efectos adversos postoperatorios cardíacos y no cardíacos se analizaron en función de la presencia o ausencia de la anemia preoperatoria y de la estratificación del riesgo quirúrgico, sobre la base del valor del Euro SCORE logístico. Resultados: Se incluyeron 623 pacientes. La incidencia de anemia preoperatoria fue del 34,5%. Esta incidencia fue mayor en pacientes con Euro SCORE de 4 o más que con Euro SCORE inferior a 4 (el 41 y el 27%; p=0,0001). No hubo diferencias significativas entre la incidencia de complicaciones postoperatorias de los pacientes con anemia y sin anemia. La estancia media hospitalaria fue más larga en los pacientes con anemia preoperatoria que en los pacientes sin ella. La mortalidad hospitalaria fue del 0,8% (intervalo de confianza del 95%: 0,3–1,9). No hubo diferencias en la mortalidad de los pacientes con anemia preoperatoria y sin anemia preoperatoria (el 0,9 y el 0,7%; p=0,8). Conclusiones: La anemia preoperatoria en los pacientes operados de cirugía coronaria aislada no se asoció con una mayor morbimortalidad hospitalaria, aunque la estancia hospitalaria fue más larga. La limitación del tamaño de la muestra impide confirmar que la anemia preoperatoria sea o no un factor de riesgo en la cirugía coronaria. [9]

En la ciudad de Cuba Fuentes E. y Jiménez R. (2003), realizaron el estudio: Riesgo quirúrgico en pacientes mayores de 60 años. El estudio fue prospectivo de 364 pacientes mayores de 60 años operados en el servicio de Cirugía General del Hospital Clinicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Al sexo femenino le correspondió el 55,2 % y al masculino el 44,8 %. El número de enfermos disminuyó con el aumento de la edad de 224 entre 60 y 69 años, 107 entre 70 y 79, a 33 en los mayores de 80. El análisis univariado demostró relación de las complicaciones y la mortalidad con la estadía preoperatoria ($p < 0,0005$), la presencia de neoplasias ($p < 0,005$) y la envergadura de la operación ($p < 0,05$). El índice de masa corporal mostró asociación con la mortalidad ($p < 0,05$). Con el análisis de la regresión logística se halló que el sexo ($p = 0,0105$) y la envergadura de la operación ($p = 0,0003$) influyeron en la probabilidad de complicaciones. El número de enfermedades asociadas ($p = 0,0187$) influyó en la probabilidad de mortalidad. La edad no demostró influencia sobre las complicaciones o la mortalidad ($p> 0,05$). Se concluye en que la edad *per se* no debe constituir contraindicación para la cirugía. [10]

1.1.2. Nacional

Dávila E. y Sebastini F. (2008), desarrollaron la investigación titulada: Factores de riesgo Biodemograficos que influyen en el riesgo quirúrgico de pacientes atendidos en el servicio de Cirugía - Hospital Nacional de Cajamarca. El objetivo fue determinar los factores como la edad, género, presencia de enfermedades asociadas y estilos de vida. Materiales y método: El estudio fue prospectivo transversal, cuantitativo. Se aplicó una encuesta para recabar la información a 112 pacientes atendidos entre los meses de octubre a diciembre 2007. Las variables del estudio correspondió a edad (de 40 a 75 años), género masculino – femenino, otras enfermedades presentes además del motivo de la cirugía. Resultados: Se encontró que el 58% fue de género masculino y la edad adulta correspondió al 65%. El 38% fue intervenido por

colelitiasis, el 28% por apendicitis, el 17% hernia inguinal, 14% limpieza quirúrgica (pie diabético, herida infectada). Las enfermedad asociadas de mayor prevalencia fueron hipertensión arterial el 25%, obesidad 20% hipercolesterolemia 18%, diabetes mellitus 26%, cardiopatía 17% y artritis 6%. Al realizar el análisis de regresión logística se halló que la edad (p = 0,0100) y la envergadura de la operación (p = 0,0025) asociaron al incremento del riesgo quirúrgico en la probabilidad de complicaciones. El número de enfermedades asociadas (p = 0,0187) entre ellas la hipertensión arterial y obesidad, al clasificar el riesgo quirúrgico con el método de la ASA (Sociedad Americana de Anestesiología), el 55% presentó grado III, 38% grado II y 7% grado I. Conclusiones: La edad y las enfermedades asociadas a la causa de la intervención muestran asociación significativa por lo que se recomienda el control de las enfermedades crónicas a la población. [11]

En Lima – Perú, Macedo V., Cornejo P., Ventura R. y Hinostroza E. (2005), investigaron: Propuesta de Valoración Preoperatoria. Objetivo: Diseñar dos grupos diferentes operados con riesgos quirúrgicos disímiles, uno en el límite normal y otro de alto riesgo. Materiales y métodos: Evaluaron dos grupos de pacientes de cien casos cada uno. El primer grupo de donantes renales sanos sometidos a Nefrectomía unilateral, fue estudiado en forma completa de acuerdo a un protocolo establecido. Analizaron protocolos y establecieron doce tipos de riesgos quirúrgicos, con una escala de riesgos de I a IV. En el segundo grupo de pacientes, de Cirugía Mayor Abdominal de alto riesgo, establecieron un método de puntuación que permitió establecer un pronóstico del paciente. Resultados: El estudio demostró diferencias de las evaluaciones preoperatorias. El primer grupo el 99,75% presentó riesgo I, mientras que en el otro grupo más del 40% presentó riesgos de II a IV. La morbi-mortalidad fue significativa en diferencia: 1% en los donantes y 19% en los de cirugía mayor. Solo en el segundo grupo se presentó mortalidad que alcanzó el 4%. Conclusiones: Los pacientes

del I grupo presentaron excelente evolución, los pacientes de alto riesgo presentaron alta morbimortalidad, la valoración de riesgo propuesta en este estudio debe ser usada en pacientes de alto riesgo ya que permite establecer el pronóstico de morbi-mortalidad. (12)

2.1.3. Local

Hasta la fecha, no se han encontrado estudios relacionados al tema de investigación, sin embargo en la práctica diaria se observa a la admisión de pacientes en el servicio de cirugía del Hospital de Apoyo II – ESSALUD, que son programados para intervenciones quirúrgicas y que presentan diversos problemas de salud que permiten ser clasificados como pacientes con riesgos a complicaciones en el trans-operatorio.

1.2. BASES TEÓRICAS:

1.2.1. Paciente Quirúrgico y periodo peri-operatorio

Es el paciente que después de haber sido evaluado por el cirujano y determinado la necesidad de una reparación o tratamiento quirúrgico, éste es ingresado a la Unidad de Cirugía para recibir los cuidados pre-quirúrgicos trans y posquirúrgicos según los protocolos de la institución hospitalaria.

- **Periodo Peri-operatorio**

Comprende tres periodos:

a) Pre-operatorio: Comienza con la decisión del cirujano de efectuar la intervención quirúrgica y termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones, tanto administrativas, como clínicas del paciente sometido a una cirugía. El manejo del cuidado del paciente se planifica con base en la historia médica del paciente realizándose una valoración integral para planificar y dar comienzo a las intervenciones.

b) Trans-operatorio: Comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano, y termina cuando se pasa al paciente a la sala de recuperación. Durante este periodo es donde se realiza la anestesia y la cirugía propiamente dicha.

c) Post-operatoria: Comienza con las trasferencias del paciente operado de sala de recuperación y termina con la valoración seriada en el centro hospitalario o clínica o en el hogar. Esta etapa puede ser variable y su tiempo está relacionado con la complejidad de la cirugía propiamente dicha. [13]

1.2.2. Tipos de intervención quirúrgica:

Según el tiempo:

- Emergencia: las que se realizan inmediatamente para salvar la vida del paciente.
- Urgente u obligadas: las que deben realizarse dentro de un lapso de 24 hrs.
- Electivas: La cirugía electiva es el nombre que se le da a toda aquella cirugía que no es de emergencia y que pueda ser demorada al menos por 24 horas. Son las que pueden esperar tomando en cuenta la conveniencia del cirujano y del enfermo o circunstancia institucionales.

Según sus efectos:

- Curativo: detener o extirpar.
- Paliativas: aliviar los síntomas.
- Diagnóstica: para determinar el origen de los síntomas o la extensión de una lesión o enfermedad.

Según el grado:

- Mayor: cirugía cardiovascular.
- Menor: extirpación de quiste sebáceo.

Según su complejidad:

- General
- Especializada

Según la evidencia:

- Interna y externa

Según la implicación orgánica:

- Reconstructiva.
- Constructiva. [14]

1.2.3. Cuidados pre-operatorios

- **Definición**

  Es la preparación quirúrgica estandarizada de acuerdo a los protocolos específicos de preparación quirúrgica que se realiza al paciente que ingresa a un servicio o unidad de cirugía.

  La enfermera quirúrgica ha de conocerlos para poder evaluar la preparación del paciente. A continuación detallamos la preparación quirúrgica estandarizada para pacientes que van a ser intervenidos. La enfermera de la Unidad de Hospitalización comprueba que el paciente, en su historia clínica, tiene realizadas todas las pruebas preoperatorias y si es una intervención urgente, lo tramitará.

- **Componentes de la valoración preoperatoria**

  Los componentes de la valoración preoperatoria recomendados son: revisión de historia clínica, anamnesis, examen físico, solicitud de pruebas complementarias: radiografía de Tórax, electrocardiograma y pruebas analíticas como: hemograma, pruebas básicas de coagulación, urea, creatinina y glicemia. Incluye además establecer el riesgo anestésico-quirúrgico, información al paciente, obtención de su consentimiento informado y la pre-medicación anestésica. La revisión de la historia clínica y la anamnesis deberían detectar posibles alteraciones patológicas, hábitos tóxicos, alergias, antecedentes médicos, quirúrgicos y transfusionales, antecedentes anestésicos propios y familiares, medicaciones concomitantes y el grado de ansiedad. [15]

  Pruebas preoperatorias:

  1. Analítica: hematimetría completa / pruebas de coagulación / bioquímica.
  2. Rx. de tórax.

3. Electrocardiograma

Si el paciente precisa canalización de vía periférica antes de acudir a quirófano, se le canalizará preferentemente un calibre 18 G en el lado opuesto a la zona de intervención y en la porción distal del miembro superior. Está protocolizado colocar al paciente medias o vendaje compresivo para prevenir trombo embolismos en intervenciones que puede darse un éxtasis venoso, como la posición de litotomía, cirugía pelviana, cirugía de larga duración, laparoscopia pelviana o abdominal, cirugía que implique posición de Fowler y cualquier persona que tenga dificultad en el retorno venoso o varices. [16]

Preparación quirúrgica en intervenciones urgentes y programadas: Antes de ser intervenido, al paciente se le realizaran las técnicas y pruebas que se detallan a continuación:

1. Verificación de la intervención a realizar
2. Toma de constantes vitales
3. Cumplimentar el Registro Quirúrgico de Enfermería, con los datos solicitados.
4. Realizar la preparación del campo operatorio
5. Asegurarse de que el paciente no lleva puesto: dentadura postiza, reloj, anillos, cadenas, horquillas, lentillas, piercing. Todo lo retirado debe ser entregado a la familia
6. Administrar la medicación que este pautada o se haya de administrar por Protocolo

7. Registrar los cuidados realizados 8. Avisar a Quirófano, si procede.

Además el enfermero (a) debe ayudar al paciente a comprender los factores de estrés, a buscar mecanismo de afrontamiento y alivio del dolor cuando regrese a piso luego de la intervención quirúrgica.

1.2.4. Riesgo Quirúrgico

- **Definición de riesgo quirúrgico**

  Riesgo es toda posibilidad de que algo negativo o inesperado suceda. En cirugía, puede definirse como la probabilidad de sufrir complicaciones o muerte como consecuencia del acto anestésico-quirúrgico. Toda cirugía conlleva un riesgo, en tanto supone una agresión que modifica diversos acontecimientos biológicos. [17]

- **Clasificación del riesgo quirúrgico:**

  Existen diversas clasificaciones del riesgo quirúrgico, en función de su origen, de los efectos de la cirugía y de las circunstancias de presentación. Cada uno de ellos tiene un significado variable, desde el punto de vista del enfermo y del médico. Todos los riesgos son importantes para el individuo. Todos pueden ser motivo de estudio, pero es evidente que es el riesgo vital el que tiene mayor valor clínico y estadístico.

  El riesgo es absoluto o relativo cuando se valora, respectivamente, de forma aislada o relacionándolo con el beneficio o con la gravedad de la enfermedad. En función del momento de presentación, el riesgo puede definirse como inmediato cuando se presenta en las primeras 48 horas de la cirugía, como precoz si aparece entre los 3 y 30 días y como tardío, si lo hace un mes después de la intervención. [18]

  Sin embargo a efectos de valorar los factores derivados de la patologías asociadas del paciente, se suele utilizar una escala denominada ASA elaborada y recomendada por la Sociedad

Americana de Anestesiología que selecciona a los pacientes según su estado físico (ver Tabla A):

Tabla A. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES SEGÚN MÉTODO ASA (Sociedad Americana de Anestesiología).

Clase I	Paciente saludable no sometido a cirugía electiva
Clase II	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
Clase III	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, ángor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
Clase IV	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardiaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
Clase V	Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial
Clase VI	Paciente declarado con muerte cerebral y que donará sus órganos con el propósito de trasplante.

Tomado de: NOM -170-SSA1-1998, ASA, 2011 y Guía NICE, 2003 Clínica Guideline 3, Halabe Cherem Jáuregui Flores Luis Alberto, 2010.

- **Objetivos de la evaluación del riesgo quirúrgico**

El cuidado anestésico es un proceso que abarca tres etapas pre, trans y post-anestésica y es realizada por el médico

anestesiólogo. Los principales objetivos en la evaluación del riesgo son:

1.- Determinar si existen factores de mal pronóstico con el objeto de corregirlos o mejorarlos y tener mayores probabilidades de éxito

2.-Decidir que pacientes requieren manejo peri operatorio intensivo

3.- Toma de decisiones en cuanto a la técnica anestésica y cuidados peroperatorios

4.- Decidir qué estudio y que interconsulta se requiere.

La Sociedad Americana de Anestesia (ASA) recomienda la clasificación de riesgo anestésico de acuerdo al estado físico del paciente, circunstancias que pueden afectar las decisiones sobre el riesgo operatorio y el manejo, a través de una escala que califica del 1 al 6 según su estado clínico como se describe en el tabla A.

- **Valoración del riesgo según criterios**

La cuantificación del riesgo es obligada ya que estratifica la población quirúrgica, conocen sus características y permiten la realización de estudios comparativos; identifica a los pacientes con mayor o menor riesgo, influye en la toma de decisiones y en la selección de la técnica operatoria que tenga las menores consecuencias fisiopatológicas y la mayor eficacia y determina los enfermos que se beneficiaran de cuidados postoperatorios. Además, la clasificación de los pacientes por su riesgo es obligada antes de cualquier intervención.

La valoración del riesgo puede hacerse siguiendo criterios subjetivos y objetivos:

a) **Valoración subjetiva**: se basa en el estado general del enfermo y los efectos locales y sistémicos de la enfermedad, en el tipo de intervención, en los hallazgos analíticos e instrumentales y en la experiencia del examinador. Permite clasificar a los pacientes como de riesgo alto, moderado o bajo y, por tanto, señala el grupo de pacientes con mayores o menores probabilidades de sufrir complicaciones postoperatorias. Sin embargo, su utilidad real puede ser limitada, ya que el paciente puede tener enfermedades ocultas que los estudios preoperatorios rutinarios no identifican.

b) **Valoración objetiva:** Da un valor numérico a cada uno de los hallazgos clínicos, exploratorios y analíticos eliminando, así, el factor subjetivo. La suma de todos ellos permite obtener una cifra que cuantifica el riesgo de cada paciente. El mayor nivel de objetividad se consigue con sistemas matemáticos basados en el empleo de técnicas estadísticas de regresión logística múltiple.[18]

El sistema actual, APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II), es una modificación en la que se definen y cuantifican 12 parámetros o mediciones fisiológicas, determinados en las 24 horas iniciales del ingreso, a los que se añade la valoración de la edad y la presencia de enfermedades crónicas asociadas. La suma final superior a 35 puntos supone un alto riesgo de mortalidad.

Es una forma de evaluación y clasificación del índice de gravedad de la enfermedad, y tiene como objetivo principal la descripción cuantitativa del grado de disfunción orgánica de pacientes gravemente enfermos, gravedad que es traducida en valor numérico a partir de

las alteraciones clínicas y de laboratorio existente o del tipo/número de procedimientos utilizados.[19]

El APACHE II es aplicado para evaluación de la gravedad clínica y puntuación de mortalidad estimada en tres grupos: tratamiento clínico, cirugía de urgencia y cirugía electiva.

Las 12 mediciones fisiológicas de rutina son:

1. Temperatura del cuerpo
2. Presión arterial media (PAM)
3. Frecuencia cardíaca
4. Frecuencia respiratoria
5. Oxigenación
6. pH arterial
7. Sodio plasmático (Na)
8. Potasio plasmático (K)
9. Creatinina
10. Hematocrito
11. Recuento de Leucocitos
12. Escala de Coma de Glasgow (GCS)

Luego el puntaje del score es calculado (ver Anexo 4). [20]

1.2.5. Factores del riesgo quirúrgico:

Son factores de riesgo todos aquellos elementos que acentúan la agresión quirúrgica o que limitan la respuesta del organismo a la agresión, sea cual sea su mecanismo de acción. Tienen tres orígenes: el enfermo, la enfermedad y la cirugía. Estos tres grupos de factores están estrechamente relacionados, de tal forma que la acción de uno modifica los efectos o la importancia de los otros. La importancia de cada uno de estos grupos de factores varía en cada caso. Sin embargo, se puede aceptar que es la situación del enfermo, como suma del estado de sus

órganos y sistemas y los efectos producidos por la enfermedad, el elemento más importante. [21]

Factores de riesgo biológico del paciente quirúrgico:

El estado general y la función de los órganos que van a participar activamente en la reacción postquirúrgica son aquí esenciales:

1. **Edad:** Todos los estudios confirman que la mortalidad es alta en edades extremas y que se incrementa de forma progresiva con la edad.

   En el recién nacido y en el prematuro, los riesgos dependen de la inmadurez metabólica hística y de las deficiencias en la regulación del calor corporal y de la glucemia. En el anciano, el riesgo se relaciona con los factores degenerativos propios del proceso de envejecimiento que afectan al sistema nervioso central, al aparato locomotor, al aparato digestivo, y al respiratorio así como a la función renal.

   También, con la presencia de enfermedades asociadas de tipo cardiovascular y respiratorio. Además, suelen necesitar medicación específica, lo que puede originar problemas de interrelación e incompatibilidad medicamentosa.

   Son pacientes con una significativa labilidad postquirúrgica en los que las complicaciones anestésicas, quirúrgicas, neurológicas y cardiorrespiratorias adquieren gran importancia. [22]

- **Enfermedades asociadas**
  - **Obesidad:** Supone, también un alto riesgo quirúrgico. Por un lado, porque la abundancia de panículo graso produce una marcada liposolubilización de los agentes anestésicos. Por un lado aumenta el riesgo anestésico y por otro crea

dificultades técnicas. Son sujetos con frecuentes enfermedades asociadas de tipo cardiovascular, pulmonar, osteoarticular y metabólico. Son aquí frecuentes las complicaciones postoperatorias de tipo trombótico y respiratorio. La infiltración grasa de los tejidos justifica, también, la mayor tasa de infecciones de la herida quirúrgica.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m2).

"Un IMC igual o superior a 25 kg/m2 determina sobrepeso y la obesidad es igual o superior a 30 kg/m2. El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades". [23]

- **Desnutrición**: Es elevada la incidencia de complicaciones infecciosas, pulmonares y locales, como consecuencia de la hipoproteinemia, déficit de albúmina y de la atrofia muscular, de la falte de depósitos de energía y de la frecuente coexistencia de déficit inmunológico.

- **Diabetes Mellitus**: La agresión quirúrgica, altera la evolución de la diabetes, al originar elevaciones significativas de la glucemia por mecanismo hormonal y nervioso, que tienen que ser vigiladas y tratadas a tiempo. La hiperglicemia compromete la capacidad del organismo para combatir la infección mediante la alteración de la

función de los granulocitos en cuanto a la adherencia y la fagocitosis de las bacterias.

- **Enfermedad cardiovascular:** El enfermo cardiaco que es tratado quirúrgicamente, tiene un elevado riesgo operatorio que se relaciona con la acción depresora de la anestesia sobre el tejido miocárdico y nervioso, sobre las resistencias periféricas y sobre el ritmo cardiaco, especialmente en pacientes con medicación vascular asociada. La presencia de infarto reciente, especialmente en los seis meses previos a la cirugía, de arritmias, de insuficiencia cardiaca congestiva, de estenosis aórtica grave y de hipertensión arterial descontrolada, agrava significativamente los riesgos.

  También señalar que la pérdida de volumen tanto de sangre como de líquidos puede desencadenar insuficiencia cardiaca.

- **Enfermedad respiratoria:** Los pacientes que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica tienen una elevada tasa de complicaciones, habitualmente respiratorias y un significativo aumento de los índices de mortalidad a causa de la de la acción física de la ventilación artificial y por la acción depresora de la anestesia y de los cambios del funcionalismo respiratorio provocados por la cirugía, por la incisión, por el dolor y por los vendajes.

  Los factores de riesgo más frecuentemente asociados a complicaciones Pulmonares en cirugías no cardíacas son:

  1. Edad de 60 años o más
  2. ASA II o más
  3. Enfermedades cardiovasculares

4. Tipo de cirugía: Abdominales, neurológicas, pulmonares, cabeza y cuello.
5. Urgencias quirúrgicas
6. Cirugías con anestesia general
7. Cirugías prolongadas (> 3 horas) [24]

- **Enfermedad renal:** En pacientes con enfermedad renal, la agresión quirúrgica puede dañar, aún más, la función renal al producirse trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base, el conocimiento de la enfermedad renal y la valoración de los factores de riesgo permite tomar medidas de conducción que impida o disminuya el daño.

- **Enfermedad hepática:** La hepatopatía crónica y en mayor grado, la aguda son factores asociados de alto riesgo operatorio, ya que acentúan el riesgo anestésico y se asocian a desnutrición, a hipoalbuminemia y a trastornos de la coagulación. Por otro lado, el acto quirúrgico puede acentuar la disfunción hepática al reducir el flujo glandular y al originar lesión hepatocelular. La incidencia postoperatoria de hemorragia digestiva y de encefalopatía, de infecciones y de alteraciones en la cicatrización es elevada. La posibilidad de que se produzcan alteraciones de la conducta en el postoperatorio es, también, importante.

- **Situación inmunológica:** Es un factor de gran importancia pronostica. Hay una clara relación entre el grado de depresión inmunológica y la morbilidad postoperatoria, especialmente de tipo infeccioso. Una alta proporción de los enfermos intervenidos tiene algún grado de alteración inmunológica, generalmente relacionado con la desnutrición, la medicación, el cáncer o la sepsis. La

agresión quirúrgica produce un descenso de la respuesta inmunitaria.

- **Otros factores asociados:**

  - **Estilos de vida:**

    Según la Organización Panamericana de la salud y la Organización Mundial de la Salud, los Estilos de Vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población.

    Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles.[25]

    Al respecto se han considerado como dimensiones:

    - Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y drogas
    - Actividad física
    - Uso del tiempo libre
    - Hábitos alimenticios [26]

Con referencia de aquellos que están directamente relacionados al tema de estudio, se consideran:

a. **Consumo de alcohol.** La ingesta habitual de alcohol supone la presencia de una hepatopatía y de una posible respuesta anómala a la medicación en general y a la anestesia en particular. La ingesta de drogas se acompaña de efectos similares a los que se unen los trastornos inmunológicos derivados del SIDA.

b. **Consumo de tabaco.** El tabaco se asocia frecuentemente a problemas cardiovasculares y respiratorios y a cuadros de tos expectoración postoperatoria. Así mismo, la nicotina afecta el proceso de cicatrización y está relacionado con el aumento de las infecciones de herida quirúrgica.

   Además el consumo de tabaco es uno de los mayores factores de riesgo en el origen de la arteriosclerosis coronaria y el desarrollo de enfermedad coronaria que cada año es uno de los principales indicadores de morbimortalidad en el Ecuador.

   El tabaco y las complicaciones quirúrgicas

   - Las complicaciones quirúrgicas aumentan la duración de la hospitalización de los fumadores de 2 a 3 días en promedio.
   - Los riesgos vinculados a una mala cicatrización aumentan entre 200 a 400%.
   - Riesgos de apertura de la sutura digestiva.
   - Riesgos de eventración.

   Así también, el tabaquismo puede aumentar el riesgo de padecer diferentes tipos de cáncer, incluidos los de

pulmón, boca, laringe, esófago, vejiga, riñones, páncreas, cuello uterino. Igualmente, aumenta el riesgo de problemas pulmonares, como enfisema y bronquitis crónica, y hace que el asma sea más difícil de controlar.[27]

c. **Hábitos alimenticios inadecuados:**

La alimentación inadecuada como consumo de alimentos con alto contenido de carbohidratos, azúcares, grasas, ocasionan una acumulación de grasa en las arterias (ateromas) y otros vasos sanguíneos, además de producir obesidad. La obesidad es una enfermedad que se manifiesta por la presencia de un porcentaje anormalmente elevado de la grasa corporal y puede ser generalizada o localizada, por ello, la obesidad es una enfermedad considerada como aquella que contribuye al incremento del riesgo de los pacientes quirúrgicos.

La obesidad es el resultado de malos hábitos adquiridos a lo largo de la vida. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente, acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.[28]

- **Riesgos dependientes de la enfermedad:**

Cada enfermedad tiene sus riesgos. En general, están relacionados con los efectos locales y sistémicos originados por la enfermedad. Lógicamente, su importancia depende del tipo de patología, del tiempo de su actuación y del estado

general del paciente. Las enfermedades neoplásicas producen repercusiones generales y orgánicas de acuerdo a sus características histopatológicas, a su extensión, al lugar sobre el que asientan y a la función que alteran. En general, la neoplasia condiciona un estado de hipo nutrición y de pérdida de peso, junto con la afectación del estado general y de la actividad inmunológica.

Los pacientes con enfermedades infecciosas e inflamatorias deben considerarse como graves, ya que los efectos que padecen antes de la cirugía se acentuarán con ella. Entre ellos están, el estado hipermetabólico, la liberación de mediadores químicos y biológicos, el secuestro de líquidos, iones y proteínas en la zona inflamada y la proliferación bacteriana.

En los traumatismos, la agresión quirúrgica se superpone a la acción traumática y a las consecuencias derivadas de ella. Los riesgos de infección y de hemorragia son elevados. [29][30]

Por todo lo mencionado, el proceso de estratificar los riesgos antes de la cirugía no es intuitivo y depende en gran medida de escalas para estimación de riesgos. El método de la American Society of Anesthesiology (ASA), constituye una categorización de los pacientes fácil de realizar y que brinda una excelente idea general del estado del paciente y su correlación con el riesgo de mortalidad operatoria. Por esta razón, continúa siendo parte de los informes de valoración anestésica preoperatorio en la mayoría de los hospitales. Es de rutina y prácticamente obligatorio la solicitud de una Radiografía de Tórax y electrocardiograma, los cuales forman parte de los criterios de base para estimación de riesgo preoperatorio, como es el caso de los métodos de la ASA y el Índice de Goldman (se utiliza para la clasificación del riesgo cardiaco). [31]

1.3. MARCO CONCEPTUAL

Definición de términos

- Alcohólico: Es un síndrome de dependencia del alcohol (SDA) descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol. (OMS)
- Enfermedades asociadas o pre-existentes: Son otras enfermedades que presentan los pacientes hospitalizados además de la causa o motivo de la cirugía programada. Estas pueden ser hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular, asma, etc.
- Escala ASA: Es un instrumento utilizado mundialmente por anestesiólogos para categorizar la condición física de los pacientes previos a cirugía.
- Estilos de vida: Son las prácticas, conductas, comportamiento, hábitos de vida de las personas y que pueden ser saludables o no saludables. En el presente estudio son aquellos hábitos que los pacientes al momento de ser hospitalizados refieren como consumir alcohol, tabaco y alimentos dañinos para su salud como también realizan buenas prácticas, siendo protectores para su salud.
- Evaluación preoperatoria: Es un proceso que trata de identificar la presencia de factores determinantes de riesgo preoperatorio, cuya detección y corrección permiten la disminución de la morbimortalidad.
- Fumador: Es aquel paciente que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses (OMS).
- Paciente quirúrgico: Es la persona que va a someterse a una intervención quirúrgica o está siendo sometido o ha sido sometido a una intervención quirúrgica.
- Riesgo biológico: Son los atributos del paciente relacionados a la edad, sexo, estado nutricional, enfermedades asociadas, que

presenta el paciente quirúrgico y que pueden influir en el mayor riesgo quirúrgico.

- Riesgo quirúrgico: Es la probabilidad de que el paciente pueda sufrir complicaciones o muerte como consecuencia del acto anestésico-quirúrgico y es valorado por el médico anestesiólogo mediante escalas en el periodo preoperatorio.
- Valoración del riesgo quirúrgico: Es la evaluación médica preoperatoria para determinar el grado de riesgo que entraña un procedimiento quirúrgico y que se ve afectado por la edad, el estado nutricional, la situación inmunológica, enfermedades concomitantes, estrés quirúrgico, además de otros factores dependientes de la cirugía como indicación (urgente o programada) y envergadura (cirugía mayor, mediana o menor).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. AMBITO

El estudio se desarrolló en el Hospital de Apoyo II ESSALUD – Pucallpa, ubicado en la Av. Lloque Yupanqui N° 510 Coronel Portillo – Callería, Provincia de Coronel Portillo – Dpto. Ucayali.

El Hospital tiene una capacidad de atención diaria de 600 pacientes, cuenta con los servicios de hospitalización: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Pediatría Y Neonatología, siendo los consultorios externos de Medicina, Cirugía, Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, Nefrología, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología.

El horario de atención en consultorios externos es de 7:00 am a 5:00 pm. y en los servicios de hospitalización las 24 horas del día.

El servicio de cirugía atiende un promedio de 25 pacientes al día. Los procedimientos quirúrgicos frecuentes son: apendicetomías, colecistectomías, hernioplastía, prostatectomía, histerectomías, amigdalectomias, etc.

Laboran un total de 5 enfermeras (os) y 10 cirujanos y 05 técnicos en enfermería.

2.2. POBLACION

La población estuvo conformada por un total de 180 pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía – Hospital de apoyo II - ESSALUD,

entre los meses de agosto y setiembre del presente año para someterse a cirugía electiva, según información de la unidad de estadística del hospital.

2.3. MUESTRA

El muestreo fue por conveniencia, es decir no aleatorio, considerando que los elementos muestrales debían de cumplir con ciertos atributos o criterios de inclusión para lograr los objetivos del estudio, siendo los siguientes:

Criterios de Inclusión:

- Edad entre 18 a 75 años de ambos sexos
- Pacientes que estén lúcidos en condiciones de responder las preguntas.
- Pacientes acepten participar, dando su consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes de otras edades
- Pacientes no lúcidos o con TEC moderado a grave
- Pacientes que no deseen participar del estudio

Quedando conformada la muestra por 120 pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión

2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es no experimental de nivel descriptivo, transversal y cuantitativo.

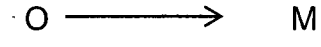
Es no experimental, porque no se realizó manipulación de la variable. Es descriptiva porque se explica las características de la variable factores bilógicos y estilos de vida que incrementan el riesgo quirúrgico de los pacientes programados para ser intervenidos en el Hospital ESSALUD.

Es transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento, en el periodo pre-quirúrgico (paciente hospitalizado en el servicio de cirugía en espera de ser intervenido), luego de la evaluación del riesgo quirúrgico por él cirujano.

Es cuantitativo porque la variable es medible y cuantificable.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION

Según el tipo de estudio, el diseño que le corresponde es el siguiente:



O: Observación de las características de la variable: factores bilógicos y estilos de vida que incrementan el riesgo quirúrgico de los pacientes

M: Muestra (elementos de la muestra: 120)

2.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica que se utilizó, fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario (ver Anexo 1) que consta de 3 partes, siendo la primera: Datos generales del paciente: N° de cama, N° de H.Cl y fecha de admisión. La segunda parte comprende datos biológicos del paciente siendo la edad, el sexo, diagnóstico médico, otras enfermedades. La tercera parte corresponde a los datos clínicos. Comprende los antecedentes patológicos o enfermedades asociadas: Hipertensión arterial, Diabetes Tipo 1 o 2, obesidad, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, hepática, asma, alergias, etc.), además los resultados de los exámenes complementarios (Rx. de tórax, ecografías, EKG, examen completo de orina, hemograma, hematocrito, perfil lipídico, etc.). También se consideró la revisión del Formato de Evaluación

Preoperatoria Anestesiológica (ver Anexo 2) para la verificación del riesgo quirúrgico registrado por el médico anestesiólogo.

El cuestionario fue validado mediante juicio de expertos, contando con la participación de 04 enfermeras experimentadas (02 de centro quirúrgico y 02 del servicio de cirugía) y 02 cirujanos (01 anestesiólogo y un cirujano experto), que laboran en el Hospital ESSALUD, obteniéndose un puntaje promedio de 17 el cual indica que es un instrumento válido. Luego se realizó el procedimiento estadístico para determinar su valides (contenido y constructo) y confiabilidad obteniéndose el puntaje K_{20} = 0.67 (se aplicó la fórmula de Kuder-Richardson Formula 20, Coeficiente del Alfa de Cronbach con un valor dentro del rango aceptable, quedando listo el instrumento, procediéndose a su aplicación. Vale señalar que el Formato de Evaluación Preoperatoria Anestesiológica (anexo 2), es un instrumento estandarizado utilizado por el médico especializado, por tanto no se realizó ningún procedimiento estadístico ya que se utilizó solo como consulta por la información contenida respecto al riesgo quirúrgico del paciente.

2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizó los trámites administrativos, dirigiendo una solicitud al Director del Hospital ESSALUD adjuntando un ejemplar del proyecto aprobado, después de obtener la autorización correspondiente, se continuó con las coordinaciones con el médico cirujano y enfermera Jefe del Servicio de Cirugía, quienes finalmente procedieron a dar las facilidades para la aplicación del instrumento.

Antes de la recolección de datos, se identificó a los pacientes quirúrgicos de acuerdo a los criterios de inclusión, luego de explicarles el propósito del estudio, obtuvimos el consentimiento informado verbal. El tiempo de aplicación del instrumento fue de 25 minutos promedio y fue aplicado de lunes a sábado durante los meses de agosto y setiembre, considerando

la estancia del paciente durante el periodo pre-operatorio, en los diversos turnos (mañana, tarde o noche) según la demanda de ingresos de pacientes programados a cirugía electiva y ambulatoria.

2.8. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Culminada la recolección de datos, los instrumentos fueron previamente revisados pasando por un control de calidad, luego se codificó y se elaboró el plan de tabulación considerando los objetivos del estudio, diseñando las tablas y gráficos correspondientes; también se elaboró una base de datos en el programa SPSS Vs.22 para Windows y se ingresó toda la información. Se continuó con el procesamiento de la información de acuerdo a las características de la muestra. Una vez presentados en las respectivas tablas en frecuencias y porcentajes, se procedió al análisis e interpretación de los resultados.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tabla 1. Sexo por grupos de edad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II Es Salud, Agosto - Setiembre, Pucallpa -2016.

Grupos de edad	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 18 a 59 años	39	32.5	57	47.5	96	80.0
De 60 a 75 años	14	11.7	10	8.3	24	20.0
Total	53	44.2	67	55.8	120	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes, servicio cirugía - Hosp. EsSalud, agosto – setiembre, Puc.2016

Edad media: 45.4 Edad máx.: 75 años Edad mínima: 19 años Desv. Est.:14.7

Los resultados que se muestran en la tabal 1, sobre los pacientes quirúrgicos nos revela que la edad mínima fue 19 años, la máxima 75 años, el promedio de edad (media) =45.4 años, estando el mayor porcentaje (55.8%) representado por el sexo femenino y el mayor grupo de edad de 18 a 59 años (80%) del total de la muestra; así mismo destaca con el 47.5% el grupo femenino del mismo grupo de edad.

Al revisar los antecedentes para la presente investigación, se encontró que los resultados encontrados por Dávila E. y Sebastini F. (2008)[32], cuando investigaron: Factores de riesgo Biodemograficos que influyen en el riesgo quirúrgico de pacientes atendidos en el servicio de Cirugía - Hospital Nacional de Cajamarca – Perú, difieren con los nuestros respecto al sexo, encontrando

que el 58% fueron de género masculino. En cuanto a la edad, fue la etapa adulta la de mayor presencia (65% de la muestra).

En el estudio realizado por Calderón, M. (2015)[33] sobre complicaciones durante la estancia hospitalaria y factores asociados al retraso en la resolución quirúrgica en Ecuador; el grupo de edad oscilo entre los 12 y 65 años de edad.

De otra parte el estudio desarrollado en Cuba por Fuentes E. y Jiménez R. (2003)[34], sobre riesgo quirúrgico en pacientes mayores de 60 años, encontraron que de una muestra conformada por 364 pacientes, el sexo femenino estuvo representada por el 55,2 % y el masculino por el 44,8 %. El número de enfermos disminuyó con el aumento de la edad de 224 entre 60 y 69 años, 107 entre 70 y 79, a 33 en los mayores de 80.

Estos datos, al ser comparados con los encontrados en el presente estudio, nos permiten confirmar que entre las características demográficas del Dpto. de Ucayali es la presencia de una población joven y aunque en la pirámide poblacional que publica el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI-2015, 2016)[35,36] revela que, es el sexo masculino de mayor presencia (15' 772, 385: hombres, 15' 716, 385: mujeres) y que el grupo de mayor representatividad se encuentra entre los 15 a 64 años de edad; sin embargo son las de sexo femenino quienes presentan mayor morbilidad según nuestros resultados, en una población asentada en el distrito de Callería - Provincia de Coronel Portillo, Región de Ucayali.

Tabla 2. Enfermedades preexistentes según grupos de edad en pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, Pucallpa - 2016.

Grupos de edad / Enfermedades preexistentes	De 18 a 59 años				De 60 a 75 años				Total	
	Si		No		Si		No			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diabetes	12	10.0	84	70.0	8	6.7	16	13.3	120	100
Hipertensión arterial	11	9.2	85	70.8	12	10.0	12	10.0	120	100
ECV (*)	5	4.2	91	75.8	5	4.2	19	15.8	120	100
Anemia	18	15.0	78	65.0	7	5.8	17	14.2	120	100
Cáncer	9	7.5	87	72.5	4	3.3	20	16.7	120	100
Obesidad	41	34.2	55	45.8	9	7.5	15	12.5	120	100
Desnutrición	4	3.3	92	76.7	0	0.0	24	20.0	120	100
Hepatitis	4	3.3	92	76.7	3	2.5	21	17.5	120	100
Alergias (**)	32	26.7	64	53.3	3	2.5	21	17.5	120	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes, servicio cirugía - Hosp. Essalud, agosto – setiembre, Puc. 2016
(*) Enfermedad cardiovascular
(**) A alimentos: pescado, mariscos, huevo.
A medicamentos: penicilina, aspirina.

En la Tabla 2, observamos que en primer lugar se ubica como enfermedad preexistente la obesidad (según IMC) con un alto porcentaje (34.2%) presente en el grupo de 18 a 59 años de edad, mientras en el grupo de 60 a 75 años está presente en el 7.5%. En segundo lugar se encuentran las alergias (29.2%) y anemia (20.8 %) para ambos grupos de edad.

Estos resultados están muy relacionados con los hábitos de alimentación que tienen los pacientes quirúrgicos, además de las otras dimensiones de los estilos de vida que se analizan en la tabla 4 y que además guardan relación con los hallazgos en la tabla 3 sobre la enfermedad actual de los pacientes

quirúrgicos motivo de hospitalización, además existe un porcentaje representativo de pacientes con sobrepeso (ver Anexo 5).

Al respecto Dávila E. y Sebastini F. (2008)[37], cuando desarrollaron la investigación titulada: Factores de riesgo Biodemograficos que influyen en el riesgo quirúrgico de pacientes atendidos en el servicio de Cirugía - Hospital Nacional de Cajamarca, las enfermedad asociadas de mayor prevalencia fueron hipertensión arterial el 25%, obesidad 20% hipercolesterolemia 18%, diabetes mellitus 26%, cardiopatía 17% y artritis 6%.

Del mismo modo. Riera M., Ibáñez J et al (2009)[38] cuando desarrollaron en España una investigación sobre: Anemia pre-operatoria en la cirugía coronaria: ¿un factor de riesgo?, encontraron alta incidencia (34.5%) de anemia preoperatoria, así mismo Fuentes E. y Jiménez R. (2003) [39], al realizar en Cuba sobre: Riesgo quirúrgico en pacientes mayores de 60 años, encontraron relación de las complicaciones y la mortalidad ante la presencia de neoplasias ($p < 0,005$) y el índice de masa corporal mostró asociación con la mortalidad ($p < 0,05$). El número de enfermedades asociadas ($p = 0,0187$) influyó en la probabilidad de mortalidad.

García F. [40] refiere que en EE UU, el 34% de la población tiene sobrepeso y el 27%, obesidad, por tanto la obesidad y el sobrepeso en adultos están asociados a grandes disminuciones en la expectativa de vida, también Contreras M. (2010)[41], destaca un importante número de diagnósticos preexistentes o asociados, siendo 488, en 277 pacientes, con un promedio de 1,76 patologías por paciente, indicando que estadísticamente, la existencia de patología médica previa, constituye un riesgo relativo para la incidencia de complicaciones de un 3,05% en el paciente quirúrgico.

En cuanto a la presencia de cáncer en los pacientes con el 7.5% y 3.3% para ambos grupos también es importante denotar como unos de los factores biológicos que pueden incrementar el riesgo quirúrgico; así Salsona B. (2013) [42] afirma que los pacientes con enfermedades infecciosas e inflamatorias deben considerarse como graves, ya que los efectos que padecen antes de la

cirugía se acentuarán con ella. Entre ellos están, el estado hipermetabólico, la liberación de mediadores químicos y biológicos, el secuestro de líquidos, iones y proteínas en la zona inflamada y la proliferación bacteriana, que son manifiestos en estos pacientes. En general, la neoplasia condiciona un estado de hiponutrición y de pérdida de peso, junto con la afectación del estado general y de la actividad inmunológica

Así podemos afirmar que efectivamente, las enfermedades preexistentes como la obesidad, anemia, diabetes, cáncer y otras encontradas en el presente estudio, incrementan el riesgo quirúrgico como factor biológico en ambos grupos de edad y sexo.

Tabla 3. Enfermedad actual de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, Pucallpa - 2016.

Enfermedad actual (*)	N°	%
Abdomen agudo	2	1.7
Adherencias peritoneales	3	2.5
Apendicitis aguda	11	9.2
Hernia inguinal derecha, izquierda, bilateral, umbilical, ventral (**)	23	19.2
Colecistitis aguda	22	18.3
Colecistitis crónica	6	5.0
Colelitiasis aguda	12	10.0
Colelitiasis crónica	7	5.8
Fractura de cúbito, tibia y peroné, metatarsiano, falange de la mano, rodilla	7	5.8
Hiperplasia de próstata	6	5.0
Histerectomías (miomas, prolapso, quiste ovárico, emb. alto riesgo, embarazo ectópico).	18	15.0
Otros (limpieza Qx, implante, absceso perineal)	3	2.5
Total	120	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes, servicio cirugía - Hosp. Essalud, agosto – setiembre, Puc.2016

(*) Motivos de hospitalización según diagnóstico quirúrgico
(**) 14 casos en el sexo femenino y 9 en el masculino

En la tabla 3 se aprecia los resultados relacionados a la enfermedad actual que presentaron los pacientes quirúrgicos y que fueron motivos de hospitalización y programación operatoria. Como se ve, fueron 47 pacientes representados en el 39.1% que presentaron colecistitis tanto aguda y crónica, colelitiasis aguda y crónica, seguido de las hernias (19.2%).

Así Dávila E. y Sebastini F. (2008) [43], encontró que el 38% fue intervenido por colelitiasis, el 28% por apendicitis, el 17% hernia inguinal, 14% limpieza quirúrgica (pie diabético, herida infectada), también Macedo V., Cornejo P.,

Ventura R. y Hinostroza E. (2005) [44], en su estudio, encontraron que un mayor porcentaje de pacientes fueron sometidos a Cirugía Mayor Abdominal, calificándolos como de alto riesgo. Respecto a los casos de hernias, Ruiz De la Hermosa A. et al (2010)[45], señala que "la hernia aparece alcanzar su punto máximo en la quinta década de vida y es más común en mujeres", además las personas que presentan obesidad, son pacientes que suelen presentar hernias, siendo la más frecuente la hernia umbilical, que se manifiesta por la presión intra-abdominal ejercida por la obesidad es, entre otros factores, determinantes en la aparición de la hernia umbilical, caracterizada por protrusión o paso de tejido intestinal a través de una abertura anormal en la pared del abdomen.

Respecto a los casos de colecistitis tanto aguda y crónica, colelitiasis aguda y crónica (con su correspondiente tratamiento quirúrgico "colecistectomía") que presentaron los pacientes, Almora C. et al (2012)[46] afirma que es una de las cinco primeras causas de intervención quirúrgica a nivel mundial y que es más frecuente en mujeres que en varones, debido a tratamientos de reemplazo hormonal, siendo un factor de riesgo la multiparidad, con niveles de estrógenos séricos que incrementan la secreción de bilis sobresaturada de colesterol y los elevados niveles de estrógeno causan éxtasis. En cambio en el varón está relacionado con la obesidad, elevados niveles de triglicéridos, tabaquismo y diabetes mellitus.

En cuanto a los casos de fracturas, Cordero I., Pérez L. y Pérez G. (2007) [47], señala que en los traumatismos, la agresión quirúrgica se superpone a la acción traumática y a las consecuencias derivadas de ella. Los riesgos de infección y de hemorragia son elevados,por lo que, la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), considera en su clasificación como ASA II a los pacientes con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante y que esta puede o no relacionarse con la causa de la intervención; sin embargo no solo los pacientes presentaron las enfermedades preexistentes, mencionadas en la tabla 2, sino enfermedades de las vías biliares con altos niveles de colesterol (hipercolesterolemia) como resultado de los inadecuados estilos de vida que tienen los pacientes, como se observan en las tablas 4, 5 y 6 y que no

solo fueron causa o motivo de hospitalización sino que también incrementan el riesgo quirúrgico y por tanto habrá mayor estancia hospitalaria por el retraso en la recuperación.

Tabla 4. Características de los estilos de vida según grupo de edad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, Pucallpa - 2016.

Grupos de edad	De 18 a 59 años						De 60 a 75 años						Total	
Características de los estilos de vida	Si		No		A veces		Si		No		A veces			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Actividad Física:														
Practica algún tipo de deporte durante la semana	37	30.8	26	21.7	33	27.5	3	2.5	15	12.5	6	5.0	120	100
Realiza caminatas	55	45.8	19	15.8	22	18.3	13	10.8	3	2.5	8	6.7	120	100
Consumo de sustancias tóxicas:														
Consumen tabaco	8	6.7	74	61.7	14	11.7	3	2.5	18	15.0	3	2.5	120	100
Consumen bebidas lcohólicas	19	15.8	46	38.3	31	25.8	3	2.5	16	13.3	5	4.2	120	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes, servicio cirugía - Hosp.Essalud, agosto – setiembre, Puc. 2016

En la tabla 4, se observan los resultados sobre las características de los estilos de vida de los pacientes quirúrgicos en relación a la actividad física y consumo de sustancias tóxicas, encontrando que los del grupo de 18 a 59 años de edad sí practican deporte y realizan caminatas durante la semana en el 45.8% y 30.8% respectivamente, y lo realiza a veces el 27.5% y 18.33%, del mismo grupo. En tanto que el grupo de 60 a 75 años no lo realiza en su mayoría y en menor porcentaje si lo realiza y otros a veces.

De igual manera, los datos relacionados con el consumo de sustancias tóxicas nos muestran para el primer grupo de pacientes, que consumen tabaco a veces el 11.7% y en menor porcentaje (6.7%) sí consumen; en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas sí lo consumen el 15.8%, siendo el 25.8% que

lo consume a veces. En tanto que el segundo grupo es decir los de 60 a 75 años consumen a veces en un 4.2%, más el consumo de tabaco, el 2.5% de ellos lo consumen a veces.

Respecto a los resultados del presente estudio, García F. (2007)[48], encontró que el 43,7% de la población, no realizaba ninguna actividad física, el 32,4% consumía tabaco y el 62,4%, consumían bebidas alcohólicas. Este dato es similar al nuestro, pues la actividad física es muy importante para evitar la aparición de la diabetes y otros beneficios como favorecer la contracción de la vesícula y evitar la formación de cálculo vesicular.

En estudios previos también García F. encontró una fuerte asociación de la obesidad, el sedentarismo, el antecedente familiar de diabetes tipo 2, la edad mayor a 40 años y la ingestión de grasas saturadas con la diabetes mellitus, así como la de factores como la presencia de diabetes mellitus gestacional, la hipertensión arterial y la dislipidemia entre otros.

Como vemos, el consumo de alcohol y tabaco son factores de riesgo importantes para el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica y asociadas incrementan el riesgo quirúrgico, así Ekhard E. Ziegler y Filer, L.(2014)[49], afirma que las complicaciones quirúrgicas aumentan la duración de la hospitalización de los fumadores de 2 a 3 días en promedio, que los riesgos vinculados a una mala cicatrización aumentan entre 200 a 400%, así como al riesgo de apertura de la sutura digestiva y riesgos de eventración.

De otra parte se puede observar que a pesar que refieren realizar actividad física, sin embargo los resultados que se muestran en la tabla 3 nos confirman que no tienen tales hábitos o prácticas como sería lo esperado. Los resultados en la tabla 5, son evidentes que la gran mayoría de pacientes consumen alimentos grasos que si guardan relación con los diagnósticos quirúrgicos presentados en la tabla 3 y que conducen a la obesidad, sobrepeso e hipertensión arterial, como lo confirma Fuentes E. y Jiménez R. (2003) [50], que el índice de masa corporal mostró asociación con la mortalidad ($p < 0,05$), en su estudio desarrollado en Cuba.

Todos estos problemas de salud asociados demuestran que existe un incremento del riesgo quirúrgico en los pacientes.

Tabla 5. Tipos de alimentos que más consumen por grupos de edad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, Pucallpa - 2016.

Grupos de edad	De 18 a 59 años				De 60 a 75 años				Total	
	Si		No		Si		No			
Tipos de alimentos que más consumen	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comidas rápidas	55	45.8	41	34.2	7	5.8	17	14.2	120	100
Frituras en casa	69	57.5	27	22.5	11	9.2	13	10.8	120	100
Guisados	80	66.7	16	13.3	23	19.2	1	0.8	120	100
Embutidos (*)	96	80.0	0	0.0	22	18.3	2	1.7	120	100
Otros alimentos(**)	96	80.0	0	0.0	24	20.0	0	0.0	120	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes, servicio cirugía - Hosp. Essalud, Pucallpa, agosto - setiembre Pucallpa, 2016.

(*) Salchicha, jamón, chorizo, cecina

(**) Empanadas, kekes, snack, cremas

En la tabla 5, se presentan los datos relacionados a los tipos de alimentos y los grupos de edad, encontrando que la gran mayoría consumen alimentos hipercalóricos, siendo los que mayor consumen los pacientes de 18 a 59 años como los embutidos y otros alimentos (80%), así mismo las comidas preparadas en casa: frituras, guisados; también se observa que el 45.8% de estos pacientes consumen comidas rápidas.

En tal sentido, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2012) [51], han definido que los "Estilos de Vida" son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud y que están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional.

García F. (2007) [52], encontró en su estudio que la prevalencia de hipercolesterolemia fue 19,25% y la de hipertrigliceridemia, 27,7%. Esto es notablemente inferior a lo reportado en otro estudio similar realizado en el distrito de San Martín de Porres (22,7%). En poblaciones de ancianos mayores de 65 años de Lima se encontró 39% de hipercolesterolemia y 10,7% de hipertrigliceridemia.

López M. y Soto A. (2010)[53], señala que entre los factores ambientales y sociales que inducen obesidad se encuentran: el estilo de vida, el comportamiento alimentario, que con frecuencia, se traduce en ingestas calóricas excesivas e hipergrasas, el tamaño de las raciones, la accesibilidad de los alimentos, el ritmo de vida, la incorporación de la mujer al mundo laboral, con el consecuente aumento de las comidas rápidas (fast food) y el sedentarismo, entre otras, destacando que este tipo de comidas rápidas tiene en abundancia, grasas saturadas y colesterol, pero por ser comida económica y de fácil preparación, para nuestra sociedad se convierte en auténticas virtudes y ser consumidos por un amplio estereotipo de personas; desde adolescentes de precaria economía a trabajadores que carecen de tiempo para almorzar por sus exigentes jornadas laborales (Moliní, M., 2007) [54].

Así mismo, estos hábitos alimentarios que practican vienen acompañado del números de veces que consumen alimentos además de las raciones normales (desayuno, almuerzo y cena) por lo que es de importancia apreciar estos resultados en la tabla B, Anexo 6.

Al respecto, Contreras M. (2010)[57] al realizar su estudio: Evaluación médica preoperatoria, como predictor de riesgo quirúrgico y pre-quirúrgico, afirma que "el riesgo anestésico-quirúrgico es la posibilidad de que se produzcan complicaciones graves, especialmente la muerte, en el período perioperatorio. Este riesgo puede derivar del estado físico del paciente, de la anestesia y de la operación. El factor principal que determina el riesgo anestésico-quirúrgico es el estado previo del paciente", como ya hemos analizado líneas arriba.

También Macedo V., Cornejo P., Ventura R. y Hinostroza E. (2005)[58], encontraron en su estudio diferencias de las evaluaciones preoperatorias. El primer grupo el 99,75% presentó riesgo I, mientras que en el otro grupo más del 40% presentó riesgos de II a IV. La morbi-mortalidad fue significativa en diferencia: 1% en los donantes y 19% en los de cirugía mayor. Solo en el segundo grupo se presentó mortalidad que alcanzó el 4% y concluyen que "los pacientes del I grupo presentaron excelente evolución, los pacientes de alto riesgo presentaron alta morbimortalidad".

De otra parte Cordero I., Pérez L. y Pérez G. (2007)[59], señala que son factores de riesgo todos aquellos elementos que acentúan la agresión quirúrgica o que limitan la respuesta del organismo a la agresión, sea cual sea su mecanismo de acción y tienen tres orígenes: el enfermo, la enfermedad y la cirugía.

Si nos basamos a las afirmaciones de Baroco. D (2011)[60], que el riesgo quirúrgico es la probabilidad de sufrir complicaciones o muerte como consecuencia del acto anestésico-quirúrgico y que toda cirugía conlleva un riesgo, en tanto supone una agresión que modifica diversos acontecimientos biológicos, asumimos de gran importancia lo manifestado por la Sociedad Americana de Anestesia (ASA) que recomienda la clasificación de riesgo anestésico de acuerdo al estado físico del paciente, circunstancias que pueden afectar las decisiones sobre el riesgo operatorio y el manejo, a través de una escala que califica del 1 al 6, sin embargo los pacientes quirúrgicos atendidos en el Hospital Essalud fueron clasificado entre el I al III Grado según su estado clínico.

Por tanto, a efectos del presente estudio, se tuvo en consideración al paciente quirúrgico como "enfermo" y "su enfermedad" (Cordero I., Pérez L. y Pérez G., 2007)[61] con sus riesgos biológicos y estilos de vida ya revisados y analizados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Los factores biológicos y estilos de vida que incrementan el riesgo quirúrgico de pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud son:
   - La edad que estuvo representada en el grupo de 60 a 75 años en el 20%.
   - Las enfermedades pre-existentes: obesidad con un alto porcentaje presente en el grupo 18 a 59 años, seguido de alergias, anemia e hipertensión arterial para ambos grupo.
   - La enfermedad actual motivos de programación operatoria, que estuvo representada por colecistitis aguda y crónica, colelitiasis aguda y crónica, seguido de las hernias.
   - Los estilos de vida fueron no saludables en la gran mayoría de pacientes, siendo las actividades físicas como practica de deporte y caminatas que más realizan, sin embargo la gran mayoría tienen hábitos alimentarios dañinos como el consumo de comida rápida y otros con alto contenido de grasas saturadas y colesterol, resultados que guardan relación con los diagnósticos quirúrgicos encontrados.

2. El riesgo quirúrgico fue de Grado II en mayor porcentaje y en menor porcentaje Grado I y Grado III, criterio médico anestesiólogo que está en relación al estado físico del paciente.

RECOMENDACIONES

A las(os) profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de Cirugía – Hospital de Apoyo Essalud, Pucallpa:

- Considerar en la valoración del paciente quirúrgico todos los datos objetivos como el peso, la talla para determinar el índice de masa corporal, así se contará con un dato importante como es el estado nutricional del paciente y específicamente detectar casos de obesidad factor biológico que incrementa el riesgo quirúrgico.
- Aprovechar los espacios en la entrevista al paciente quirúrgico para orientar sobre los estilos de vida saludables y prevenir las enfermedades relacionadas a las vías biliares que tienen mayor incidencia y son motivos de programación operatoria en personas a temprana edad y que presentan obesidad.
- Deben realizar campañas de prevención intramural y extramural para dar a conocer a la población ucayalina sobre los problemas de salud frecuentes que pueden evitarse con la práctica de estilos o conductas de alimentación saludable y mayor actividad física.

A los pacientes que acuden al Hospital de Essalud:

- Que deben cuidar su salud, seguir las indicaciones de los profesionales de salud tanto del médico como de la enfermera, que comprendan que quienes incrementan el riesgo quirúrgico ante una posible intervención, son ellos mismos porque tienen enfermedades crónicas prevenibles a consecuencia de la falta del autocuidado.
- Deben poner en práctica estilos de vida saludable, realizando actividades físicas como el deporte, caminatas pero a la vez que eviten el consumo de sustancias tóxicas y comidas rápidas; no sólo es disfrutar de alimentos que agradan al paladar, sino reflexionar que tanto dañan nuestros órganos y sistemas, principalmente los sistemas circulatorio, digestivo, renal, nervioso.

A los médicos cirujanos del Hospital Essalud:

- Participar de las campañas de difusión para prevenir los grandes problemas de salud que afronta la población por desconocimiento y falta de compromiso en su autocuidado.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Ucayali:

- Participar con los estudiantes de pregrado en las campañas de difusión para la prevención de enfermedades prevenibles como: Obesidad, colecistitis, colelitiasis, hernias, exhortando a la población a modificar los estilos de vida, teniendo en cuenta los resultados del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Willebrand V. Valoración Perioperatorio en Cirugía no cardiaca en el adulto. Guía de Práctica Clínica. Gobierno Federal – Salud. México, 2012.
2. Macedo V., Cornejo P., Ventura R. y Hinostroza E. Propuesta de Valoración Preoperatoria Servicio de Cirugía del Centro Médico Naval, Callao – Perú.2005. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
3. Ídem (2)
4. Cordero I., Pérez L. y Pérez G. "Influencia del riesgo en las complicaciones postanestésicas". Rev Cub Anest Rean 2007; 6 (2):34-49.
5. Calderón M. Complicaciones durante la estancia hospitalaria y factores asociados al retraso en la resolución quirúrgica de pacientes entre 12 hasta 65 años con diagnóstico de apendicitis en el Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) en el periodo de enero a diciembre del 2014. Ecuador. http://repositorio.puce.edu.ec/handle/ 22000/10459
6. Moral V., Gil A., Kinast D., Cantallop B., Galindo A. La anemia, como factor de riesgo quirúrgico. Servicio de Anestesiología, Clínica del Dolor, Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España XX Volumen 141, Supplement 1, July, Pages 47-54. 2013.
7. Contreras M. (2010). Evaluación médica preoperatoria, como predictor de riesgo quirúrgico y prequirúrgico. Universidad de Carabobo, Venezuela. Año 2010. Vol. 8, Nº 1, Enero-Julio.
8. Idem (4)
9. Riera M., Ibáñez J., Molina M., Sáez J., Herrero J., Carrillo A., Campilloc C. y Bonnín O. Anemia preoperatoria en la cirugía coronaria: ¿un factor de riesgo? España. Med Intensiva. 2009; 33(8):370–376. 2009.
10. Fuentes E. y Jiménez R. Riesgo quirúrgico en pacientes mayores de 60 años. Hospital Clinicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Servicio de Cirugía General, Ciudad de la Habana. Revista Cubana. Nº 39(1):73-8, 2003.
11. Dávila E., Sebastini F. Factores de riesgo Biodemograficos que influyen en el riesgo quirúrgico de pacientes atendidos en el servicio de cirugía - Hospital Nacional de Cajamarca. 2008.
12. Idem (2)

13. Viaña G. Enfermería Quirúrgica. El paciente quirúrgico. Http descargas/Habilidades/Enf%5B1%5D.%20Med.%20Qui.%20 pre-trans-pos-op.
14. Ayora M., Castilla C., Cuadrado R., Flores C. y Montilla F. Cuidados en el preoperatorio. Hospital Universitario "Reina Sofía". Abril, 2015.
15. Idem (7)
16. Idem (5)
17. Barocco. D. Evaluación del Riesgo Quirúrgico Integral. http://www.fm.unt.edu.ar/ds /Dependencias/SegundaCatedraCirugia/EVALUACIONDELRIESGOQUIRURGICOIN TEGRAL.2011.
18. Idem
19. Bravo B. Eras F. Gonzales F. Valoración del riesgo quirúrgico en cirugía de tórax. Arch bronconeumol 2004; 40 (Supl 5):38-44.
20. Ferreira E. Perfil y gravedad de los pacientes de las unidades de terapia intensiva: aplicación prospectiva del puntaje APACHE II. Brasil. Rev Latino enfermagem. 2010
21. Idem (18)
22. Idem (4)
23. Pontificia Universidad Católica de Chile. Manual de patología quirúrgica. Escuela de Medicina. s/a, s/e. http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir_005.html
24. OMS. Expo-cumbre mundial de diabetes, obesidad, nutrición y problemas cardiovasculares. [citado 22julio].disponible enhttp://expodon.mx/ conferencias/ obesidad. 2013.
25. Idem
26. OPS-OMS. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. 2012. http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111
27. Gualpa J., A. Prevalencia de tabaquismo, patrón de consumo y factores asociados al consumo en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador matriculados en el primer semestre del 2010. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2012

28. Maya, L. "Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida". Colombia: 2006. Disponible desde el URL: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ ciss/promocionsalud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
29. Ekhard E. Ziegler y Filer, L. Conocimientos actuales sobre nutrición. Séptima edición. Washington D.C. 20037, E.U.A. Págs. 22, 431,432. Acceso 18 de julio del 2014.
30. Salsona B. Evaluación preoperatoria, factores y escalas de riesgo quirúrgico. Hospital Joan XXIII. Tarragona España, 2013.
31. (Idem 4)
32. Idem (11)
33. Idem (5)
34. Idem (10)
35. INEI. Indicadores demográficos por departamentos (2010 – 2015) Perú. Boletín de análisis demográfico Nº 37. Lima – Perú.
36. INEI. Perú: Síntesis Estadística. Noviembre 2016. Lima – Perú.
37. Idem (11)
38. Idem (9)
39. Idem (10)
40. García Freddy, et al. (2007). Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. Lima –Perú. Rev Soc. Perú Med Interna 2007; vol. 20 (3).
41. Idem (7)
42. Idem (30)
43. Idem (11)
44. Idem (2)
45. Ruiz de la Hermosa A., Amunategui Prats I., Machado Liendo P., Nevarez Noboa F. and Muñoz Calero A. (2010). Hernia, una experiencia personal y revisión de la literatura. Revista española de enfermedades digestivas. España. REV ESP ENFERM DIG (Madrid) Vol. 102. N.° 10, pp. 583-586, 2010.
46. Almora C. et al (2012). Diagnóstico clínico y epidemiológico de litiasis vesicular. Cuba. Revista de Ciencias Médicas 2012, 16(1) 200 – 2014.

47. Idem (4)
48. Idem (40)
49. Idem(29)
50. Idem (10)
51. Idem (26)
52. Idem (40)
53. López-Villalta M. y Soto A. (2010). Actualización en obesidad. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. España. Atención Primaria. Año 2010.V.17.
54. Moliní, M.D. (2007). Repercusiones de la comida rápida en la sociedad. Trastornos de la conducta alimentaria. Sevilla – España. 6 (2007) 635-659
55. Idem (29)
56. Idem (26)
57. Idem (7)
58. Idem (2)
59. Idem (4)
60. Idem (17)
61. Idem 84)

ANEXOS

Código:.....

ANEXO 1: INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA E INTERDISCIPLINARIA

CUESTIONARIO

FECHA:_____ HCL:

_____

N° CAMA:_____

Sr. (a), buenos días, soy licenciada en enfermería (...) y laboro en este hospital, deseo comentarle que deseamos desarrollar un estudio para conocer aquellos problemas de salud y estilos de vida que tiene usted, así identificar aquellos factores que incrementar el riesgo de la cirugía a la que usted se va someter y a partir de los resultados poder recomendar que medidas debemos tomar como enfermeras especialistas en cuidados quirúrgicos. Los datos que nos proporcione solo son de interés científico, por lo que le agradeceremos dar respuesta a las preguntas que a continuación le haremos.

1. DATOS GENERALES:

a. Factores biológicos:

1.1. Edad: _____ De 18 a 59 años ( ) De 60 a 75 años ( )

1.2. Sexo: M ( ) F ( )

1.3. Grado de instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

1.4. Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ $\frac{P}{T^2}$

Indicar estado nutricional: _____

1.5. Programación quirúrgica: Tipo de programación

Electiva ( ) Ambulatoria ( ) c) Urgencia ( ) Emergencia ( )

II. ENFERMEDAD ACTUAL Y OTRAS PREEXISTENTES

Diagnóstico médico:

_____

2.1. ¿Qué otras enfermedades presenta usted actualmente? Verificar en la HCl

- Diabetes Si ( ) No ( )
- Hipertensión arterial Si ( ) No ( )
- Enf. Cardiovascular Si ( ) No ( )

Especificar:_____

- Anemia Si ( ) No ( )
- Cáncer Si ( ) No ( )
- Obesidad Si ( ) No ( )
- Desnutrición Si ( ) No ( )

- Hepatitis Si ( ) No ( )
- Alergias Si ( ) No ( )Especificar a qué alimentos:_____

_____

___

- Alergia a medicamentos Si ( ) No ( ) Especificar a qué medicamentos: Penicilinas ( ) AINES ( ) Cefalosporinas ( ) Otros ( )

_____

b. Estilos de vida:

2.2. ¿Practica durante la semana algún tipo de deporte?

Si ( ) No ( ) A veces ( )

2.2. ¿Realiza caminatas?

Si ( ) No ( ) A veces ( )

2.4. ¿Consume tabaco?

Si ( ) No ( ) A veces ( )

Si la respuesta es sí, ¿Cuántos cigarros consume a la semana?

Uno a cinco ( ) + de cinco ( )

2.6. ¿Consume bebidas alcohólicas?

Si ( ) No ( ) A veces ( )

Si la respuesta es sí, ¿Cuántas veces al mes bebe cerveza u otro licor?

Una vez ( ) dos veces ( ) cada semana ( )

2.7 .¿Qué tipos de alimentos consume con frecuencia?

- Comidas rápidas Si ( ) No ( )
- Frituras en casa Si ( ) No ( )
-Guisados Si ( ) No ( )
-Embutidos, ¿Cuáles?:

a) Salchichas ( ) b) jamón ( ) chorizo ( ) cecina ( )

- Otros alimentos:

a) Empanadas ( ) b) kekes ( ) c) snack (papitas lays) ( ) d) cremas (mayonesa, margarina, etc) ( )

2.8. ¿Cuántas veces al día come además del desayuno, almuerzo y cena?

a) Ninguna vez ( ) b) Una a dos veces ( ) c) más de dos veces ( )

c. Riesgo Quirúrgico:

- Riesgo cardiológico Si ( ) No ( )
- EKG Si ( ) No ( ) Rx. Si ( ) No ( )

Según Formato Nº 4 de Evaluación Pre-operatoria de Anestesiología (Escala de la ASA): Grado II ( ) Grado III ( ) Grado IV ( )

FIRMA DEL TESISTA

ANEXO 2:

FORMATO DE EVALUACIÓN PREOPERATORIA ANESTESIOLÓGICA

EsSalud
MÁS SALUD PARA MÁS PERUANOS

DIRECTIVA N° 003 -GCPS-ESSALUD-2009

Anexo N° 7
Formato N° 4

FORMATO DE EVALUACIÓN PRE OPERATORIA ANESTESIOLOGÍA

Nombre .....
Edad ..... Sexo M ☐ F ☐
Fecha ..... Hora .....
Diagnóstico Pre Operatorio .....
Plan quirúrgico .....
.....
Tiempo estimado .....

Antecedentes de Importancia

Cardiovascular	☐	Renal	☐	Respiratorio	☐	Diabetes	☐	Hematológicos	☐
Cáncer	☐	Neurológico	☐	Hígado y VB	☐	Alergias	☐	Hepatitis	☐
SIDA	☐	Alcoholismo	☐	Drogadicción	☐	Otros	☐		

.....
Anestesias Previas .....
Respuesta a MPA .....Agentes/Técnica usada
Problemas perioperatorios .....
.....
Drogas perioperatorias (últimos treinta días) .....
Diuréticos ☐ Digitálicos ☐ Corticoides ☐ Anticoagulantes ☐ Betabloqueadores ☐
Otros .....
.....

Exámenes de Laboratorio

Hb/Hto	.....	TP/TPP	.....	Grupo	Rh.....
Na/K	.....	Plaquetas	.....	T. Sangría	.....
Glucosa	.....	Orina	.....	Pregnosticón	.....
Urea	.....	Creatinina	.....	VDRL	.....
Hepatitis B	.....	Otros	.....	HIV	.....

.....

Exámenes Complementarios

EKG .....
.....
Rx de Tórax .....
.....
Interconsulta señale la especialidad, fecha de la visita, la razón de la interconsulta y recomendaciones efectuadas
.....
.....
.....

EXAMEN FÍSICO

Peso..... Talla ..... ASC .....
Estado General Nutricional Bueno ☐ R ☐ Malo ☐ Obesidad ☐

Acceso Venoso SI ☐ NO ☐ Test Allon Pos ☐ Negativo ☐

Ojo: Pupilas fotoreactivas ☐ Isocóricas ☐ Centrales ☐ Ceguera OD ☐ OI ☐

Vía Aérea: (Paciente sentado en posición neural)
Apertura Oral.....mm Distancia mentotiroidea:..... .....CM

Orofaringe:Paladar blando, ☐ Fauces ☐ Uvula ☐ Pilares ☐
Dentadura

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA: FACTORES BIOLÓGICOS Y ESTILOS DE VIDA QUE INCREMENTAN EL RIESGO QUIRÚRGICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DE APOYO II ESSALUD, AGOSTO - SETIEMBRE 2016

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	MARCO TEORICO	TIPO, DIS. Y METOD.	POBLACIÓN Y MUESTRA
GENERAL: ¿Cuáles son los factores biológicos y estilos de vida que incrementan el riesgo quirúrgico de pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016? ESPECIFICOS: 1.¿Cuál es la edad y sexo de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016? 2.¿Cuáles son las enfermedades pre-existentes y actuales de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016? 3.¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016? 4.¿Cuál es el riesgo quirúrgico que presentan los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016?.	GENERAL: Determinar los factores biológicos y estilos de vida que influyen en el riesgo quirúrgico de pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016. ESPECIFICOS: 1. Identificar la edad y sexo de los pacientes quirúrgicos hospitalzados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016. 2. Identificar las enfermedades pre-existentes y actual de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016. 3. Describir los estilos de vida de los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016. 4. Describir el riesgo quirúrgico que presentan los pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo II EsSalud, Julio-Agosto, 2016.	No aplica	UNIVARIABLE Factores biológicos y estilos de vida que incrementan el riesgo quirúrgico en los pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía.	a. Factores biológicos b. Estilos de vida c. Riesgo quirúrgico	Edad Sexo Estado nutrición según IMC Presencia de enfermedades pre-existentes: Diabetes Hipert.Art. ECV Enf. Renal Enf. Hepática Dislipidemia Asma/EPOC Alergia, obesidad Enfermedad actual: Colecist. Apendicitis aguda, fracturas No saludable Saludable Por clasificac. de la ASA Grado I Grado II Grado III Grado IV	CAPITULO I MARCO TEORICO 1.1.Antecedentes -Internacional -Nacional -Regional 1.2.Base Teórica 1.2.1.Paciente quirúrgico 1.2.2. Pac. Programada cirugía. electiva 1.2.3. Riesgo Quirúrg. 1.2.4. Clasificac. R.quirur 1.2.5. Objet.evaluac. R.Q. 1.2.6. Factores del R.Q. . Riesgo Biológico . Enferm. Pre-existentes y actuales. . Otros factores - Estilos de vida 1.2.7.Riesgo dependientes de la enfermedad CAPITULO II METODOLOGÍA 2.1.Tipo de estudio 2.2.Diseño 2.3.Población 2.4.Muestra 2.5.Criterios de inclusión 2.6. Materiales y métodos. 2.7.Tecnicas de recolección de datos 2.8. Procesamiento de datos. 2.9.Presentacion de resultados CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES Referencias Bibliog. Anexos	-Tipo de estudio, met. . No experim. . Descriptivo . Transversal -Diseño: O ——— M O = Observac. Caracterist. de la variable M = Muestra Hist. Clínica, Informe pre-operatorio Formato de Valoración Anestesiológic	**Población:** 180 pacientes con programación a cirugía por diversas patologías en el servicio de Cirugía- Hosp. ESSALUD. **Muestra:** Muestreo por conveniencia, pacientes clasificados según criterios de inclusión que son programados para intervención Qx. por diversas patologías en el servicio de Cirugía entre los meses de agosto-setiembre, 2016.

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL
OFICINA EJECUTIVA DE BIBLIOTECA

ANEXO 4

SCORE APACHE II: TABLA DE VALORACION

APS	4	3	2	1	0	1	2	3
Temperatura rectal (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	**36-38,4**	34-35,9	32-33,9	30-31,9
Pres. art. media (*mmHg*)	>159	130-159	110-129		**70-109**		50-69	
Frec. cardiaca (*lpm*)	>179	140-179	110-129		**70-109**		55-69	40-54
Frec. respiratoria (*rpm*)	>49	35-49		25-34	**dic-24**	10 a 11	6 a 9	
Oxigenación Si FiO2 ≥ 0.5 (AaDO2)	499	350-499	200-349		**>200**			
Si FiO2 ≤ 0.5 (PaO2)					**< 70**	61-70		56-70
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	**7,33-7,49**		7,25-7,32	7,15-7,24
Na plasmático (*mmol/L*)	>179	160-179	155-159	150-154	**130-149**		120-129	111-119
Creatinina* (*mg/dL*)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		**0,6-1,4**		<0,6	
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	**30-45,9**	20-29,9		<20
Leucocitos (*x1000*)	>39,9		20-39,9	15-19,9	**3-14,9**	1-2,9		<1
Suma de puntos								

Total APS **15- GSC**		**Puntos APS** **(A)**	**Puntos GCS** **(B)**	**Puntos edad** **(C)**	**Puntos enf. previa** **(D)**	

Enfermedad crónica		**Edad**	
Preoperatorio programado	2	≤ 44	0
		45-64	2
Preoperatorio urgente o médico	5	55-64	3
		65-74	5
		≥75	6

Total de puntos APACHE II A+B+C+D
=

Fuente: Costa JI, Gomes do Amaral JL, Munechika M, et al. (1999). «Severity and prognosis in intensive care: prospective application of the Apache II Index.». *Rev Paul Med.* **117** (5): 205-214 (Enciclopedia Wikipedia).

ANEXO 5

Tabla A. Estado nutricional según grupo de edad de pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, 2016.

Grupo de edad	Estado Nutricional (IMC)								TOTAL	
	Infrapeso <18,5		Normal 18,5 a 24,9		Sobrepeso ≥25,0 a 29,9		Obesidad ≥30,0			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 18 a 59 años	5	4.2	27	22.5	23	19.2	41	34.2	96	80.0
De 60 a 75 años	0	0.0	8	6.7	7	5.8	9	7.5	24	20.0
Total	5	4.2	35	29.2	30	25.0	50	41.7	120	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes, servicio cirugía - Hosp.Essalud, agosto - setiembre 2016

(*) Índice de masa corporal, clasificación de la OMS del estado nutricional.

ANEXO 6

Tabla B. Estado nutricional según veces que consumen alimentos en pacientes quirúrgicos hospitalizados en el Servicio de Cirugía, Hospital de Apoyo II EsSalud, Agosto - Setiembre, 2016.

Veces al día que come además del D-A-C	Estado Nutricional (IMC)								TOTAL	
	Infrapeso <18,5		Normal 18,5 a 24,9		Sobrepeso >25,0 a 29,9		Obesidad >30,0			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Una vez	3	2.9	24	23.5	13	12.7	9	8.8	49	48.0
Una a dos veces	2	2.0	11	10.8	17	16.7	39	38.2	53	52.0
Más de dos veces	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.0	2	2.0
Total	5	4.9	35	34.3	30	29.4	50	49.0	102	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los pacientes, servicio cirugía - Hosp.Essalud, agosto - setiembre 2016

(*) Índice de masa corporal, clasificación de la OMS del estado nutricional.