

**UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICA EN  
PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA.HOSPITAL REGIONAL  
MOQUEGUA 2016.**

**PRESENTADA POR**

**BACHILLER SUSAN JHASMINA ROQUE IBAÑEZ**

**ASESOR**

**MGR. JACKELINE RAMOS YUCRA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**MOQUEGUA – PERU**

**2017**

## INDICE DE CONTENIDO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>Abstract.....</b>   | <b>2</b>  |
| <b>Introducción.....</b>                                       | <b>3</b>  |
| <b>CAPITULO I: El problema de la Investigación.....</b>        | <b>6</b>  |
| 1.1. Definición del Problema .....                             | 6         |
| 1.2. Objetivo de la investigación.....                         | 6         |
| 1.3. Cuadro de Operacionalización de Variables: .....          | 7         |
| <b>CAPITULO II: El Marco Teórico .....</b>                     | <b>8</b>  |
| 2.1 Antecedentes de la Investigación.....                      | 8         |
| 2.2. Base Teórica .....  | 11        |
| 2.3. Marco Conceptual.....                                     | 50        |
| <b>CAPITULO III: Método .....</b>                              | <b>53</b> |
| 3.1 Tipo de Investigación .....                                | 53        |
| 3.2 Diseño de investigación .....                              | 53        |
| 3.3 Población y muestra.....                                   | 53        |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....      | 55        |
| <b>CAPITULO IV: Presentación y Análisis de Resultados.....</b> | <b>57</b> |
| 4.1. Presentación de Resultados.....                           | 57        |
| 4.2. Discusión de Resultados.....                              | 69        |
| <b>Conclusiones y Recomendaciones .....</b>                    | <b>72</b> |
| <b>Bibliografía.....</b>                                       | <b>74</b> |
| <b>Anexos .....</b>  | <b>80</b> |

## INDICE DE TABLAS

### **TABLA 1.**

|   |    |
|---|----|
| Distribución según tipo de cirugía en pacientes del hospital regional Moquegua - 2016 ..... | 57 |
|---|----|

### **TABLA 2.**

|   |    |
|---|----|
| Distribución de pacientes de cirugía mayor programada según rango de espera. Hospital regional Moquegua-2016..... | 59 |
|---|----|

### **TABLA 3.**

|  |    |
|--|----|
| Distribución de pacientes de cirugía menor programada según rango de espera. Hospital regional Moquegua-2016 ..... | 60 |
|--|----|

### **TABLA 4.**

|   |    |
|---|----|
| Distribución de cirugías de urgencia según tiempo de espera. Hospital regional Moquegua-2017..... | 61 |
|---|----|

### **TABLA 5.**

|   |    |
|---|----|
| Tabla de doble entrada de evaluación del tiempo de espera quirúrgica en el servicio de cirugía. Hospital regional Moquegua..... | 62 |
|---|----|

### **TABLA 6.**

|   |    |
|---|----|
| Distribución de pacientes, según tipo de cirugía mayor programada. Hospital regional Moquegua-2016..... | 63 |
|---|----|

### **TABLA 7.**

|   |    |
|---|----|
| Distribución de pacientes, según tipo de cirugía menor programada. Hospital regional Moquegua-2016..... | 64 |
|---|----|

**TABLA 8.**

Distribución por tipo de cirugía de urgencia en pacientes del hospital regional  
Moquegua- 2016..... 65

**TABLA 9.**

Porcentaje de tiempo de espera en intervenciones de cirugía mayor  
programada..... 67

## INDICE DE GRAFICOS

|   |    |
|---|----|
| <b>TABLA 1.</b>   |    |
| Distribución de tipo de cirugía.....                                  | 58 |
| <b>TABLA 2.</b>   |    |
| Distribución de cirugía mayor programada.....                         | 59 |
| <b>TABLA 3.</b>   |    |
| Distribución de cirugía menor programada.....                         | 60 |
| <b>TABLA 6.</b>   |    |
| Distribución de pacientes según tipo de cirugía mayor programada..... | 63 |
| <b>TABLA 7.</b>   |    |
| Distribución de pacientes según tipo de cirugía menor programada..... | 64 |
| <b>TABLA 8.</b>   |    |
| Distribución por tipo de cirugía de Urgencia.....                     | 66 |
| <b>TABLA 9.</b>   |    |
| Porcentaje de tiempo de espera en cirugía mayor.....                  | 68 |



## RESUMEN

El tiempo de espera quirúrgica, es el número de días que espera el paciente, para ser operado, una vez que ha concluido sus exámenes preoperatorios y se encuentra en condiciones de ser intervenido quirúrgicamente. Los tiempos de espera prolongados generan aumento de costos, riesgos de complicación en salud del paciente y aumento en las atenciones médicas.

El propósito del estudio es determinar el tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Moquegua, en el periodo 2016. Correspondiente a un estudio retrospectivo, no experimental de corte transversal. Se utilizó la técnica documental, a través del uso de una guía de recolección.

Los parámetros para evaluar el tiempo de espera quirúrgica utilizada en el presente trabajo son: adecuado menor a 30 días, medio de 31 a 60 días, inadecuado de 61 a 90 días.

El tiempo de espera quirúrgica en las intervenciones de cirugía mayor programada es adecuada en un 82.25%, inadecuado en un 3.23%; en la cirugía menor programada es adecuada en un 90.91%, inadecuado en un 3.03% y en la cirugía de urgencia un 100% tiene tiempos de espera adecuado. Las cirugías mayores, que tienen alta frecuencia son: colecistectomía laparoscópica con 61.29%, seguida de hernioplastía y postectomía con 14.52 % y en menor porcentaje colecistectomía abierta con 9.67%.

**PALABRAS CLAVES:** Evaluación, tiempo de espera quirúrgica, cirugía.

## INTRODUCCION

El tiempo de espera quirúrgica ha aumentado en las últimas décadas, debido a la demanda de los servicios, al incremento de la morbilidad quirúrgica, sumado a los estilos de vida inadecuados, sobrepasando la capacidad de los establecimientos de nivel secundario. En consecuencia se genera largas listas de espera, insatisfacción de los usuarios, disminución de la calidad de atención y riesgo potencial de complicaciones.

España (2015) el número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica de la comunidad autónoma de España fue aproximadamente de 18 998, teniendo un promedio de días de espera de 12.6 (1).

La Caja del Seguro social de Costa Rica (2014), registró una lista quirúrgica de 40.306 personas intervenidas, determinando que solo el 81% tenía la fecha de operación y del total, el 53% esperó menos de 6 meses hasta la operación (2).

En el Hospital Monseñor Sanabria de Costa Rica (2013), encontró que el 55% de los usuarios que requieren de una intervención quirúrgica muestran un tiempo de espera, menor a 12 meses con las implicaciones sociales y laborales que la espera produce.

Aumenta el riesgo con la edad de los pacientes con presencia de las morbilidades, pudiendo impedir el desarrollo de la cirugía programada (3).

El ministerio de Salud ha registrado para el año 2007 Perú, una lista de espera de intervenciones quirúrgicas con una demora superior a 60 días, representando al 8,41% de la producción del 2007, superando los porcentajes de consulta externa (6.37 %) de la producción de la población, y un 7,95% de la producción en espera de procedimientos (4).

En un Hospital en Chiclayo-Perú (2015), se determinó que desde la programación, hasta el momento de la operación, los pacientes que se encuentran en lista de espera, tiene un tiempo aproximado de 60 a 160 días, siendo el promedio de 100 días (5).

La estratificación de prioridades para la Urgencia Quirúrgica, en Cuba (2005), estableció criterios y clasificación diferente: código Rojo( primera prioridad), situación en la que existe riesgo inminente para la vida, obliga una intervención quirúrgica en un tiempo mínimo de 30 minutos, Código Amarillo (segunda prioridad) situación en la que el riesgo para la vida es menor , requiriendo de una intervención quirúrgica que pudiera esperar como mínimo 1 hora, Código verde (tercera prioridad) Situación en la que no existe riesgo para la vida, requiere intervención quirúrgica entre 4 y 12 horas (6).

El Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú (2006), determinó que, el 25% de casos de demora en la programación quirúrgica y suspensión, fueron por motivos de atención de emergencias, evacuados, y pacientes recomendados (7).

En la Región de Salud Moquegua, no se tiene cuantificado los días de espera para pacientes quirúrgicos, empíricamente se tiene un aproximado de 90 a100 días, ya que no se reporta lista de espera.

Son estas circunstancias, las que motivan a realizar el presente trabajo de investigación. Conocer los tiempos de espera quirúrgica, resulta conveniente, porque va a determinar los tiempos excesivos desde que el paciente se encuentra en condiciones de ser intervenido hasta el momento de la cirugía, a fin de poder aplicar medidas de prevención, aumentar la efectividad y eficacia de la institución, reducir costos y brindar una atención de calidad.

El presente estudio en relación al tiempo de espera quirúrgica es factible de medir, ya que se tiene acceso a la información necesaria, a los procesos, agregado que no existen otros trabajos de investigación, lo que aumenta la originalidad de la misma.

El conocimiento sobre el tiempo de espera permitirá primero al hospital administrar mejor sus recursos a fin de atender los problemas de salud, según prioridad de atención, que se evidencia con el incremento de las intervenciones quirúrgicas y la disminución de los periodos largos de espera enmarcada dentro de la relevancia social.

El uso del instrumento como herramienta permitirá que en los siguientes procesos de evaluación se tenga una basal, que mida la mejora del hospital y que mejoren los procesos de las atenciones. Aportando nuevos conocimientos y condiciones para el proceso de la mejora continua.

El hospital al carecer de investigaciones científicas que permitan establecer y conocer los tiempos de espera real, no puede mejorar dichos procesos, por lo que el valor teórico de la investigación está determinado por la producción del nuevo conocimiento, la cual está asociada a la relevancia científica.

La organización al establecer procesos de mejora en relación a los tiempos de espera quirúrgica beneficia al paciente, al acceder a tiempos mínimos esperados, atenciones médicas equitativas disminuyendo los riesgos de complicación.

El uso de la guía de observación como instrumento de investigación, permite darle la utilidad metodológica, a futuras investigaciones a fin de evaluar el proceso de la mejora continua de la calidad.

Las limitaciones durante el desarrollo de la investigación están relacionados a la búsqueda de historias clínicas, porque en los libros de registro de sala de operaciones, no se señalan con letra nítida, ni legible, los datos de los pacientes y el por lo que el acceso de algunas historias, supero el promedio esperado.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION**

#### **1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es el tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Moquegua 2016?

#### **1.2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **Objetivo General:**

Evaluar el tiempo de espera quirúrgica en pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Moquegua 2016

##### **Objetivos Específicos:**

- Identificar los rangos de demora de intervención quirúrgica en pacientes del servicio de cirugía del hospital regional Moquegua 2016.
- Identificar los tiempos de espera por tipo de cirugía en pacientes del hospital regional Moquegua 2016.
- Establecer las patologías quirúrgicas con más tiempos de espera.
- Determinar los tiempos de espera por tipo de intervención.

### 1.3. Cuadro de Operacionalización de Variables:

| VARIABLE                           | DIMENSIONES              | INDICADOR   | UNIDAD DE MEDIDA O CATEGORIA  | ESCALA                   |
|------------------------------------|--------------------------|---|---|--------------------------|
| <b>TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICA</b> | Por rangos de demora     | Cirugías programadas  | Adecuado: < 30 días.  | Ordinal                  |
|                                    |                          |   | Medio: 31- 60 días.   |                          |
|                                    |                          |   | Inadecuado: 61- 90 días.  |                          |
|                                    |                          | Cirugía de Urgencia   | Adecuado < 24 horas   | Ordinal                  |
|                                    |                          |   | Inadecuado > 48 horas   |                          |
|                                    |                          | Por tipo de cirugía   | Grado de Complejidad de la intervención quirúrgica  | Cirugía mayor programada |
|                                    | Cirugía menor programada |   |   |                          |
|                                    | Cirugía de urgencia.     |   |   |                          |
|                                    | Por tipo de Intervención | Tipo o clase de Cirugía que se realiza con la finalidad de solucionar un problema quirúrgico. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colectomía laparoscópica.</li> <li>▪ Colectomía abierta.</li> <li>▪ Hernioplastía.</li> <li>▪ Apendicetomía.</li> <li>▪ Obstrucción intestinal.</li> <li>▪ Laparotomía exploratoria.</li> <li>▪ Otros</li> </ul> | Nominal                  |

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

**Aguirre Salazar Joseph, Luno Alfaro Dario** “Análisis del incremento en lista de espera de cirugías del servicio de cirugía, en las especialidades de ortopedia, oftalmología y cirugía general en el Hospital Monseñor Sanabria” en Costa Rica (2013), En su trabajo de investigación se determinó que el 55% de los pacientes presentan un tiempo de espera inferior al de 12 meses con las respectivas implicaciones sociales y laborales que la espera produce. Es importante considerar que mientras incrementa el tiempo de espera y edad de los pacientes se da la aparición de comorbilidades, pudiendo originarse una vez que al paciente llegue al momento de la cirugía y esta no se pueda llevarse a cabo (3).

**Siciliani L , Stanciole A , Jacobs R** “¿Los tiempos de espera reducen los costos hospitalarios?” Nueva York (2009). Utilizando una muestra de 137 hospitales durante el período 1998-2002 en el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, estimamos la elasticidad de los costos hospitalarios con respecto a los tiempos de espera, muestran un tiempo medio de 103 días, los tiempos de espera no tienen un efecto significativo sobre los costos hospitalarios (8).

**Gambí Pisonero Daniel “Implantación del método Debriefing para la estimación de la prevalencia de incidentes de seguridad del paciente en quirófanos” Madrid 2013**, en su trabajo de investigación determinó que los datos estadísticos más característicos de la actividad quirúrgica y lista de espera en el Hospital de Santa Bárbara de Puertollano (2010), son los siguientes

El tiempo medio de espera en lista es de 30.03 días, el número de pacientes en lista de espera es >180 días es 0, el número de pacientes en Lista de espera Quirúrgica son de 473 pacientes, índice de cancelación quirúrgica 5.00% (9).

**Fernández Chacón Ana Lorena “Medición de los tiempos de espera en 5 diagnósticos de la lista personalizada quirúrgica, en la red hospitalaria de la Caja Costarricense de Seguro Social” Costa Rica 2014**, en su trabajo de investigación determinó que el 14% del total de la lista quirúrgica de la red hospitalaria, corresponde a 65.353 personas, que ingresaron con diagnósticos de: coleditiasis, esterilización femenina, hernia inguinal, hernia umbilical y gonartrosis, entre los años 2010 al 2014 (2).

**Asociación de Facultativos especialistas de Madrid “Lista de espera quirúrgica en la comunidad de Madrid” España (2015)**, en su informe de investigación determinaron que en los últimos dos años la lista de espera ha ido en un aumento de un 35%, básicamente a causa de aquellos pacientes que rechazan ser derivados a otro hospital de referencia. Aumentando el deterioro en los tiempos de espera quirúrgica y la calidad de la atención, siendo también importante los recortes del personal y su respectivo presupuesto de los hospitales públicos, que ha ido acompañado de la derivación indiscriminada y no justificada a hospitales privados (1).

**Quezada Verdugo Alfredo “Diseño y construcción del proceso de priorización de pacientes en lista de espera ambulatoria, hospital Ezequiel González cortés” Chile 2015**, en su trabajo de investigación determinó que tanto los métodos basados en puntuación como en tiempo de espera restringen el cálculo de prioridad sólo para atributos del paciente.

En este sentido, la atención oportuna a pacientes de prioridad no garantiza una maximización de la oportunidad del hospital o centro médico. En intervenciones quirúrgicas, pudiendo ser más eficaz asistir a pacientes de baja o mediana complejidad en vez de un paciente de alta complejidad.

Debido a que los pacientes de alta complejidad consumen más recursos, los que podrían utilizarse para atender a más de un paciente de mediana o baja complejidad (10).

**Ministerio de salud chile 2016 “Lista de espera no GES (Garantías Explicitas de Salud). Garantías de oportunidad GES retrasadas”**, en su informe de investigación determinó que los tiempo de espera se clasifican, en adecuado:< 30 días, Medio 31 a 60 días, Inadecuado: 61 a 90 días (11).

**El trabajo de investigación. Mejorando el acceso del usuario externo para las cirugías electivas ambulatorias (UCMA) del Hospital Nacional Cayetano Heredia 2012-2013 Lima- Perú**, Determinó que el tiempo de espera para acceder a una colecistectomía laparoscópica (COLELAP) fue de 32 días y para una Hernioplastía fue de 100 días, pues estas son las intervenciones quirúrgicas más frecuentes del servicio de cirugía general, efectuando largas listas de espera que arremeten contra el derecho de los pacientes a una atención oportuna y de calidad (12).

**Diaz Astrid y Osada Jorge “Tiempo de espera quirúrgica en un hospital de Chiclayo”.** Perú 2015. Determinó que de la población de pacientes intervenidos quirúrgicamente, las afecciones con mayor frecuencia fueron: patología vesicular (colecistitis y colelitiasis) con un 38,9%, patología herniaria con un 31,7%, correspondiendo el porcentaje restante para la resección quirúrgica de tumores benignos y malignos, ostomías, hemorroides, fisuras anales, entre otras intervenciones (5).

A nivel regional y local no se registran trabajos de investigación según variables de estudios.

## **2.2. BASE TEORICA**

### **2.2.1. Tiempo de espera:**

Las listas de espera quirúrgica generan un gran dilema en los sistemas de salud a nivel mundial. Cuando el tiempo de espera quirúrgica rebasa los rangos implantados, las listas de espera acrecientan al igual que los costos del sistema, incrementando el riesgo de complicaciones, pudiendo prolongar o empeorar la enfermedad y retrasar la recuperación del paciente (13).

Las listas de espera constituyen una realidad, pudiendo generar dificultades en los diversos sistemas de salud del mundo. Los tiempos de espera son causantes a la limitación del acceso de los usuarios al servicio de salud, convirtiéndose en un dilema de salud pública al no ser atendida oportunamente la población. No pueden ausentarse en su totalidad, pero se podrían racionar con la finalidad de limitar el uso infundado de los servicios de salud (13).

### **2.2.2. Tiempo Pre operatorio:**

El tiempo preoperatorio es el intervalo transcurrido desde el momento en que se indica la intervención quirúrgica hasta el principio de la administración de la anestesia. El tiempo adecuado debería ser de varias semanas con la finalidad de contar con el tiempo suficiente para su respectiva evaluación clínica y corregir los eventuales hallazgos anormales. Durante este período el personal de salud está en el deber de informar al paciente y familiares sobre la conducta a desarrollar (solicitando su consentimiento); confirmando que el paciente está en condiciones de ingresar al quirófano.

Se analiza la medicación que recibe el paciente, se recolectan los antecedentes médicos, quirúrgicos y la respuesta a prácticas anestésicas previas; se realizan las consultas previas necesarias (por parte del anesthesiólogo u otros especialistas).

Se realiza la planificación de estrategias, técnicas quirúrgicas y se prepara convenientemente al paciente para que pueda superar la agresión que implica el acto quirúrgico-anestésico.

Corrigiendo las anomalías que se detecten (salvo que una emergencia extrema obligue a una intervención inmediata) (14).

## **A. Clasificación del Pre operatorio:**

**A.1. Pre operatorio Mediato:** Correspondiente a operaciones electivas, periodo que comprende hasta 24 horas antes de la intervención quirúrgica (15).

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- a) Estado psíquico del paciente.
- b) Estado nutricional.
- c) Aparato Genitourinario.
- d) Estado del Aparato Digestivo.
- e) Trastornos Hematológicos:

Los riesgos relacionados con mayor relevancia en el sistema hematológico son: la presencia de anemia y trastornos de la coagulación. El descenso en los valores normales de la hemoglobina es un problema común en el paciente quirúrgico, confrontando un riesgo para la cirugía. Se consideraba que una intervención electiva debería ser reprogramada si las cifras de hemoglobina son menores a 10 g/L y los valores del hematocrito están por debajo de 30 % (16).

- f) Función Cardiovascular:

Los procedimientos quirúrgicos que salven la vida, deben realizarse sin considerarse el riesgo cardíaco. La situación más dificultosa se presenta en aquellos pacientes cuya intervención quirúrgica no es realmente de urgencia, pero tampoco electiva.

En tales situaciones se debe interrumpir la intervención quirúrgica lo suficientemente como para disminuir el riesgo cardíaco, pero no suspenderla más de los 6 meses.

Cuando se interviene al paciente coronario, cuadros clínicos como taquicardia e hipertensión deben ser controlados, ya que intensifican el trabajo cardíaco y el consumo de oxígeno del miocardio.

La hipotensión y anemia igualmente producen efectos deletéreos, ya que disminuyen el aporte de oxígeno al corazón (16).

#### g) Función Respiratoria:

La integridad de los pulmones y sus funciones respiratorias son, requisitos indispensables para certificar el buen funcionamiento en el tratamiento de los pacientes quirúrgicos.

Todo paciente que en el período preoperatorio presente una afección respiratoria aguda (gripe y bronquitis), se somete a un riesgo importante, sobre todo si su intervención es candidata a la administración de anestesia general. Siendo también válido para aquellos pacientes que sufren de afecciones respiratorias crónicas como por ejemplo asma y enfisema.

El examen físico debe ser exhaustivo en conjunto con un estudio de imagenología en tórax, siendo requisitos indispensables que no deben ser pasados por alto.

En casos seleccionados será primordial adicionar otras investigaciones o procedimientos más especializados, como: espirometría, análisis de gases sanguíneos, endoscopias y pruebas radiológicas especiales.

La cirugía de urgencia, no garantiza la mejora del estadio pulmonar previo a la intervención, pero en cirugía electiva, es indispensable mejorar el estado pulmonar antes de la intervención, aunque esto traiga como consecuencia la reprogramación del acto quirúrgico.

Durante el trans operatorio, con anestesia general y ventilación controlada, se presentan disfunciones como por ejemplo: inversión de las presiones intratorácicas, estimulación de la producción de secreciones, aumento del espacio muerto, aparición de microatelectasias y desajustes de ventilación-perfusión (16).

#### h) Función Hepática:

El hígado es el órgano procesador central del organismo cuyas funciones fisiológicas están ya perturbado o deterioradas debido a la práctica quirúrgica.

Los pacientes con enfermedad hepática preexistente, presentan un mal pronóstico, que se incrementará de acorde a su expansión del grado de disfunción hepatocelular.

Debiendo evaluarse profundamente en el preoperatorio, antecedentes de ictericia, cirrosis, infecciones virales, etcétera.

La hipotensión con isquemia esplácnica y hepática puede dar como resultado lesión hepatocelular e ictericia (16).

#### i) Función Renal:

Frente a la administración de anestesia general, al igual que la hemorragia y sepsis, la función renal consiste en regular el equilibrio electrolítico, manteniendo el estado acidobásico y excretando los metabolitos indeseables.

Un riesgo importante en relación con el funcionamiento renal se presenta cuando durante una hemorragia profunda sobreviene hipotensión y shock (16).

#### j) Sistema Endocrino:

Los pacientes con enfermedades endocrinológicas deben tener una adecuada valoración pre quirúrgica. Debiendo analizar de modo general los estados de hipertiroidismo e hipotiroidismo, hipopituitarismo, hipoadrenocorticismos y diabetes (16).

##### j.1. Diabetes mellitus:

La diabetes mellitus es una enfermedad endocrina, presentándose mayoritariamente en la población candidata a intervención quirúrgica.

Más del 50 % de los diabéticos padecen algún tipo de intervención quirúrgica en alguna etapa de vida. Al promediar el 25 % de la enfermedad se diagnostica durante la etapa pre quirúrgica.

El riesgo de la cirugía no se ve incrementada a causa de la diabetes mellitus sino por sus alteraciones funcionales orgánicas secundarias.

Debiendo valorarse estos problemas orgánicos, cuya finalidad es determinar la importancia del riesgo.

Como norma general la edad fisiológica se considera igual a la verdadera más el número de años de duración de la diabetes. Siendo el infarto del miocardio la causa más habitual de mortalidad en el paciente diabético.

La hiperglicemia y los defectos metabólicos relacionados afectan la pared arterial tanto los vasos grandes como de los pequeños (microangiopatía).

La arteriosclerosis es acelerada, de aparición precoz y generalizada. La isquemia miocárdica y el infarto son por lo habitual, de tipo silencioso debido a la denervación funcional. La hipertensión arterial es de común manifestación y es un predictor de nefropatía y neuropatía.

#### j.2. Hipotiroidismo:

En el paciente que sufre de hipotiroidismo no controlado y tratado, la cirugía puede implicar riesgo por varias complicaciones. La función del ventrículo izquierdo, puede ser anormal, con prolongación del tiempo de prevaciamiento o expulsión del ventrículo, la capacidad respiratoria está debilitada y asociada a veces con hipoventilación alveolar.

Estos pacientes presentan sensibilidad aumentada al uso de sedantes, narcóticos y con dosis comunes puede provocarse depresión respiratoria severa y fallo circulatorio. Al tiempo de la inducción de la anestesia puede sobrevenir hipotensión, pudiendo presagiar un paro cardíaco y también puede aparecer mixedema; en ellos, es común una notable merma en la capacidad para excretar agua libre.

Todas estas anomalías en las respuestas fisiológicas comprometen un alto riesgo quirúrgico (16)

#### j.3. Hipertiroidismo:

Se ha corroborado muy bien el riesgo al que es expuesto un paciente con tirotoxicosis no diagnosticada o sin tratamiento, pudiendo desencadenar en el acto quirúrgico o en el pos operatorio inmediato la llamada tempestad o crisis tiroidea.

Debe sospecharse tirotoxicosis en pacientes taquicárdicos, con disminución de peso, palpitations, nerviosismo, intolerancia al calor, irritabilidad, temblor, debilidad muscular, piel lisa y húmeda, exoftalmos y trastornos menstruales.

En cirugía de urgencia de pacientes no controlados o tratados, se recomienda el uso de propanolol y yoduros. El propanolol bloquea los efectos simpáticos y en las crisis puede inyectarse por vía i.v. lentamente a razón de 1 mg/min hasta 5 mg.

En esta situación de urgencia el yodo se da en forma de yoduro de sodio i.v., previa administración de propiltiouracilo, quien tiene la función de bloquear la captación de yodo por la glándula que está hiperactiva (16).

**A.2. Preoperatorio Inmediato:** Es la etapa que transcurre desde 24 horas pre intervención quirúrgica, donde se deben tomar las siguientes medidas (15).

▪ **Alimentos:**

La última ingesta de alimentos puede realizarse hasta 12 horas antes de la intervención. Después sólo se permitirá la ingesta de líquidos azucarados de 4 a 6 horas pre intervención quirúrgica. Por causas correspondientes a la afección, requiere pasar más tiempo en ayunas, se procederá a la hidratación parenteral, garantizando el aporte suficiente de calorías.

▪ **Vaciar los emuntorios:**

El intestino debe ser evacuado, lograndose con el empleo de catárticos que actualmente son de poco uso o la aplicación de enemas evacuantes que es un procedimiento practicado comúnmente.

El enema evacuante debe realizarse una noche antes de la intervención y casi siempre es suficiente con uno unico procedimiento, pues utilizar otro por la mañana, tiene la desventaja de despertar al paciente por la madrugada, produciendo la alteración del sueño.

En intervenciones del colon se pueden utilizar productos como el manitol por vía oral que al producir una diarrea osmótica que logra una preparación excelente del intestino.

La evacuación del intestino no tiene únicamente la ventaja de favorecer el restablecimiento de la normal peristalsis después del íleo paralítico posoperatorio, sino también facilita la manipulación quirúrgica intra abdominal.

La vejiga debe ser evacuada también horas antes de la operación en forma espontánea y en otros se hará con una sonda uretral que se dejará fija (15).

▪ Sedación:

Se debe lograr que el paciente mantenga serenidad antes de su ingreso a sala de operaciones, debiendo administrar medicamentos de acción rápida para que el sueño pueda conciliarse. La inducción anestésica en un paciente ansioso puede obtener consecuencias desagradables.

▪ Preparación de la piel:

La zona operatoria debe ser preparada a fin de evitar posibles infecciones. Se debe recordar que en la cadena de la asepsia, la piel, es el eslabón más débil.

Era rutina rasurar la región de la herida quirúrgica y las zonas adyacentes, pero se ha validado que al rasurar se producen pequeñas soluciones de continuidad que determinan la penetración de los gérmenes y por tanto mayores posibilidades de infección. En la actualidad se prefiere cortar los vellos a muy corta distancia de la piel de forma que no entorpezcan con el acto quirúrgico.

Existen equipos especiales para este proceder, pero por métodos sencillos también se puede lograr.

Después se procede con el lavado de forma minuciosa con agua y jabón, para después aplicar una sustancia antiséptica y cubrir la zona con un apósito estéril. Es importante que el paciente se bañe antes de todo este proceso (15).

### **A.3.Preoperatorio en las intervenciones de Urgencia:**

Esta etapa puede variar según se trate de una urgencia que requiera inmediatez en la intervención quirúrgica o aquellas urgencias que permiten disponer de un tiempo antes de realizar la operación (15).

## **B. Etapas del preoperatorio**

**B.1. En la primera consulta:** (tratándose de patología no urgente), en la evaluación verbal y el examen físico tiene como finalidad verificar y completar el diagnóstico, planificando la solución quirúrgica más adecuada, evaluar la patología concomitante conocida y descartar la presencia de patología desconocida. Permitiendo definir los estudios complementarios requeridos, en caso necesario, la oportunidad de un tratamiento preoperatorio (que puede retrasar la intervención quirúrgica planeada). Otro aspecto importante es el soporte familiar y social con que cuenta el paciente planificando las condiciones y requerimientos del postoperatorio (14).

En las consultas subsiguientes se establece y consolida la relación médico paciente generando un contrato tácito por el que el paciente acepta la indicación propuesta por el cirujano y éste último asume la responsabilidad de brindarle todos los medios a su alcance para asistirlo con prudencia y diligencia, aunque no comprometiéndose a obtener un determinado resultado y menos aún la curación. Todo ello se debe llevar en un contexto en el que se buscará instalar una relación de empatía con el paciente y su familia.

Debiendo el cirujano tener conciencia de que la evaluación es mutua, bidireccional y que la construcción de un ambiente de óptima relación contribuye al logro de los mejores resultados terapéuticos.

**B.2. Segunda etapa, valoración del riesgo:** Es la valoración del riesgo clínico. A este efecto (si bien el cirujano es quien está a cargo de manejo preoperatorio) una adecuada evaluación puede requerir en algunas circunstancias la participación del médico internista, cardiólogo y anestesiólogo.

Una evaluación adecuada incluye el examen e indagación acerca de:

- Peso y talla.
- Estado general y cardiopulmonar.
- Antecedentes hematológicos: hemostasia (antecedentes familiares), anemia.
- Posibilidad de embarazo.
- Antecedentes quirúrgico-anestésicas previas.
- Tabaquismo/Alcoholismo.

Los factores de riesgo inherentes al paciente son: su condición clínica, edad, estado de nutrición e inmunidad, naturaleza y/o antigüedad de la enfermedad y existencia de patología preexistente o concomitante. Los factores que influyen en cirugía son: administración de anestesia, duración y complejidad de la operación, el carácter electivo o de urgencia, la experiencia del equipo interviniente, las cualidades técnicas del establecimiento de internación y recursos con los que se cuenta (tanto en el quirófano como en las unidades de internación). Si los riesgos superan a los beneficios, la cirugía sólo se encarará si es indispensable para la conservación de la vida (14).

El enfermo de edad avanzada requiere investigaciones profundizadas ya que esta condición por sí sola impone el incremento de complicaciones, pudiendo las comorbilidades acrecentar el riesgo operatorio.

Se consideran pacientes de alto riesgo a aquellos que presentan una alta probabilidad de complicaciones cardíacas como consecuencia de su patología de base. La mayor parte de ellos cursa con:

- Enfermedad pulmonar severa (uso crónico de oxígeno, distres respiratorio en reposo, etc.).

- Diabetes no controlada.
- Hipertensión severa (diastólica mayor de 110 o sistólica mayor de 180).
- Anemia sintomática.
- Síndromes coronarios inestables (infarto de miocardio reciente, angina inestable o severa).
- Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada.
- Arritmias significativas.
- Enfermedad valvular severa.

En procedimientos de bajo riesgo, como biopsia de piel, no es necesario realizar estudios adicionales, salvo que surjan indicaciones por la historia del paciente al examen físico (14).

En cuanto a la condición clínica se pueden diferenciar dos categorías: enfermos estables y enfermos críticos.

En este último grupo se pueden diferenciar las situaciones de urgencia y las de emergencia.

#### B.2.1. Enfermos estables:

Grupo1. Enfermos con patología crónica en los que se practicará una intervención programada.

#### B.2.2. Enfermos Críticos:

Grupo2. Enfermos con patología aguda o urgente en los que se cuenta con un preoperatorio mínimo de seis horas (urgencia).

Grupo3. Enfermos con eminente y evidente riesgo de muerte (emergencia).

### **B.3.Tercera Etapa: Preparación para el acto Quirúrgico.**

La posibilidad de corregir en el preoperatorio inmediato las deficiencias detectadas están relacionadas con el estado del paciente, con la cantidad de variables monitoreadas con la exactitud de datos recogidos (14).

En el enfermo estable, basta con tener sus controles clínicos y resultados de laboratorio normales.

En el paciente crítico, si el tiempo destinado al preoperatorio lo permite (y sólo en ese caso).

Se trata de disponer determinaciones precisas para evaluar el estado clínico, teniendo en cuenta la función de los distintos órganos y sistemas (el corazón y la circulación, las alteraciones de la respiración y del transporte de oxígeno, las perturbaciones metabólicas, el posible compromiso séptico, el estado hematológico, las alteraciones del tracto gastrointestinal, del tracto urinario y las del sistema nervioso).

Diferentes eventualidades derivadas de acorde a la patología del paciente, dificultando esta valoración, poniendo difícil la interpretación de los resultados, por lo que se requiere una especial competencia al respecto (14).

En estos pacientes, si se opta por realizar el acto quirúrgico, se debe tomar en cuenta que se trata de una decisión de salvataje frente a una situación terminal en un enfermo descompensado en el que la dilación para lograr mejores condiciones no hará más que precipitar la muerte.

Ante la presencia de anomalías, la solución a las alteraciones debe ser agresiva, modificando cualquier déficit con las intervenciones terapéuticas adecuadas (drogas, expansión, respiración asistida, etc.). En estos casos como el preoperatorio es breve, y hasta podría ser necesario tomar conductas en el mismo quirófano buscando obtener las condiciones cardiovasculares mínimas para soportar la operación (14).

### **2.2.3. Atención al paciente quirúrgico pre anestésico:**

La atención anestesiológica de los pacientes que van a ser sometidos a un acto quirúrgico o procedimientos que requieran de ella, comprende los periodos de la pre-anestesia, trans-anestesia y post-anestesia.

## **A. Evaluación pre-anestésica**

**A.1. En consulta externa,** Hospitalización, Centro Quirúrgico, Emergencia o Servicios Médicos de apoyo. El médico anesthesiologo realiza una evaluación integral del paciente, comprendiendo:

- Evaluación de la historia clínica y sus exámenes auxiliares:
- Examen clínico.
- Valoración del riesgo anestésico - quirúrgico como la enfermedad de base.
- Valoración de otras patologías asociadas como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, entre otras.
- Valoración del estado físico según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) y las pautas de manejo que considere pertinentes.
- Indicación del periodo de ayuno de acuerdo al tipo de cirugía, edad del paciente, estado físico u otros.
- Registro del estado clínico del paciente y el plan de cuidados anestésicos en la historia clínica, así mismo, la prescripción de la medicación pre-anestésica y otras consideradas necesarias.
- Informar al paciente o representante legal o familiar más cercano, en lenguaje sencillo la técnica anestésica probable a utilizar y los riesgos inherentes al procedimiento, asimismo se hará firmar el consentimiento informado anestésico de acuerdo a la normatividad vigente.
- Registrar en forma clara, legible y completa el proceso de evaluación preoperatoria y consignarla en el Registro de Evaluación Pre Anestésica.
- Comprobar la presencia de balón de oxígeno de emergencia.
- Verificar la operatividad de otros equipos: electrocardiográficos, de oximetría, de succión, monitor desfibrilador, coche de paro entre otros (17).

### **2.2.4. Valoración Peri operatoria general**

En su totalidad los pacientes que serán intervenidos a cirugía no cardiaca deben ser evaluados para identificar la presencia de factores de riesgo asociados a complicaciones con fines de controlar estos factores (18).

Los puntos a considerar en la valoración de riesgo perioperatorio son:

- Tipo específico de cirugía.
- Estado clínico (capacidad funcional)
- Pruebas de laboratorio
- Grado de riesgo anestésico.
- Co morbilidad

**2.2.5. La evaluación general Peri operatoria incluye una historia clínica completa tomando los siguientes puntos:**

**A. Interrogatorio:**

- Indicación del procedimiento quirúrgico.
- Urgencia de la cirugía.
- Alergias, intolerancia a medicamentos, anestésicos u otros agentes especificando el tipo de reacción.
- Enfermedades patológicas personales.
- Antecedentes quirúrgicos o traumatismos.
- Uso de medicamentos o suplementos nutricionales.
- Factores de riesgo asociados a complicaciones quirúrgicas (tabaquismo, diabetes, obesidad, desnutrición, enfermedades crónicas.
- Enfocar los procedimientos anestésicos de acuerdo a cada paciente.
- Antecedentes de alteraciones cardiacas, respiratorias, hemostáticos personales o hereditarios. Posibilidades de anemia crónica, de embarazo.
- Posibilidades de antecedentes de complicaciones personales o Heredo-Familiares anestésicos.
- Historia de adicciones (18).

**B. El examen físico:**

- Peso para determinar IMC
- Funciones vitales (Presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria).
- Evaluación específica cardiaca y pulmonar.

-Evaluación de estudios realizados o solicitud de estudios de laboratorio.  
La evaluación funcional perioperatoria se centra en tres órganos fundamentales:

- Corazón
- Pulmones
- Riñones (18).

### **C. Valoración por medicina interna:**

El médico internista debe evaluar perioperatoriamente a los pacientes saludables a partir de los 40 años y en menores de 40 años cuando exista comorbilidad, esta valoración consistirá en:

- Historia clínica
- Exploración física
- Exámenes preoperatorios (18).

### **D. Valoración por anestesiología:**

El cuidado anestésico es un proceso evolutivo que comprende tres etapas pre, trans y post anestésica.

Los principales objetivos en la evaluación del riesgo son:

- Determinar si existen factores de mal pronóstico con el objeto de corregirlos o mejorarlos y tener mayores probabilidades de éxito.
- Evaluar que pacientes requieren manejo perioperatorio intensivo.
- Toma de decisiones en cuanto a la técnica anestésica y cuidados perioperatorios.
- Determinar estudios complementarios y que interconsulta se requiere.

La sociedad Americana de Anestesia (ASA) recomienda la clasificación de riesgo anestésico acorde 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 de 1-6 según su estado clínico.

La valoración anestésica con fines de clasificación de riesgo anestésico-quirúrgico incluye:

Historia clínica completa debe evocarse a:

-Sexo, edad

-Antecedentes personales patológicos

-Antecedentes anestésicos de que tipo y si existieron complicaciones.

-Tolerancia o alergias a fármacos

-Adicciones (drogas, alcohol, tabaquismos).

-Datos clínicos del paciente para la evaluación de la prueba solicitada de acorde a cada caso (Radiografía de tórax, electrocardiogramas, biometría hemática, bioquímica, pruebas cruzadas de sangre, espirometría) (18).

#### **D.1. Exploración física.**

Peso, signos vitales, frecuencia cardiaca, tensión arterial y oximetría, evaluación de dificultad de la vía aérea de acuerdo a la clasificación de Mallampati o Patill Aldreti valoración de distancia tiromentoniana.

Auscultación de campos pulmonares, ruidos cardiacos, exploración abdominal y de columna torácica lumbar, miembros inferiores.

Todo paciente que sea sometido a cualquier procedimiento quirúrgico ambulatorio o que implique corta estancia post operatoria, deberá firmar su carta de consentimiento informado, que garantice su conocimiento de las características del evento anestésico-quirúrgico, así como sus posibles complicaciones y seguirán los mismos lineamientos para la administración de cualquier manejo anestésico (18).

#### **2.2.6. Valoración en la paciente embarazada:**

La valoración Pre operatoria y el abordaje terapéutico en la mujer embarazada debe de considerar todas las características fisiológicas propias del embarazo en diversas áreas como lo son:

Cambios Cardiovasculares, respiratorios, hematológicos, renales, hepáticos, o en Glándula Tiroides.

En la atención obstétrica, se debe considerar lo siguiente:

- Evitar el decúbito supino por periodos prolongados.
- Restringir la anestesia espinal y el uso de drogas como el halotano.
- Interpretar la gasometría de acuerdo con los cambios fisiológicos.
- Administración profiláctica de heparina en pacientes con riesgo de tromboembolismo.
- Ajustar las dosis de fármacos
- Se debe indicar antiácido
- Dieta baja en colecistoquinéticos.

La indicación del momento de la anestesia obstétrica debe ser solicitada por el médico Ginecobstetra de acuerdo a cada paciente (18).

#### **2.2.7. Valoración cardiológica:**

El paciente aspirante al procedimiento quirúrgico, que requiera evaluación por cardiología será por la presencia de las siguientes situaciones:

- Mayor de 50 años.
- Sintomatología que sugiera enfermedad cardíaca.
- Antecedentes de cardiopatías.
- Cirugía de alto riesgo.
- Enfermedad cardíaca sistémica.
- Historia de enfermedad cardiovascular.
- Historia de insuficiencia cardíaca congestiva.
- Presencia de diabetes insulino dependiente.
- Creatinina sérica preoperatoria que exceda 2.0 mg/dL.

La evaluación cardiológica inicia una Historia Clínica la cual incluye:

- Valoración del estado hemodinámico.
- Toma la presión arterial en ambos brazos.
- Pulsos arteriales, presión venosa de la yugular, auscultación cardiopulmonar.
- Evaluar electrocardiograma, hematocrito, electrolitos, función renal y análisis de orina.
- Palpación abdominal (área hepática), examen de las extremidades en búsqueda de edema (18).

## **2.2.8. Exámenes de laboratorio Pre anestésicos:**

### **A. Hematología**

Debido a que la anemia predice morbilidad y necesidad de transfusión, se debe determinar el nivel de Hb y Hto basales en pacientes programados a ser sometidos en cirugía donde es posible presentar pérdidas sanguíneas.

En contraste, no hay datos que apoyen realizar a contaje blanco previo a cirugía en pacientes no seleccionados (19).

## **B. Bioquímica**

### b.1. Glicemia:

Aproximadamente entre 1 a 2% de pacientes sin indicación clínica para solicitar glicemia, obtienen resultados anormales. No hay datos que sugieran que estos pacientes, sin una historia de hiperglicemia sintomática, tengan un riesgo elevado de morbilidad quirúrgica (19).

### b.2. Pruebas de función renal:

Una concentración elevada de creatinina en suero, es uno de los seis factores independientes de riesgo para posibles complicaciones cardíacas post-operatorias en el índice de riesgo cardíaco de Lee y col.

Mientras la incidencia de falla renal no esperada clínicamente (expresada por valores alterados de urea y creatinina) es cercana al 2%, estos hallazgos modifican potencialmente el riesgo, y el manejo de fluidos en el periodo perioperatorio (19).

## **D. Inmunología**

### D.1. HIV

Se solicita el HIV como requisito preoperatorio de rutina, a modo de proteger al personal quirúrgico de adquirir la infección. Es rutina para todos los pacientes que van a ser intervenidos (20).

## **E. Electrocardiograma**

Es recomendable la realización de un EKG de rutina en pacientes de edad avanzada (> 65 años) ya que al menos un cuarto de los adultos mayores pueden tener infartos asintomáticos. Un EKG alterado podría modificar la clasificación de estado físico de la ASA de un paciente quirúrgico, permitiendo tener un examen basal en caso de complicaciones cardiovasculares en el período postoperatorio inmediato (21).

## **2.2.9. Clasificación de cirugía**

### **A. Cirugía Mayor:**

La cirugía mayor es todo procedimiento quirúrgico, donde se realiza incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional, general o sedación profunda para controlar el dolor (22).

### **B. Cirugía Menor:**

Procedimientos quirúrgicos no complejos, de corta duración, realizados sobre piel o tejido subcutáneo sin sospecha de malignidad, donde no se esperan complicaciones, ni cuidados post quirúrgicos complejos (23).

### **C. Cirugía de Urgencia:**

Es aquel procedimiento quirúrgico, donde la enfermedad o lesiones por accidente ponen en riesgo la vida o la función de alguna parte importante del cuerpo, requiriendo de una inmediata valoración y acción para salvar al paciente.

Estas cirugías de urgencia pueden ser lesiones traumáticas graves, sangrado masivo por problemas vasculares, procesos infecciosos severos con úlceras pépticas, por mencionar algunos ejemplos.

Para este tipo de cirugías, no hay horarios, el paciente llega y dependiendo de su severidad se estabiliza y se pasa inmediatamente para su intervención en quirófano (24).

## **2.2.10. Apendicitis Aguda:**

Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con la obstrucción de la luz apendicular, trayendo como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa (25).

En las apendicitis agudas sin perforación en el 5% de los casos presentan complicaciones. En las apendicitis agudas con perforación las complicaciones se presentan en un 30% de casos.

Comúnmente el curso postoperatorio de una apendicitis aguda sin perforación es de una evolución sin sobresaltos existiendo una enorme diferencia con la recuperación tormentosa que acompaña a la extirpación de un apéndice perforado con gangrena y con peritonitis; lo cual resalta la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano. (26).

#### **2.2.11. Colecistitis Aguda:**

Su presentación clínica se caracteriza principalmente por un dolor en cuadrante superior derecho asociado a náuseas, anorexia y fiebre.

El diagnóstico se basa en parámetros clínicos y hallazgos radiológicos en el ultrasonido principalmente.

El tratamiento definitivo es la colecistectomía laparoscópica que se realiza entre las primeras 24 a 72 horas para disminuir el riesgo de complicaciones (27).

#### **2.2.12. Colecistectomía Abierta:**

Procedimiento quirúrgico que se realiza bajo anestesia, para retirar la vesícula biliar lesionada por cálculos o infecciones secundarias a éstos (28).

En su mayoría, las colecistectomías se realizan por una colelitiasis sintomática o por complicaciones de los cálculos.

Comúnmente todas las colecistectomías abiertas se producen cuando el cirujano pasa de la laparoscopia a la cirugía abierta y la causa común de esta conversión es la presencia de una inflamación profunda, que impide reconocer la anatomía del triángulo de Calot (29).

### **2.2.13. Colectomía Laparoscópica:**

El tiempo de espera en colectomía laparoscópica, está basada en la ejecución del buen diagnóstico médico de colecistitis aguda, tardando en realizarse, por que el paciente primero realiza su evaluación por un médico general, profesional que deriva para su adecuado diagnóstico a un médico cirujano quien realiza su diagnóstico basada en imagenología y laboratorio clínico.

La colectomía laparoscópica es el procedimiento quirúrgico, realizado con la finalidad de tratar la colelitiasis, convirtiéndose en un tratamiento valioso, por la alta prevalencia de dicha enfermedad.

La colectomía laparoscópica se caracteriza por sus beneficios como: menor mortalidad operatoria, menor dolor postoperatorio, menor duración de la estadía hospitalaria y menor tiempo de recuperación (30).

Durante la Colectomía Laparoscópica pueden surgir complicaciones biliares de difícil manejo y alta morbilidad.

La alteración anatómica del área de disección debido en gran parte a un proceso colecistítico antiguo diferido, y la defectuosa exposición del triángulo de Calot ejercen un papel importante (31).

### **2.2.14. Apendicectomía:**

La operación se hace para remover un apéndice infectado. Cuando un apéndice está infectado, llamada también apendicitis, pudiendo reventarse y derramar bacterias y excreta dentro del abdomen (32).

### **2.2.15. Obstrucción Intestinal:**

La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso. Cuando no sea completa o persistente hablaremos de suboclusión intestinal (33).

La complicación habitual es el desequilibrio hidroelectrolítico, que se presenta habitualmente en los pacientes en mayor o menor grado. Otras complicaciones son la perforación intestinal en los casos de hernias estranguladas, con la consecuente sepsis peritoneal y el choque séptico (que pueden provocar incluso la muerte). La mortalidad de las obstrucciones simples es de 5 a 10%; en las obstrucciones estranguladas puede ser del 30 % y en las perforadas aumenta más aún (34).

#### **2.2.16. Laparotomía exploratoria:**

Laparotomía es una palabra de origen griego; indica sección o incisión del flanco, vacío (Littre) o de las partes blandas colocadas por debajo de las costillas (Ashurts). Laparotomía exploradora es el procedimiento quirúrgico, donde se realiza la incisión pura y simple de las paredes del abdomen con el objeto de llegar a formular un diagnóstico (35).

Entre otros procedimientos quirúrgicos están:

#### **2.2.17. Curación de herida quirúrgica:**

Es la limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas o grapas. La herida quirúrgica aséptica es la rotura de tejidos a través de un procedimiento quirúrgico y que no está infectada por gérmenes patógenos (36).

#### **2.2.18. Exéresis de lipoma:**

Extirpación de colecciones de grasa bien delimitadas en el tejido subcutáneo, de sencilla eliminación según tamaño y localización (37).

#### **2.2.19. Retiro de puntos:**

Es el procedimiento que consiste en extraer parcial o totalmente las suturas de una herida cicatrizada (38).

### **2.2.20. Hemostasia:**

Procedimiento que mantiene la integridad de un sistema circulatorio cerrado y de alta presión después de un daño vascular.

La hemostasia para su estudio se divide en:

Hemostasia Primaria: Consiste en procesos mediante los cuales se lleva a cabo el tapón plaquetario a través de la adhesión, activación, secreción y agregación plaquetaria.

Hemostasia Secundaria: Consiste en la activación del sistema enzimático de coagulación, cuyo principal objetivo es la formación de trombina y fibrina para la estabilización del coágulo (39).

### **2.2.21. Toracotomía clásica:**

Procedimiento que consiste en realizar, incisión de piel sin disección del celular subcutáneo y una sección del músculo dorsal ancho y del serrato anterior para acceder al espacio costal. Siendo suturando los planos musculares por separado con punto de vicryl corrido. Teniendo como finalidad salvar la vida del paciente (40).

Las incisiones quirúrgicas propias de la cirugía exéretica torácica conllevan en su mayoría secciones musculares amplias y maniobras que provocan dolor intenso que en el postoperatorio siendo desencadenante a complicaciones como atelectasia pulmonar, sobreinfecciones, ocupación pleural (41).

### **2.2.22. Teoría de enfermería**

Se considera la presente teorista de enfermería por la importancia que atribuye a la realización de investigaciones científicas en enfermería, mencionándose dentro de la teoría la autonomía que amerece la carrera profesional de enfermería.

La teorista Virginia Henderson explica la importancia en el cumplimiento y asistencia de las 14 necesidades básicas de aquellas personas o pacientes que no puedan asistirse, por causa de alguna enfermedad o en algún ciclo de vida, cuya finalidad es lograr el confort e independencia para el paciente. Menciona también la importancia de la relación humanista paciente-enfermera, paciente-médico.

#### **A. Virginia Henderson:**

A lo largo de la primera guerra mundial, Henderson se vio interesada por la enfermería, en 1918, ingresó en la Army School of Nursing de Washington DC y se graduó en 1921. Después, acepto un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En el año 1922 empezó a dictar clases de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años después, entro en el Teachers College de la universidad de Columbia, donde se licencia como profesora de enfermería donde posteriormente realizó un master. En 1929 trabajó como supervisora del profesorado en las clínicas del Strog Memorial Hospital de Rochester, Nueva York regresó al Teachers College en 1930 y trabajó ahí dictando cursos sobre el proceso enfermero analítico de la práctica clínica hasta 1948 (42).

Henderson desarrollo una larga carrera como autora e investigadora.

Mientras era profesora del Teachers College, rescribió la cuarta edición del libro de Berta Harmer de 1939 *Text Book of The Principles and practice of Nursing* siendo la quinta edición de este libro de texto, publicada en 1975, incluyendo la definición de enfermería de Henderson.

Desde el principio de los años 50, Henderson empezó a colaborar con la universidad de Yale, aprovechando de esta colaboración para potenciar la investigación enfermera.

Desde 1959 hasta 1972, encaminó el proyecto para elaborar el Nursing studies index, financiado por la universidad de Yale, la obra consiste en un índice de 4 volúmenes con comentarios sobre publicaciones biográficas, analíticas e históricas de la enfermería desde 1900 hasta 1959 (42).

Al mismo tiempo, Henderson escribió sola o en coordinación otras obras importantes su opúsculo, Basic Principles of Nursing Care se publicó para el international Souncil of Nurses de 1960, traduciendo a más de 20 idiomas.

Colaboró durante cinco años con Leo Simmons para la elaboración de un estudio en Estados Unidos sobre investigación enfermera, que se publicó en 1964 su libro, The Nature of Nursing, publicado en 1966, donde describe el concepto que tenía de la función única y primaria de la enfermería. La National Leage for Nursing lo volvió a publicar en 1991. Henderson y Ladys Nite escribieron en conjunto la sexta edición de The Principle and practice o Nursing, publicada en 1978. Henderson se encargó de editarla, siendo herramienta de muchas escuelas de enfermería, utilizado para elaborar planes de estudios. Los libros de textos clásicos de esta autora se han traducido en más de 25 idiomas (42).

#### **B. El modelo de definición de la enfermería clínica:**

- La labor fundamental de la enfermera, es la de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera forma parte del equipo de salud.
- El trabajo de la enfermera es independiente del trabajo del médico, pero debe colaborar con él cuando este atiende al paciente.

Por ejemplo, Henderson recalcó que la comadrona puede y debe trabajar independientemente siendo una profesional sanitaria mejor preparada en una situación determinada.

La enfermera puede y tiene el deber de diagnosticar y tratar al individuo si la situación lo requiere. Henderson hace hincapié en este punto en la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing*.

- La enfermera debe poseer conocimiento en ciencias biológicas y sociales.
- La enfermera puede evaluar las necesidades básicas.
- Los 14 elementos del cuidado enfermero incluye todas las funciones posibles de la enfermería.

#### B.1. Persona (paciente):

- La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.
- La mente y el cuerpo de una persona son un conjunto.
- El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- El paciente y su familia son una unidad.
- Las necesidades del paciente están representadas en los elementos del cuidado enfermo.

#### B.2. Salud:

- La salud es una condición para la vida.
- La salud es primordial para el funcionamiento humano.
- La salud precisa independencia e interdependencia.
- La promoción de la salud es fundamental antes que el cuidado del enfermo.
- Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, voluntad y el conocimiento necesario.

### B.3. Entorno:

- Los individuos saludables tienen la capacidad de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.
- La enfermera debe recibir enseñanzas sobre seguridad.
- Las enfermeras deben salvaguardar a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- Las enfermeras deben disminuir al máximo las posibilidades de lesiones, estableciendo recomendaciones sobre construcción de edificios, compra y mantenimiento de equipo.
- Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como núcleo para las prescripciones sobre dispositivos de protección.
- Las enfermeras deben tener conocimiento de las costumbres sociales y prácticas religiosas, para estimar los peligros que pueden derivarse de estas (42).

### C. Afirmaciones teóricas:

#### C.1. La relación Enfermera-Paciente:

Están en la capacidad de identificar tres niveles de relaciones entre enfermera y paciente, que van de una dependencia mayor a menor:

a). La enfermera como sustituta del paciente; b). La enfermera co ayudante del paciente.

En cuadros de enfermos muy graves, la enfermera es el sustituto de todo lo que el paciente pueda necesitar para sentirse “completo” o “independiente”, no pudiéndolo conseguir por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento (42).

Henderson reflejo esta opinión en su afirmación: La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para un bebe, la sabiduría y confianza para una madre, la “portavoz” de aquello demasiado débiles o que han renunciado a hablar, etc.

Durante las situaciones de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir su independencia o a recuperarla.

Henderson afirmó la independencia es un término relativo. Todos somos dependientes de los demás, pero luchamos por conseguir una interdependencia saludable y así evitar una dependencia enfermiza (42).

Como colaboradores la enfermera y el paciente elaborarán juntos el plan de cuidados. Independientemente del diagnóstico, existen algunas necesidades básicas, pudiendo variar según la patología y según características como la edad, carácter, estado anímico, clase social o nivel cultural y las capacidades físicas e interactúales.

La enfermera no debe valorar sólo las necesidades del paciente; debiendo considerar las características y estados patológicos que las modifican. Henderson señaló que toda enfermera “debe ponerse en el lugar” de todos sus pacientes para saber cuáles son las necesidades. Debiendo verificar las necesidades detectadas con el paciente.

La enfermera puede verificar el entorno siempre que lo crea necesario. Henderson creía que: cada situación las enfermera que conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura y a la enfermedad, la luz y el color, las presiones del gas, olores, ruido, impurezas químicas y microorganismos pueden organizar y utilizar del mejor modo posible a las instalaciones disponibles (42).

La enfermera y paciente siempre laboran para conseguir un objetivo, ya sea la independencia o una muerte pacífica.

Uno de los objetivos primordiales de la enfermera debe ser mantener la rutina diaria del paciente tan normal como sea posible. La promoción de la salud es el segundo objetivo importante de la enfermera.

Henderson afirmó que es más ventajoso enseñar a las personas a llevar una vida sana, que preparar a los mejores terapeutas para que atiendan a los enfermos (42).

### C.2. La relación Enfermera-Médico:

Henderson insistió que el trabajo de la enfermera es singular y diferente a la del médico. El plan de cuidados, creada por la enfermera y el paciente, debe garantizar que se consiga el plan terapéutico prescrito por el médico (42).

Henderson puso especial énfasis en que las enfermeras no deben seguir las órdenes del médico, ya que una enfermera cuestiona una filosofía que permite a un médico dar órdenes al paciente y a otros profesionales sanitarios además, recalcó que las enfermeras ayudan a los pacientes en los problemas de salud, cuando los médicos no están disponibles, a pesar de ello, reconoce que las tareas del médico y enfermeras se solapaban en muchos casos.

### C.3. La Enfermera como miembro del equipo sanitario:

La enfermera debe trabajar en coordinación con los demás profesionales de la salud. Colaborando los unos con los otros para llevar a cabo el programa completo de cuidados, no debiendo intercambiar tareas. Henderson afirmó: en un miembro del equipo debería hacer una petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que este no pueda realizar sus propias tareas (42).

Henderson comparó el equipo sanitario al completo, incluirse al paciente y a la familia, con los diferentes partes de un gráfico en forma de tarta el tamaño de la parte correspondiente a cada miembro basada en las necesidades del paciente en cada momento.

Por tanto varían a medida que el paciente va progresando hacia su independencia.

En algunas situaciones, ciertos miembros del equipo no parecen en el gráfico. El objetivo es que el paciente ocupe todo el círculo o la mayor parte posible (42).

Al igual que las necesidades del paciente cambian.

También puede hacerlo la definición de enfermería.

Henderson admitió que: esta definición no tiene por qué perjudicar en el tiempo. Creo que la enfermería cambia según el tiempo en que se practica y depende en gran medida de lo que hacen los otros profesionales de la salud (42).

Henderson amplió su definición en la sexta edición de *The principles and practice of nursing*, con escrito con Gladys Nithle, para que incluyera a todas las enfermeras profesionales. En una entrevista telefónica, afirmo que:

La enfermería no debe existir en un vacío. Debiendo crecer y aprender para complcer las nuevas necesidades sanitarias de la gente a medida que aparecen.

#### **D. Forma lógica:**

Parece que Henderson utilizó la forma deductiva del razonamiento lógico para desarrollar la definición de enfermería.

Dedujo la definición de enfermería y sus 14 necesidades a base de principios fisiológicos y psicológicos. Para valorar la adecuación lógica, es necesario estudiar los supuestos de la definición Henderson (42).

Mucho de estos supuestos son válidos, ya que corresponden en gran medida con conclusiones de investigaciones y obras de científicos de otros campos.

Por ejemplo, aunque Henderson describió las 14 necesidades básicas antes de leer el trabajo de Maslow.

Se corresponde bastante con la jerarquía de necesidades humanas de Maslow ampliamente aceptada.

En su libro *To Be a Nurse*, Evelyn Adam analiza el trabajo de Henderson utilizando un marco que aprendió de Doroty Johnson. Adam identifica los supuestos y los valores, el objetivo de la enfermería, paciente, el papel de la enfermera, el origen de las dificultades, la intervención y las consecuencias deseadas desde la perspectiva de Henderson (42).

#### **E. Aceptación por parte de la comunidad enfermera:**

La definición de enfermería de Henderson, se refiere a la práctica de la profesión e indica que la enfermera cuya función primordial se basa en ser la cuidadora directa del paciente, viéndose recompensada a medida que el paciente vaya ganado independencia. La enfermera debe esforzarse por comprender al paciente, cuando éste carece de voluntad, conocimiento o fuerza. Como Henderson afirmó, la enfermera debe “ponerse en su piel”. La enfermera puede ayudar al paciente a avanzar hacia la independencia valorando, planificando, implantando y evaluando unitariamente los 14 elementos del cuidado enfermero básico (42).

El planteamiento que Henderson hacía del cuidado del paciente era reflexivo e implicaba tomar una decisión.

Aunque no mencionó específicamente los pasos del proceso de atención enfermero, la relación entre ambos conceptos resulta obvia.

Henderson creía que el proceso de atención enfermero es el proceso normal de resolución de problemas y que no es específico de la enfermería.

En la etapa de valoración, la enfermera debe valorar al paciente según las 14 necesidades básicas.

Después de valorar totalmente la primera, la enfermera pasa a la siguiente, hasta completar las 14 necesidades básicas (42).

Para reunir los datos, deberá utilizar los cinco sentidos. Al final de las fases de valoración, la enfermera deberá analizar los datos recogidos, lo que implica poseer conocimientos sobre lo que es o no normal en la salud y en la enfermedad.

Henderson afirmó que, dado que la enfermería es el único servicio disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana, la función de valoración es indiscutible. Las enfermeras están el deber de diferenciar el estado de salud normal del paciente del anormal (42).

Según Henderson, la fase de planificación debe ajustarse a las necesidades del individuo. Además, el plan debe actualizarse como un registro y debe ajustarse al plan prescrito por el médico. En su opinión, un buen plan de cuidados es aquel donde se incluye el trabajo de todos los miembros del equipo sanitario.

En la fase de implementación, la enfermera asiste al paciente a realizar actividades para conservar la salud, para recuperarse de la enfermedad o conseguir una muerte tranquila. Los cuidados se realizan para cada individuo según sus condiciones fisiológicas, la edad, el nivel cultural, el equilibrio emocional y capacidades físicas e intelectuales. Henderson evaluaría al paciente según el grado de autonomía que posee.

No obstante, los bebés y las personas inconscientes son o pueden ser independientes pero no autónomos. En algunas fases de la enfermedad, las enfermeras deben tener en cuenta lo que las personas desean que hagan por ellas (42).

#### E.1. Formación:

Henderson afirmó “para que una enfermera pueda ejercer como experta y utilizar el planteamiento científico con la finalidad de mejorar la práctica, necesita una adecuación universitaria”.

La educación de la enfermera debe servir para comprender a los seres humanos. Esta afirmación coincide con la posición que adoptó la ANA en 1965.

Henderson creía que el valor de la educación proviene de la confianza que el individuo desarrolla estando en la universidad y de los conocimientos que adquiere. Pensaba que la enfermería era una ocupación universal y que la educación superior permitirá que la enfermera la realizase mejor (42).

En su libro, *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*, Henderson dividió el plan de estudios que las estudiantes debían superar en tres partes.

Sin embargo, las tres partes compartían el mismo objetivo: ayudar al paciente siempre que no posea la fuerza, voluntad o conocimiento para realizar alguna actividad cotidiana para realizar la terapia prescrita con el objetivo final de la independencia (42).

En la primera etapa se pone el énfasis en las necesidades básicas del paciente, la planificación del cuidado enfermero y su función única de la enfermera para ayudar al paciente a realizar sus actividades de la vida diaria.

En esta etapa, el plan de estudio no trata demasiado los estados patológicos ni enfermedades específicas, pero sí trata las condiciones que siempre afectan a las necesidades básicas.

En la segunda etapa, se valora cómo ayudar a los pacientes para satisfacer sus necesidades ante la presencia de alteraciones corporales o estados patológicos que requieren modificaciones con el plan de cuidados enfermeros. El paciente al que el estudiante de enfermería debe ayudar presenta problemas de mayor complejidad.

Se estudia más ciencia médica, el estudiante empieza a comprender el razonamiento del tratamiento sintomático.

En la tercera etapa, la instrucción se centra en el paciente y familia. El estudiante se implica en el estudio general del paciente y sus necesidades (42).

Henderson ha recalcado la importancia de los estudiantes de enfermería desarrollen la costumbre de cuestionar; recibe el curso de ciencias biológicas, físicas y sociales, y sobre humanidades; aprendan con estudiantes de otros campos; observando el cuidado eficaz, y proporcionando el cuidado eficaz en diferentes ambientes.

El libro de texto que incluye la definición de enfermería de Henderson, *The Principles and practice of Nursing* es una fuente excelente para los estudiantes de enfermería y para los enfermeros que ya ejercen. Posee una profundidad que no suelen tener ese tipo de texto (42).

Kelly afirma: si cayese una bomba y solo pudiera salvarse una bomba y sólo pudiera salvarse un libro de enfermería, deberá ser este ya que recoge la envergadura y la profundidad de la enfermería, con la sabiduría acumulada del derecho, la medicina y la religión, documentando con bibliografía internacional y con notas a pie de página fascinantes; y es inminentemente práctico (42).

## E.2. Investigación:

Henderson recomendó la investigación bibliográfica y la practicó en gran medida. Investigó los recursos de las bibliotecas e investigaciones de enfermería. Estaba a favor de que las enfermeras estudiaran hasta el nivel de diplomatura y creía que la investigación era necesaria para evaluar y mejorar la práctica.

Henderson pensaba que las enfermeras debían basar su práctica en descubrimientos realizados en investigaciones y que debían adquirir la costumbre de leer lo publicado sobre investigaciones.

Recomendaba que las enfermeras utilizarán más los recursos de las bibliotecas y esperaba que investigaran con el fin de mejorar la práctica en lugar de pretender únicamente obtener prestigio académico (42).

En la encuesta de Henderson y Leo W. Simmons de 1964 y en la valoración de la investigación enfermera aparecieron varios motivos de los cuales no se investigaba en enfermería clínica, entre los cuales destacan:

1. Gran parte de las energías de la profesión se han destinado únicamente a mejorar la preparación de las enfermeras.
2. Aprender como reclutar y obtener el número suficiente de enfermeras para abastecer la creciente demanda a su puesto un esfuerzo considerable.
3. La necesidad de gestoras y profesoras ha superado prácticamente el número de enfermeras expertas.
4. La falta de apoyo por parte de las direcciones de enfermería, las administraciones los médicos a desanimado a las investigadoras.

Basándose en cada una de las 14 necesidades básicas se pueden realizar múltiples investigaciones.

La función de la enfermera consiste en asumir la responsabilidad de identificar problemas, comprobar la validez de su acción continuamente, mejorar los métodos que utiliza y confirmar la eficacia del cuidado enfermero (42).

E.3. Henderson concluyo que:

Ninguna profesión, ocupación o industria de nuestro tiempo pueden evaluarse adecuadamente o mejorar su práctica sin la investigación.

La investigación es un tipo de análisis más fiable.

Henderson creía que la enfermera no se convertiría en una profesión basada en la investigación ejerce aprendieran a utilizar los recursos de una biblioteca como, por ejemplo, los índices de la Natinal Library of Medicine.

#### **F. Desarrollos posteriores:**

La última vez que Henderson revisó su definición de enfermería fue en 1966, aunque continuó escribiendo y reflexionando sobre la práctica enfermera durante toda su vida. En 1991, afirmo que el cuidado del paciente era el elemento esencial del enfermero. Henderson se cuestionó la práctica enfermera y el uso del proceso atención enfermero. Uso énfasis en la valoración continua de las necesidades del paciente a medida que el estado del paciente de los objetivos cambia.

Así mismo Henderson dio moral a las enfermeras a la identificación de nuevas necesidades más allá de las catorce que enumero. Que la investigación es esencial para la práctica de la era de los avances tecnológicos (42).

Halloran ha recopilado las obra de Henderson en A Virginia Henderson Reader: excellense in Nursing, una introducción al mundo donde esta famosa enfermera, dirigida a las enfermeras, en sus propias palabras, las obras y reflexiones son extractos de sus publicaciones más importantes y se presentan y organizan de modo que el lector pueda apreciar el trabajo de Henderson en relación a los problemas contemporáneos de enfermería.

#### F.1.Critica:

Antes de evaluar la teoría enfermera de Henderson según criterios generalmente aceptados de simplicidad, generalidad, precisión empírica y consecuencias, es importante entender que no pretendía elaborar una teoría enfermera definitiva.

En vez de ello, desarrolló un concepto y definición personal para especificar la función única que ella creía que la enfermera desempeñaba afirmó: que la interpretación de la función de la enfermera es la síntesis de muchas influencias, algunas positivas (42).

En primer lugar, debo aclarar que no espero que todo el mundo esté de acuerdo conmigo. Al contrario, desearía que todas las enfermeras desarrollarán su propio concepto.

La definición de Henderson puede considerarse una gran teoría o una filosofía según el paradigma del desarrollo de una teoría en enfermería. Su concepto es descriptivo y fácil de leer, ya que utiliza en lenguaje corriente:

Su definición de enfermería y su numeración de las 14 funciones básicas de enfermería, pretenden explicar la totalidad de la conducta enfermera.

Por tanto, Henderson no desarrollo las afirmaciones teóricas interrelacionadas o las definiciones operacionales necesarias para demostrar la teoría. No obstante, puede hacerse (42).

#### F.2. El concepto de simplicidad:

El concepto de enfermería de Henderson es más bien complejo. Contiene múltiples variables y diferentes relaciones descriptivas y explicativas. No asociada con organizaciones estructurales en un marco o modelo para potenciar la simplicidad, pero se han realizado algunos trabajos en esta área.

En el libro de Henderson y Nite, se han reproducido los diagramas de Henderson y los conceptos de Orem de enfermería del libro perteneciente al Nursing Theories conference Group, Nursing theories The Base for Professional Nursing Practice.

Además las catorce necesidades básicas están redactadas con simplicidad. Volviéndose complejas cuando alguna necesidad experimenta una modificación y hay que considerar todos los parámetros referentes a esta necesidad. La sexta edición de The Principles and Practice of Nursing es amplia y está bien ilustrada, confiriendo una mayor claridad (42).

#### F.2.Generalidad:

La definición de enfermería de Henderson resulta general, ya que tiene un planteamiento amplio, intentando incluir la función de todas las enfermeras y pacientes en las diferentes relaciones y grados de interdependencia.

#### F.3.Consecuencias deducibles:

La perspectiva de Henderson ha servido para promover nuevas ideas y amplificar el desarrollo conceptual de las teóricas emergentes.

En sus múltiples obras publicadas comentó la importancia de la independencia y la interdependencia de la enfermería con otra rama del campo del cuidado sanitario.

Así mismo, su influencia se hizo notar en el desarrollo de los planes de estudios y contribuyó enormemente a recalcar la importancia de la investigación en la práctica clínica de la enfermería. Utilizó ampliamente las investigaciones de otras teóricas para su trabajo (42).

Evans ha afirmado que *The Principles and Practice of Nursing* supuso un cambio revolucionario en el pensamiento de la investigación enfermera.

A señalado que la tesis revolucionaria del libro es que los hábitos mentales que conforman las tareas diarias de la enfermera son exactamente los mismos que los implicados en las mejores investigaciones publicadas.

Es decir toda enfermera debe ser una investigadora además de realizar las pequeñas tareas de investigación de su trabajo independientemente de publicar o dar conferencia.

La definición de la función singular de la enfermería elaborada por Henderson tuvo una amplia trascendencia, sirviendo como base para que la enfermería se considerará una disciplina científica profesional.

Continuamente citada en las bibliografías y publicaciones en todas las áreas de la práctica enfermera, desde la enfermería holística hasta el proceso de atención enfermero (42).

## **2.3 Marco conceptual**

### **2.3.1. Tiempo de espera:**

Tiempo que transcurre desde el término de los exámenes pre operatorio, hasta el momento de intervención.

### **2.3.2. Cirugía mayor:**

Son los procedimientos quirúrgicos complejos, comunmente realizados bajo anestesia general o regional (anestesia epidural, lumbar o espinal) y asistencia respiratoria, comportando habitualmente cierto grado de riesgo para la vida del paciente o de grave discapacidad.

### **2.3.3. Cirugía menor:**

Es aquella intervención quirúrgica realizada en tejidos superficiales o estructuras fáciles de acceder, cuya intervención demanda poco tiempo y es de forma ambulatoria.

### **2.3.4. Cirugía programada:**

Es aquella Intervención quirúrgica premeditada, que se encuentra calendarizada. Y se le asigna un tiempo en el cual debe cumplir con requisitos preoperatorios.

### **2.3.5. Cirugía urgente:**

Es aquel procedimiento quirúrgico que no puede esperar, porque posiciona en riesgo la vida del paciente y no se encuentra calendarizada.

### **2.3.6. Apendicectomía:**

Es la extirpación del apéndice, cuando dicho órgano se encuentra inflamado producto de una infección.

### **2.3.7. Obstrucción Intestinal:**

Bloqueo total o parcial, impidiendo la evacuación y tránsito del contenido intestinal.

### **2.3.8. Laparotomía Exploratoria:**

Intervención Quirúrgica invasiva, con finalidad exploratoria, y dar tratamiento a problemas internos del abdomen.

### **2.3.9. Colectomía Abierta:**

Intervención quirúrgica, realizada para extraer una vesícula biliar, que se encuentra infectada o bloqueada por presencia de cálculos.

### **2.3.10. Colectomía Laparoscópica:**

Extirpación de vesícula biliar mediante el método laparoscópico.

### **2.3.11. Curación de Herida Quirúrgica:**

Proceso de desinfección de una herida.

### **2.3.12. Exéresis de Lipoma:**

Es la extirpación o eliminación de tumores benignos formado por tejido adiposo.

### **2.3.13. Retiro de Puntos:**

Procedimiento, donde se retira el hilo, que se utilizó para cerrar las heridas de la piel, tejidos, etc.

### **2.3.14. Hemostasia:**

Detención de una hemorragia, mediante mecanismos fisiológicos, o por medio de procedimientos manuales o quirúrgicos.

### **2.3.15. Toracotomía:**

Intervención quirúrgica de urgencia, donde se realiza un corte en la pared torácica, cuando existe una enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

### **2.3.16. Tiempo de espera Adecuado:**

Es el lapso de tiempo aceptable, de espera de los pacientes, desde la culminación de los exámenes pre operatorios, hasta la intervención quirúrgica.

### **2.3.17. Tiempo de espera Inadecuado:**

Es el tiempo prolongado de espera de los pacientes, fuera de los parámetros establecidos desde la culminación de los exámenes pre operatorios, hasta la intervención quirúrgica.

## CAPITULO III

### MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo descriptivo, univariado, porque investiga una sola variable, según el ámbito de recolección de datos es documental, por lo que se va tomar datos de la historia clínica y libros de registro hospitalario.

#### 3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación no experimental tiene un diseño descriptivo, retrospectivo, porque el análisis se realizara con datos anteriores a la fecha de investigación, de corte transversal porque se recolectara la información en un solo momento.

#### 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está conformada por los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente, en el servicio de cirugía del Hospital Regional Moquegua, durante el año 2016, con un total de 257 intervenciones.

Se aplica la formula Muestral:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 257}{0.05^2 (257-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 154$$

**Donde:**

Z=nivel de confianza (1.96)

P= probabilidad de ocurrencia del fenómeno (0.5)

Q= 100-p

E<sup>2</sup>= Error admitido (0.05)

N= Población (257)

El tamaño de la muestra es de 154 pacientes, los cuales serán considerados de la siguiente manera:

| <b>N°</b>    | <b>TIPO DE CIRUGIA</b> | <b>N</b>   | <b>(n)</b> | <b>%</b>    |
|--------------|------------------------|------------|------------|-------------|
| 1            | CIRUGIA MAYOR          | 104        | 62         | 40.47%      |
| 2            | CIRUGIA MENOR          | 98         | 59         | 38.13%      |
| 3            | CIRUGIA DE URGENCIA    | 55         | 33         | 21.40%      |
| <b>TOTAL</b> |                        | <b>257</b> | <b>154</b> | <b>100%</b> |

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se incluirá a todos las historias clínicas de adultos que registren ingreso al servicio de Cirugía, Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Historias clínicas incompletas.

### **3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **a) TECNICA**

Se utilizará como la técnica documental, a través del uso de una guía de recolección documental.

#### **b) RECOLECCION DE DATOS**

Se considera para las cirugías mayores a aquellos pacientes que se encuentren registrados en el libro de hospitalización del servicio de cirugía y que hayan sido intervenidos quirúrgicamente. De los cuales se ha obtenido una muestra y se realizará la recolección de la información documental.

La guía de observación para la recolección de evaluación de los tiempos de espera quirúrgica es autoría del investigador.

El cual consta de 5 partes:

La primera consta del Tipo de Cirugía, la cual incluye: Cirugía mayor programada, cirugía menor programada y cirugía de urgencia.

La segunda consta, el tipo de Intervención: Cirugía Mayor, en la que se considera, Litiasis Vesicular, Hernia y otros; Cirugía Menor, que incluye: Absceso, Lipomas y otros. Cirugía de Urgencia: obstrucción intestinal, Apendicitis y otros.

El tercer ítem consta de los requisitos Preoperatorios:

Laboratorio: Bioquímica, hematología, uroanálisis e inmunología

Riesgo Quirúrgico, fecha de consulta y Electrocardiograma.

Anestesiología:

Cuarto Ítem es la fecha de la intervención quirúrgica

El quinto Ítem es la fecha de término de los procedimientos preoperatorios.

Los criterios de clasificación son:

Evaluación de Cirugía mayor y menor programada:

| RANGO DE ESPERA | DIAS            |
|-----------------|-----------------|
| Adecuado        | Menor a 30 días |
| Medio           | 31 – 60 días    |
| Inadecuado      | 61 – 90 días    |

Evaluación de Cirugías de Urgencia:

| RANGO DE ESPERA | HORAS             |
|-----------------|-------------------|
| Adecuado        | Menor de 24 horas |
| Inadecuado      | Mayor a 48 horas  |

## CAPITULO IV.

### PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

#### 4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA 1

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE CIRUGIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA - 2016.

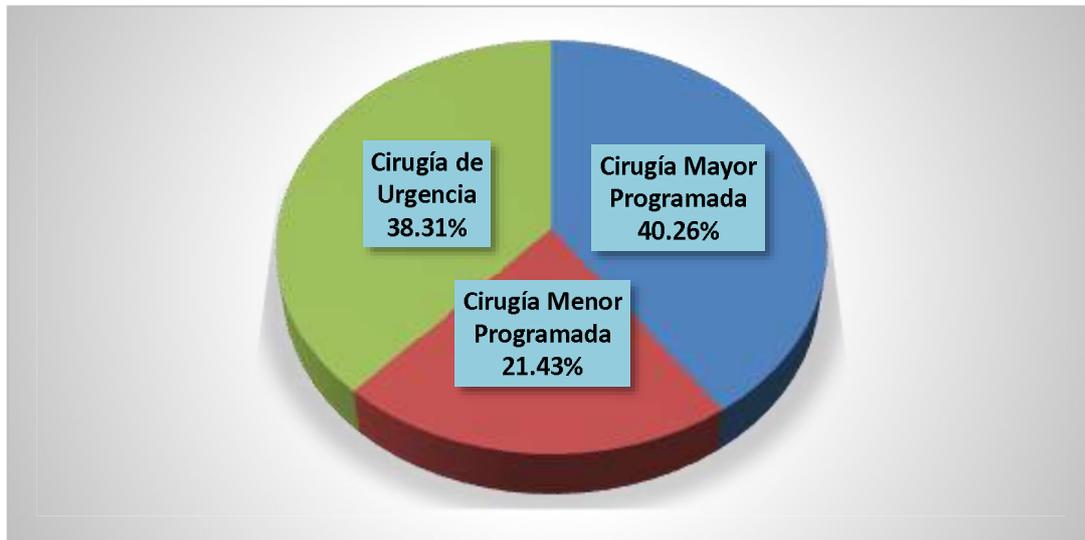
| Tipo de Cirugía          | N   | %      |
|--------------------------|-----|--------|
| Cirugía mayor programada | 62  | 40,26% |
| Cirugía menor programada | 33  | 21,43% |
| Cirugía de Urgencia      | 59  | 38,31% |
| Total                    | 154 | 100,0% |

FUENTE: BASE DE DATOS.

En el presente cuadro se observa la distribución según tipo de cirugía, encontrando que el mayor porcentaje corresponde, a la cirugía mayor programada con 40.26 %, seguida de la cirugía de urgencia con 38.31% y en menor porcentaje a la cirugía menor programada con 21.43%.

## GRÁFICO 1

### DISTRIBUCION DE TIPO DE CIRUGÍA



FUENTE: TABLA 1.

**TABLA 2**

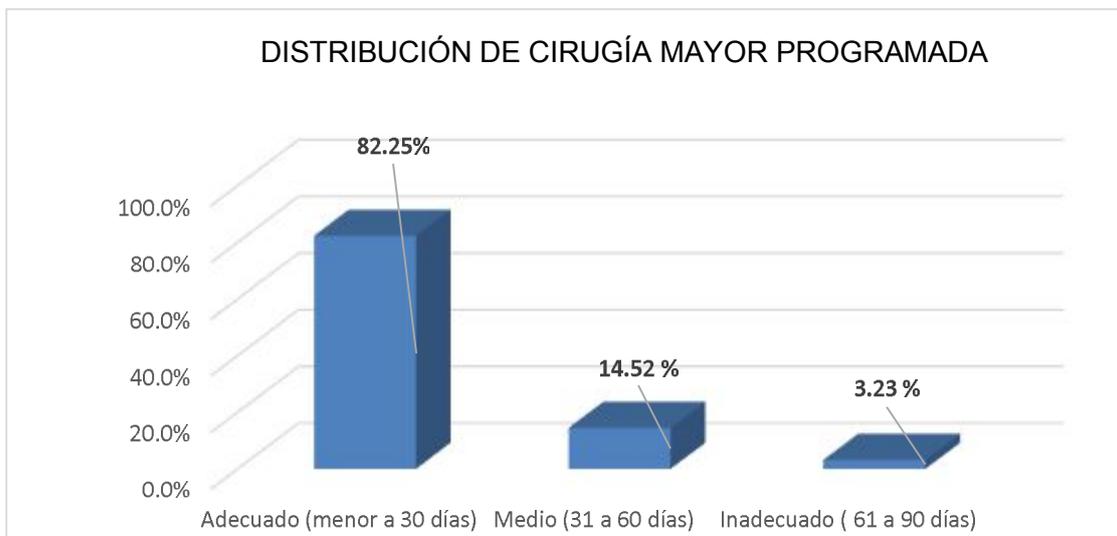
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE CIRUGIA MAYOR PROGRAMADA SEGÚN RANGO DE ESPERA. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA-2016.**

| <b>RANGO DE ESPERA</b>     | <b>N</b>  | <b>%</b>      |
|----------------------------|-----------|---------------|
| Adecuado (menor a 30 días) | 51        | 82,25%        |
| Medio (31 a 60 días)       | 9         | 14,52%        |
| Inadecuado ( 61 a 90 días) | 2         | 3,23%         |
| <b>Total</b>               | <b>62</b> | <b>100,0%</b> |

FUENTE: BASE DE DATOS.

En el presente cuadro se observa la distribución de pacientes de cirugía mayor programada según rango de espera, encontrándose que el mayor porcentaje corresponde al tiempo de espera Adecuado (menor de 30 días) que es de 82.25%, seguida del tiempo Medio (31 a 60 días) con 14.52% y en menor porcentaje el rango de demora Inadecuado (61 a 90 días) con 3.23%.

**GRAFICO 2**



FUENTE: TABLA 2.

**TABLA 3**

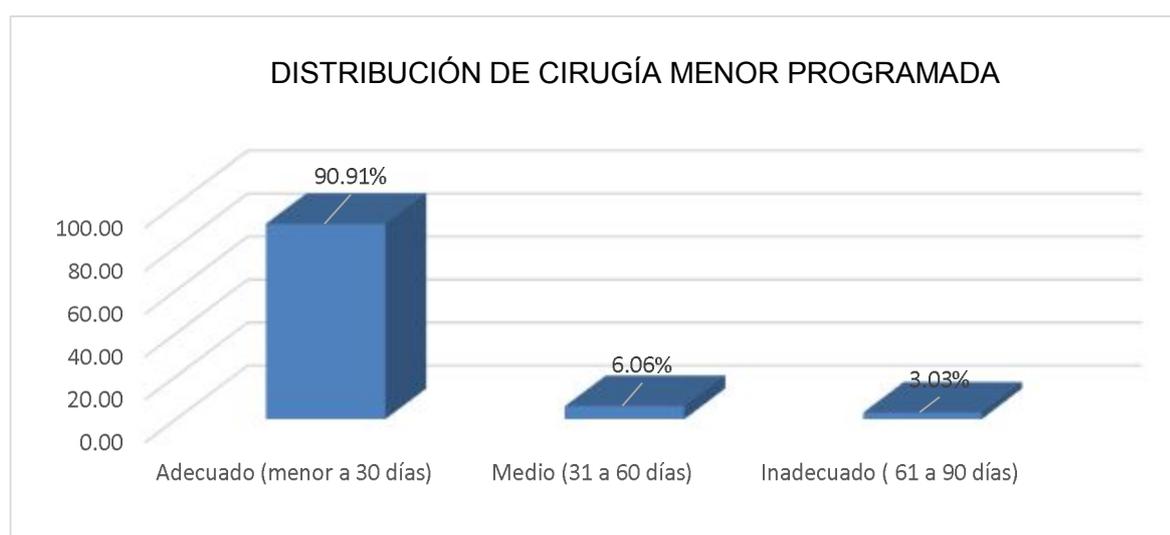
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE CIRUGÍA MENOR PROGRAMADA SEGÚN RANGO DE ESPERA. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA-2016.**

| <b>Rango de espera de Cirugía Menor Programada</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>      |
|--|-----------|---------------|
| Adecuado (menor a 30 días)                         | 30        | 90,91%        |
| Medio (31 a 60 días)                               | 2         | 6,06%         |
| Inadecuado ( 61 a 90 días)                         | 1         | 3,03%         |
| <b>Total</b>                                       | <b>33</b> | <b>100,0%</b> |

FUENTE: BASE DE DATOS.

En el presente cuadro se observa la distribución de pacientes se cirugía menor programada según rango de espera; encontrándose el mayor porcentaje para el rango de demora Adecuado (menor a 30 días) correspondiente al 90.91%, seguida del rango de demora Medio (31 a 60 días) con 6.06% y en menor porcentaje el rango de demora Inadecuado (61 a 90) con 3.03%.

**GRAFICO 3**



FUENTE: TABLA 3.

**TABLA 4**

**DISTRIBUCION DE CIRUGIAS DE URGENCIA SEGÚN TIEMPO DE ESPERA.  
HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA-2016.**

| <b>CIRUGIA DE URGENCIA</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|-----------|----------|
| ADECUADO<br>< 24 horas     | 59        | 100,0%   |
| INADECUADO<br>>48 horas    | 0         |          |

FUENTE: BASE DE DATOS.

En el presente cuadro se observa el rango de tiempo de espera quirúrgica por urgencia en horas, donde se encuentra que el 100% de intervenciones se realizaron en menos de 24 horas.

**TABLA 5**

**TABLA DE DOBLE ENTRADA DE EVALUCIÓN DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2016.**

| TIPO DE CIRUGIA<br>RANGO DE ESPERA | CIRUGÍA MAYOR PROGRAMADA |        | CIRUGÍA MENOR PROGRAMADA |        | CIRUGÍA DE URGENCIA |      | TOTAL |        |
|------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|---------------------|------|-------|--------|
|                                    | N                        | %      | N                        | %      | N                   | %    | N     | %      |
| ADECUADO                           | 51                       | 82.25% | 30                       | 90.91% | 59                  | 100% | 140   | 90.91% |
| MEDIO                              | 9                        | 14.52% | 2                        | 6.06%  | --                  | --   | 11    | 7.14%  |
| INADECUADO                         | 2                        | 3.23%  | 1                        | 3.03%  | --                  | --   | 3     | 1.95%  |
| TOTAL                              | 62                       | 100%   | 33                       | 100%   | 59                  | 100% | 154   | 100%   |

FUENTE: BASE DE DATOS.

En el presente cuadro de doble entrada, se observa la distribución del rango de espera en cirugía mayor, encontrándose que el mayor porcentaje corresponde al tiempo de espera adecuado que es de 82.25 %, seguida del tiempo medio con 14.52% y en menor porcentaje el rango de demora inadecuado con 3.23%.

Se observa también la distribución del rango de espera en cirugía menor, encontrándose el mayor porcentaje para el rango de demora adecuado correspondiente al 90.91%, seguida del rango de demora medio con 6.06% y en menor porcentaje el rango de demora inadecuado con 3.03%.

De la misma forma, se observa la distribución del rango de espera en cirugía de urgencia, donde el 100% de intervenciones, se realizaron en menos de 24 horas.

**TABLA 6**

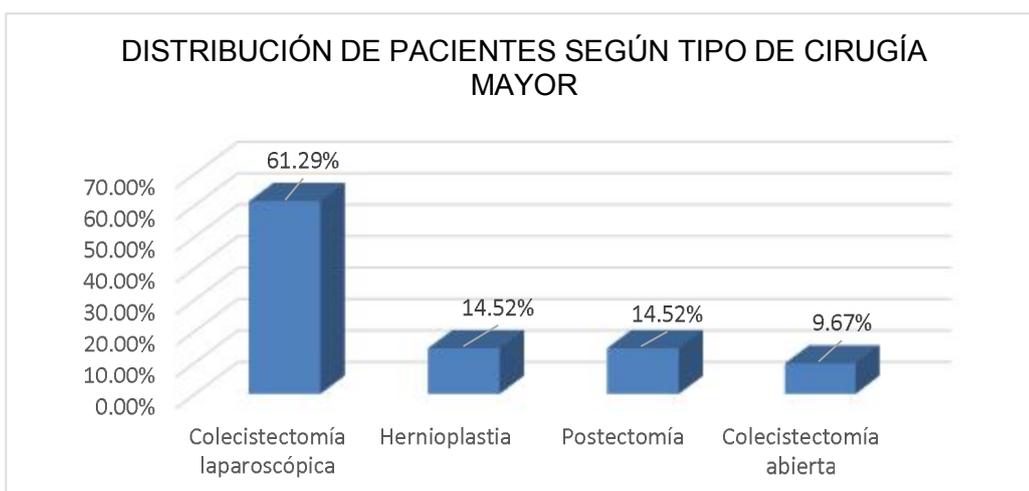
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES, SEGÚN TIPO DE CIRUGÍA MAYOR PROGRAMADA. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA-2016.**

| Tipo de cirugía mayor         | Nº | %      |
|-------------------------------|----|--------|
| Colecistectomía Laparoscópica | 38 | 61,29% |
| Hernioplastía                 | 9  | 14,52% |
| Postectomía                   | 9  | 14,52% |
| Colecistectomía Abierta       | 6  | 9.67%  |
| Total                         | 62 | 100,0% |

FUENTE: BASE DE DATOS.

En el presente cuadro se observa la distribución de pacientes según tipo de cirugía mayor programada, encontrando que el mayor porcentaje corresponde a Colecistectomía laparoscópica con 61.29%, seguida de Hernioplastía con 14.52% y en menor porcentaje correspondiente a Postectomía con 14.52% y en menor porcentaje Colecistectomía abierta con 9.67%.

**GRAFICO 6**



FUENTE: TABLA 6.

**TABLA 7**

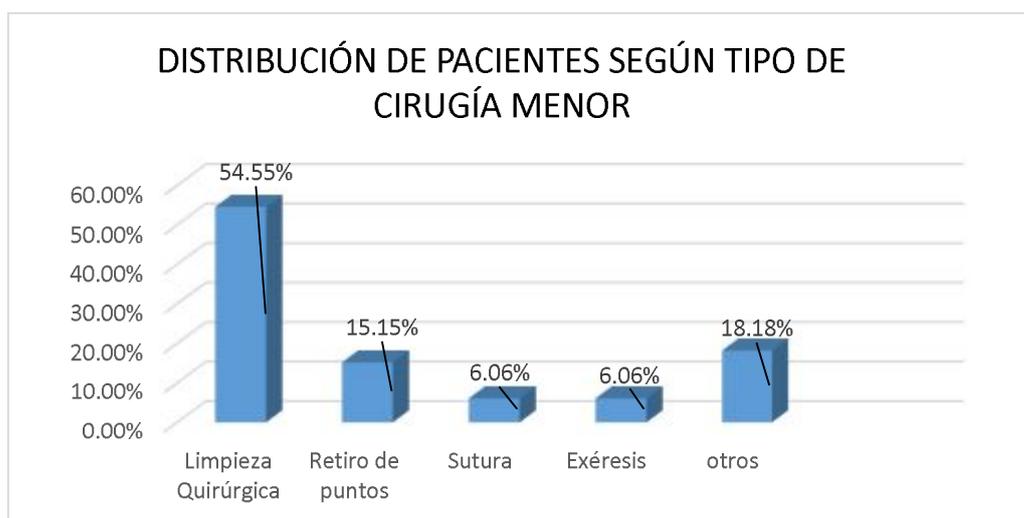
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES, SEGÚN TIPO DE CIRUGÍA MENOR PROGRAMADA. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA-2016.**

| <b>Tipo de Cirugía Menor</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>      |
|------------------------------|-----------|---------------|
| Limpieza Quirúrgica          | 18        | 54,55%        |
| Retiro de puntos             | 5         | 15,15%        |
| Sutura                       | 2         | 6,06%         |
| Exéresis                     | 2         | 6,06%         |
| Otros                        | 6         | 18,18%        |
| <b>Total</b>                 | <b>33</b> | <b>100,0%</b> |

FUENTE: BASE DE DATOS.

En el presente cuadro se observa la distribución de pacientes, según tipo de cirugía menor programada, encontrando el mayor porcentaje a Limpieza quirúrgica con 54.55%, Retiro de puntos con 15.15%, Suturas con 6.06% y Exéresis con 6.06%; seguida de otras intervenciones quirúrgicas con 18.18%.

**GRAFICO 7**



FUENTE: TABLA 7.

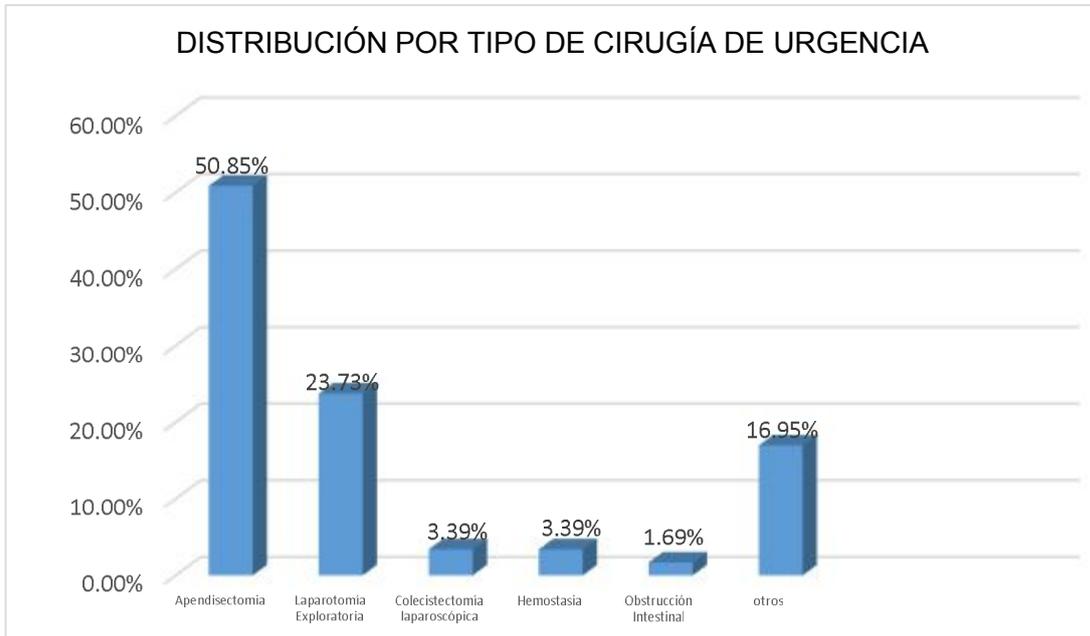
**TABLA 8****DISTRIBUCIÓN DE CIRUGÍAS DE URGENCIA POR TIPO. HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2016.**

| <b>Tipo de Cirugía urgente</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>      |
|--------------------------------|-----------|---------------|
| Apendicectomía                 | 30        | 50,85%        |
| Laparotomía exploratoria       | 14        | 23,73%        |
| Colecistectomía laparoscópica  | 2         | 3,39%         |
| Hemostasia                     | 2         | 3,39%         |
| Obstrucción intestinal         | 1         | 1,69%         |
| Otros                          | 10        | 16,95%        |
| <b>Total</b>                   | <b>59</b> | <b>100,0%</b> |

FUENTE: BASE DE DATOS.

En el presente cuadro se observa la distribución de cirugías de urgencia por tipo, encontrando el mayor porcentaje a la intervención quirúrgica de Apendicectomía con 50.85%, seguida de Laparotomía exploratoria con 23.73%, Colecistectomía laparoscópica y Hemostasia con el 3.39%, Obstrucción intestinal con 1.69%; otras intervenciones quirúrgicas con 16.95%.

**GRAFICO 8**



FUENTE: TABLA 8.

**TABLA 9**

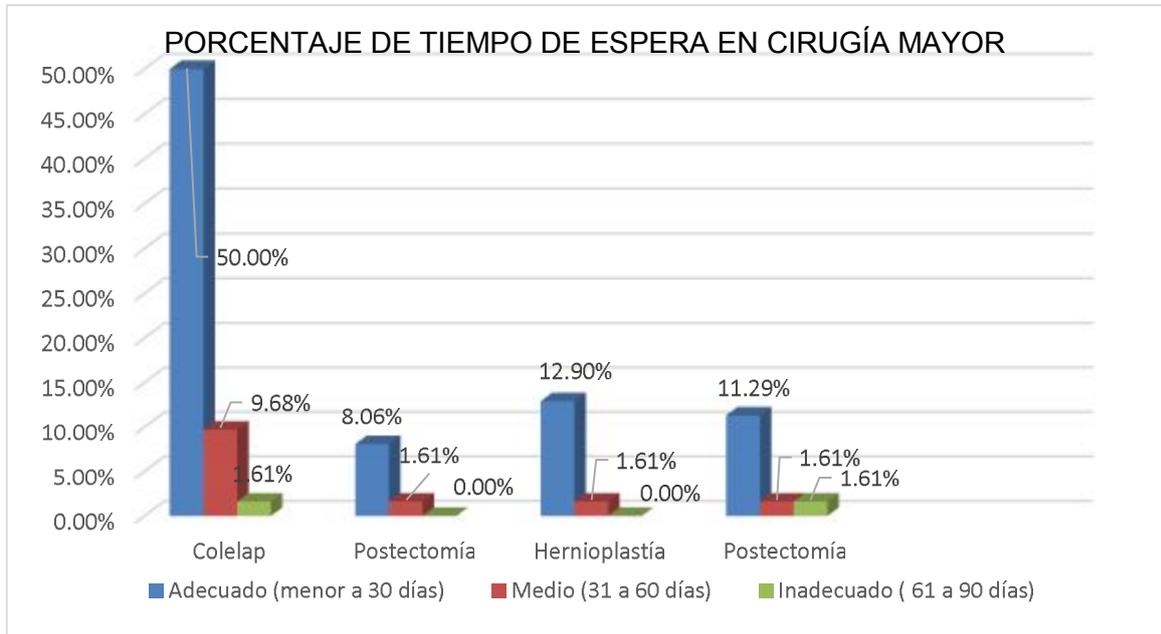
**PORCENTAJE DE TIEMPO DE ESPERA EN INTERVENCIONES DE CIRUGÍA  
MAYOR PROGRAMADA.**

| RANGO DE ESPERA             | Colecistectomía Laparoscópica |                | Colecistectomía Abierta |              | Hernioplastía |               | Postectomía |               | Total     |               |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------|-------------------------|--------------|---------------|---------------|-------------|---------------|-----------|---------------|
|                             | N                             | %              | Nº                      | %            | Nº            | %             | Nº          | %             | Nº        | %             |
|                             | TIPO DE INTERV.               |                |                         |              |               |               |             |               |           |               |
| Adecuado (menor a 30 días). | 31                            | 50,00%         | 5                       | 8,06%        | 8             | 12,90%        | 7           | 11,29 %       | 51        | 82,26%        |
| Medio (31 a 60 días).       | 6                             | 9,68%          | 1                       | 1,61%        | 1             | 1,61%         | 1           | 1,61%         | 9         | 14,52%        |
| Inadecuado ( 61 a 90 días). | 1                             | 1,61%          | 0                       | 0,00%        | 0             | 0,0%          | 1           | 1,61%         | 2         | 3,23%         |
| <b>TOTAL</b>                | <b>38</b>                     | <b>61,29 %</b> | <b>6</b>                | <b>9,68%</b> | <b>9</b>      | <b>14,52%</b> | <b>9</b>    | <b>14,52%</b> | <b>62</b> | <b>100,0%</b> |

FUENTE: BASE DE DATOS.

En el presente cuadro se puede observar que del 82.3% de la población que presenta un adecuado tiempo de espera, Colecistectomía laparoscópica tiene un 50.00%, Hernioplastía 12.90%, Postectomía 11.29% y Colecistectomía abierta con un 8.06%; en relación al tiempo de espera medio, representa el 14.52% del total de la muestra, teniendo la de Colecistectomía laparoscópica un 9.68%, colecistectomía, hernioplastía y postectomía con un 1.61% cada uno y en el tiempo de espera inadecuado, Colecistectomía Laparoscópica y postectomía representan el 1.6%, cada uno.

**GRAFICO 9**



FUENTE: TABLA 9.

## 4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación, se realizó en el Hospital Regional Moquegua en un tiempo retrospectivo, realizando una investigación documental.

Para la presente investigación se contó con una población estudio de 154 pacientes, donde 62 pacientes pertenecen a la población de cirugía mayor, 33 pacientes pertenecen a la población de cirugía menor y 59 pacientes corresponden a la población de cirugía de urgencia.

En la tabla número 1 se puede visualizar que el 40.26% de la población pertenece a intervenciones de Cirugía Mayor programada, seguida de la población de Cirugía de Urgencia con el 38.31%, y por último la población de Cirugía menor Programada con el 21.43%.

Resultados similares se han encontrado en otros estudios donde la “Lista de espera no ges. Garantías de oportunidad ges retrasadas”, determino que los tiempo de espera se clasifican, en adecuado: < 30 días, Medio 31 a 60 días, Inadecuado: 61 a 90 días, en el Ministerio de Salud Chile 2016 (11).

En la tabla número 2 se puede visualizar la clasificación del tiempo de espera quirúrgica en Cirugía mayor, dando como resultado que el tiempo de espera adecuado es de 82.25%, el tiempo de espera media es de 14.52% y el tiempo de espera inadecuado es de 3.23%. A diferencia de Aguirre Salazar Joseph, et al, en relación al incremento en lista de espera de cirugías del servicio de cirugía (3), en el Hospital Monseñor Sanabria en Costa Rica (2013), determinaron que el 55% de los pacientes presentan un tiempo de espera de menos de 12 meses. Estando también en desacuerdo con la Oficina de Gestión de Calidad, quienes determinaron que el tiempo de espera para acceder a una colecistectomía laparoscópica (COLELAP) fue de 32 días y para una Hernioplastía fue de 100 días, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2012-2013 (12).

En la tabla número 3 se puede visualizar la clasificación del tiempo de espera quirúrgica en cirugía menor, dando como resultado que el 90.91% se realizó en el Tiempo adecuado, con un 6.06% se realizaron en el tiempo medio de espera, y por ultimo con un 3.03 % se realizó en el tiempo inadecuado de espera.

En la tabla número 4 se puede visualizar el tiempo de espera quirúrgica por urgencia, siendo el 100% en 24 horas.

En la tabla número 5 de doble entrada, se observa la evaluación del tiempo de espera de cirugía mayor, encontrándose que el tiempo de espera adecuado es de 82.25%, el tiempo de espera media es de 14.52% y el tiempo de espera inadecuado es de 3.23%. En comparación del tiempo de espera de cirugía menor programada, se observa que el 90.91% se realizó en el tiempo adecuado, con un 6.06% se realizaron en el tiempo medio de espera, y por ultimo con un 3.03 % se realizó en el tiempo inadecuado de espera. En comparación con el tiempo de espera quirúrgica por urgencia, siendo el 100% en 24 horas.

En la tabla número 6 se observa la distribución según tipo de cirugía mayor programada, encontrándose que Colectomía laparoscópica se realizó con 61.29%, seguida de Hernioplastía con 14.52 % y en menor porcentaje correspondiente a Postectomía con 14.52%. Similares resultados presenta, Diaz y Osada , donde determinaron que las afecciones practicadas con frecuencia son: patología vesicular (colecistitis y colelitiasis) con un 38,9% y patología herniaria con un 31,7%, en un hospital de Chiclayo (5). Estando también en concordancia con Ana Lorena Fernández Chacón quien determinó que el 14% del total de la lista quirúrgica de la red hospitalaria de la Caja Costarricense de Seguro Social, ingresan con diagnósticos de: colelitiasis, esterilización femenina, hernia inguinal, hernia umbilical y gonartrosis (2)

En la tabla número 7 se observa la distribución según el tipo de Cirugía Menor, encontrándose que Limpieza Quirúrgica se realizó con 54.55%, seguida de otras intervenciones quirúrgicas 18.18%, Retiro de puntos con 15.15%, Suturas con 6.06% y Exéresis con 6.06%.

En la tabla número 8 se observa la distribución según tipo de cirugía por urgencia, encontrándose que Apendicectomía se realizó con 50.85%, seguida de Laparotomía exploratoria con 23.73%, otras intervenciones quirúrgicas con 16.95%, Colectomía laparoscópica y Hemostasia con el 3.39%, y en menor porcentaje Obstrucción intestinal con 1.69%.

En la tabla número 9 se observar que del 82.3% de la población que presenta un adecuado tiempo de espera, Colectomía laparoscópica tiene un 50.00%, Hernioplastía 12.90%, Postectomía 11.29% y Colectomía abierta con un 8.06%; en relación al tiempo de espera medio, representa el 14.52% del total de la muestra, teniendo la de Colectomía laparoscópica un 9.68%, colectomía, hernioplastía y postectomía con un 1.61% cada uno y en el tiempo de espera inadecuado, Colectomía Laparoscópica y postectomía representan el 1.6%, cada uno.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

1. Los rangos de demora de intervención quirúrgica en cirugías programadas y cirugías de urgencia al 90.91% son adecuados.
2. El tiempo de espera quirúrgica en las intervenciones de Cirugía mayor programada es adecuada en un 82.25%, medio en un 14.52% e inadecuado en un 3.23%; en la cirugía menor programada es adecuada en un 90.91%, medio en un 6.06% e inadecuado en un 3.03% y en la cirugía de urgencia un 100% tiene tiempos de espera adecuado.
3. Las cirugías que presentan mayor tiempo de espera, son: Colectomía laparoscópica con un 61.29%, Colectomía abierta con 9.67%, Hernioplastía 14.52% igualmente Postectomía con un 14.52%; representando un tiempo de espera medio (31 a 60 días).
4. Las cirugías mayores programadas, que tienen alta frecuencia son: Colectomía laparoscópica con 61.29%, seguida de Hernioplastía y Postectomía con 14.5 % y en menor porcentaje Colectomía abierta con 9.67%.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

1. Realizar otros estudios de investigación con la finalidad de determinar los factores relacionados al incremento del tiempo de espera y realizar procesos de mejora.
2. Los tiempos de espera quirúrgica, son adecuados en su mayoría, debiendo de sensibilizar al personal para continuar con tiempos de espera óptimos y disminuir los tiempos inadecuados.
3. Mejorar los procesos preoperatorios, como riesgo quirúrgico, exámenes de laboratorio, con la finalidad de disminuir tiempos.
4. Sugerir la utilización de fluxogramas para que los pacientes puedan orientarse y cumplir con los exámenes preoperatorios a tiempo.
5. Elaboración de lista de espera quirúrgica con la finalidad de que los pacientes puedan conocer aproximadamente cuando será la fecha de intervención programada.
6. Sensibilizar al personal médico para que el registro en los libros de sala de operaciones sean legibles para el análisis correspondiente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación de facultativos especialistas de madrid. Lista de espera quirurgica en la comunidad de Madrid. AFEM-Estudio juridico Liria. Madrid: MUGA- MAILLO-MUGA, Estudio juridico Liria; 2015.
2. Ana Lorena Fernández Chacón. Medición de los tiempos de espera en 5 diagnósticos de la lista personalizada quirúrgica, en la red hospitalaria de la. Tesis. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social., Costa Rica; 2014.
3. Aguirre Salazar A, Lungo Alfaro D. Análisis del incremento en lista de espera de cirugías del servicio de cirugía, en las especialidades de ortopedia, oftalmología y cirugía general en el Hospital Monseñor Sanabria. Tesis. Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administracion Pública ICAP , Programa de Maestria en Gerencia de la Calidad; 2013.
4. Maricela del Carmen Cisneros Calero. Priorización de listas de espera de pabellones quirurgicos del Hospital Pediatrico Dr. Exequiel Gonzales Cortés. Tesis. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Fisicas y Matematicas; 2010.
5. Díaz A, Osada J. Tiempo de Espera Quirúrgica en un Hospital de Chiclayo- Perú. Rev. Perú Med Exp. Salud Pública. 2015; 32(1).
6. Rojas Santana O, Hernandez Diaz E, Molina Lois M, Ojeda Gonzales J. Estratificación de prioridades para la urgencia Quirúrgica. Resultados de la aplicación de un método diferente. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2005; 4.
7. Hospital Nacional PNP Luis N. Saenz. Division de Anestesiologia y Centro quirugico. 2006..

8. Siciliani L, Stanciole A, Jacobs R. ¿Los tiempos de espera reducen los costos hospitalarios? PubIMed. 2009 Julio; 4.
9. Pisonero DG. Implantación del Metodo Debriefing para la estimación de la prevalencia de incidentes de seguridad del paciente en Quirófanos. Madrid : Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina; 2013.
10. Alejandro Alfredo Quezada Verdugo. Diseños y construcción del proceso de priorización de pacientes. Tesis. Chile: universidad de Chile Facultad de Ciencias Fisicas y Matematicas Departamento de Ingeniería Industrial.; 2013.
11. Chile Gd. Lista de espera no GES.Garantias de oportunidad GES retrasadas. Chile: Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales Chile, Departamento de Estudios, Innovación e Información para la gestión.; 2016.
12. Heredia. OdGdCdHNC. Proyecto de Calidad: Meorando el acceso del usuario externo para las cirugias electivas del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Peru: Hospital Cayetano Heredia, Oficina de Gestion de Calidad; 2013.
13. Monge Navarro A, Murillo Sancho , Calderón Céspedes A, Vega Araya A, Aguilar Cubillo A. Listas de Espera. Acta Médica Costarricense. 2014 Abril-Junio; 56.
14. Colaboradores FGy. Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico. In Enciclopedia Cirugía digestiva. Argentina; 2009. p. 2111.
15. García Gutierrez A, Pardo Gómez G. Cirugía I. Primera ed. La habana-Cuba: Ecimed; 2006.
16. Lopez Hector J, Perez Guirola Y. Cirugía III - Anestesiología y Reanimación. tercera ed. La Habana -Cuba: Ecimed; 2006.

17. Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica. Lima: Ministerio de Salud, Lima, Peru; 2011.
18. Valoración Perioperatoria en Cirugía no Cardíaca en el Adulto. Departamento Federal de México: Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2009.
19. C. VT. Evaluación Preoperatoria. Revista Médica Clínica Condes. 2011.
20. Antonio Romero Márquez IFH. Manual de Cirugía Menor en Atención Primaria España; 2011.
21. Dr. Claudio Nazar J JBEGLF. Revista Chilena. Exámenes Preoperatorios de rutina en cirugía electiva. ¿Cuál es la Evidencia. 2014 Abril; 66.
22. Salud OMDI. La Cirugía Segura Salva Vidas. Francia; 2008.
23. Muñoz Álvarez E, Castro Navarro M, Yáñez Caballero B. Técnica de Enfermería en la Asistencia al Traumatismo Menor España: Fundación para el Avance Tecnológico y Entrenamiento Profesional de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
24. TecSalud HSJ. ¿Cirugía electiva o cirugía de urgencia? 2013 Abril.
25. Social IMdS. Diagnóstico de Apendicitis aguda México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
26. Wong Pujada P, Morón Antonio P, Espino Vega C, Arévalo Torres J, Villaseca Carrasco R. Cirugía : I Cirugía General. Perú: UNMSM, Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central; 2008.
27. Coto FM. Colecistitis Calculosa Aguda. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII. 2009; 618.

28. Samitaria OdPel. Guia del Sub sistema de complicaciones Intrahospitalarias Infecciones. Lima: Essalud, Oficina de planeamiento e Inteligencia Sanitaria; 2008.
29. Aney DM. Colectectomía Abierta Saunders E, editor. España: Elsevier Saunders; 2009.
30. Blanco Benavides P, Fonseca Alvarado JA, Mora Leandro M, Moya Conejo X, Navarro Gonzales J, Paniagua Gonzales M, et al. Colectectomía laparoscópica y la importancia de un laboratorio de entrenamiento en cirugía mínimamente invasiva, a propósito de su reciente creación en la Universidad de Costa Rica. Medicina Legal de Costa Rica. 2013 Marzo; 30.
31. Bueno J, Serralta A, Planells M. Cirugía Española. 5th ed. España: Elsevier; 2001.
32. Surgeons ACo. Apendisectomía. Surgical Patient Educatiion Program. 2014 Mayo; 30.
33. Bassy Iza N, Esteban Dombriz MJ. Tratado de Geriatria para Residentes. 1st ed. Genología SEdGy, editor. Madrid: International Marketing y Comunicación; 2006.
34. Gomez Bravo E, Hardy Pérez E, Hoyo García de Alva LE, Flores Bringas OM. Obstrucción Intestinal. México: Centro Estatal de Información en Salud; 2004.
35. M. LS. Contribución al estudio de la cirugía abdominal. Revista Chilena de Cirugía. 2004 Octubre; 56(5).
36. Jove FHd. Protocolo de Cura Quirurgica. España;; 2014.
37. comunitaria SVdMfi. Manual práctico de cirugía menor. Primera ed. España: Diazotec, S.a; 2012.

38. Peñalolén CdSC. Manual de Procedimientos. Santiago-Chile: Centro de salud comuna de Peñalolén; 2010.
39. Peña Perez CA, Carrillo R. Manejo de la hemorragia aguda en el transoperatorio. Revista Mexicana de Anestesiología. 2014 Octubre-Diciembre; 37.
40. Guzman MR. Toracotomía con separación muscular vs toracotomía clásica. Revista Chilena de Cirugía. 2004 Junio; 56(3).
41. Montero C. Avances en Cirugía Toraxica. Revista Medica de España. 2005.
42. Marrier Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorias en Enfermería. Quinta Edición ed.: Elsevier Mosby.