

Guayaquil, Marzo 07 de 2017

Doctor

Guillermo Campuzano Castro

Director de la Escuela de Graduados

Ciudad.-

Handwritten in purple ink:
Hoy se revisó
aceptado
10/08/17

Revisado y analizado el Borrador de Tesis titulado **"Visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del quirófano central – Hospital Teodoro Maldonado"**, presentado por la **Dra. Ruth Valencia Peso** Médico Postgradista de Anestesiología y Terapia del Dolor. Debo informar que el trabajo de investigación ha sido **APROBADO**, considerando que cumple con los parámetros de orden teórico y metodológico lo cual faculta, salvo mejor criterio, al estudiante para que continúe con su proceso de orden.

Agradecido por la atención prestada, me suscribo de Ud.

Atentamente,

Handwritten signature of Dr. Johnny García Espinoza

DR. JOHNNY GARCÍA ESPINOZA

DOCENTE - REVISOR

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

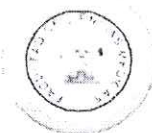
FECHA: 8 MAR 2017

HORA: 17h08

RECIBIDO POR: *Handwritten signature*



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
DIRECCION



Of. EG-193-ANTEP.

Diciembre 7 de 2016

Doctora

Ruth Dolores Valencia Peso

**RESIDENTE ESPECIALIDAD ANESTESIOLOGÍA Y TERAPIA DEL DOLOR
HOSPITAL REGIONAL IESS DR. T.M.C.**

Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Unidad Curricular de Titulación vigente en esta Escuela su Anteproyecto de Investigación con el tema:

**"VISITA PRE-ANESTESICA COMO FACTOR PREDICTOR DE RIESGO
PERI-OPERATORIO Y POST-OPERATORIO EN CIRUGIAS ELECTIVAS
DEL QUIROFANO CENTRAL. HOSPITAL GENERAL IESS DR. TEODORO
MALDONADO CARBO".**

Tutor: Dr. Wilson Vaca Mendieta

Ha sido revisado y aprobado por la Subdirección de Escuela de Graduados el día **25 de noviembre del 2016**, por lo tanto puede continuar con la ejecución del **Proyecto final de titulación**.

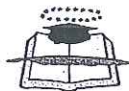
Revisor asignado: Dr. Johnny García Espinoza

Atentamente,

**Dr. Guillermo Campuzano Castro
DIRECTOR**

C. archivo

Revisado y Aprobado	Dr. Guillermo Campuzano C.
Elaborado	Nadia Guerrero V.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS



UNIDAD CURRICULAR DE TITULACIÓN
FORMULARIO DE REGISTRO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FECHA: Día: 26 Mes: Abril Año: 2016

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
Anestesiología y Terapia del Dolor

UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE (UAD)
Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo

Fecha Inicio Programa:
Día: 08 Mes: 04 Año: 2013

Fecha Culminación Programa:
Día: 08 Mes: 04 Año: 2017

DATOS DEL POSGRADISTA

NOMBRES:	Ruth Dolores	APELLIDOS:	Valencia Peso
Cédula No:	0912620853	Dirección:	Sauces VIII Mz. 486 Villa 4
E-mail Institucional:	ruth.valenciap@ug.edu.ec	E-mail personal:	loli_dolores@hotmail.com
Teléfono convencional:	04-2174282	Teléfono móvil:	0992298511

TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO: Visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del quirófano central - Hospital Teodoro Maldonado
--

MODALIDAD/OPCIÓN DE TITULACIÓN:

1. TRABAJO DE INVESTIGACION (X)	2. EXAMEN COMPLEXIVO ()	3. ARTICULO CIENTIFICO ()
---------------------------------	--------------------------	----------------------------

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO – UG.	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	SALUD HUMANA, ANIMAL Y DEL AMBIENTE
SUBLÍNEA:	METODOLOGÍAS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICAS, BIOLÓGICAS, BIOQUÍMICAS Y MOLECULARES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	
ÁREA/LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:	SISTEMA NACIONAL DE SALUD / CALIDAD DE LA ATENCIÓN, PRESTACIÓN Y SISTEM A DE APOYO
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL	
SUBLÍNEA	

PALABRAS CLAVE: VALORACIÓN PREANESTÉSICA, RIESGO PERI Y POST-OPERATORIO, CIRUGÍA ELECTIVA

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Prospectivo, descriptivo, analítico, observacional, no experimental

TUTOR:	DRA. RUTH DOLORES VALENCIA PESO
REVISOR METODOLÓGICO:	DR. WILSON CÉSAR VACA MENDIETA
COORDINADOR DEL PROGRAMA:	DR. WILSON CÉSAR VACA MENDIETA

No. DE REGISTRO: No. CLASIFICACIÓN:

VALIDACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN. DIRECTOR / COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN.

F)	F)	F)
----	----	----



HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO
COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Guayaquil, marzo 06 de 2017

Sr. Dr.:
GUILLERMO CAMPUZANO
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

De mis consideraciones:

Por medio de la presente certifico que he revisado y aprobado el *borrador final de trabajo de titulación*, previa obtención del título de especialista en *Anestesiología y Terapia del Dolor*, cuyo tema es: **"Visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del quirófano central, en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, Período 2016 - 2017"**, presentado por la Dra. Ruth Valencia Peso.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Dra. Ma. Antonieta Zunino C.
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO

DRA. MARÍA ANTONIETA ZUNINO
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN HTMC



Hospital de Especialidades
Teodoro Maldonado Carbo

Guayaquil, Marzo 01 de 2017

Sr. Dr.

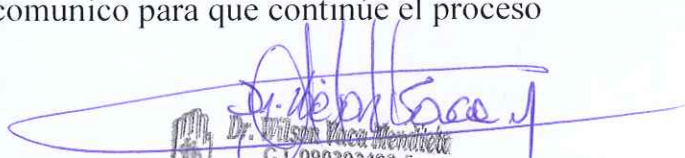
Guillermo Campuzano Castro Msc.
Director de Escuela de Graduados
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Guayaquil
Ciudad.-

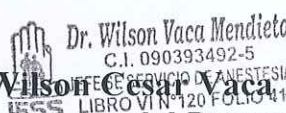
De mi consideración:

Por medio de la presente informo a usted, que ha sido revisado y aprobado el **BORRADOR FINAL DE TRABAJO DE TITULACION** cuyo tema es "Visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del quirófano central – Hospital Teodoro Maldonado" 2016- 2017, presentado por el Md. Ruth Dolores Valencia Peso, previo la obtención del título de especialidad en Anestesiología y Terapia del Dolor.

Particular que comunico para que continúe el proceso

Atentamente:




Dr. Wilson Vaca Mendieta
Coordinador del Postgrado de Anestesiología y Terapia del Dolor



Hospital de Especialidades
Teodoro Maldonado Carbo

Guayaquil, Marzo 01 de 2017

Sr. Dr.

Guillermo Campuzano Castro Msc.
Director de Escuela de Graduados
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Guayaquil
Ciudad.-

De mi consideración:

Por medio de la presente informo a usted, que ha sido revisado y aprobado el **BORRADOR FINAL DE TRABAJO DE TITULACION** cuyo tema es "Visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del quirófano central – Hospital Teodoro Maldonado" 2016- 2017, presentado por el Md. Ruth Dolores Valencia Peso, previo la obtención del título de especialidad en Anestesiología y Terapia del Dolor.

Particular que comunico para que continúe el proceso

Atentamente:
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.



Mgs. Wilson Vaca Méndieta

Dr. Wilson Cesar Vaca Mendieta

Tutor de Tesis



HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO
COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Guayaquil, febrero 07 de 2017

Sr. Dr.:
GUILLERMO CAMPUZANO
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

De mis consideraciones:

Por medio de la presente certifico que la base datos usada por la **Dra. Ruth Valencia** **Peso**, para el tema de investigación: **"VISITA PRE-ANESTÉSICA COMO FACTOR PREDICTOR DE RIESGO PERI-OPERATORIO Y POST-OPERATORIO EN CIRUGÍAS ELECTIVAS DEL QUIRÓFANO CENTRAL, EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, 2016 - 2017"**, son de pacientes atendidos en este Centro Hospitalario.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Dra. Ma. Antonieta Zunino C.
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO

DRA. MARIA ANTONIETA ZUNINO
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN HTMC



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COORDINACIÓN DE POSGRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO COMO REQUISITO PREVIO

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y TERAPIA DEL DOLOR

TEMA:

“VISITA PRE-ANESTÉSICA COMO FACTOR PREDICTOR DE RIESGO PERI-
OPERATORIO Y POST-OPERATORIO EN CIRUGÍAS ELECTIVAS DEL
QUIRÓFANO CENTRAL. HOSPITAL REGIONAL IESS DR. TEODORO
MALDONADO CARBO”

AUTOR:

MD. RUTH DOLORES VALENCIA PESO

TUTOR:

DR. WILSON VACA MENDIETA

AÑO:

2017

GUAYAQUIL – ECUADOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, MD. Ruth Dolores Valencia Peso

DECLARO QUE:

El Trabajo Proyecto de Tesis **“VISITA PRE-ANESTÉSICA COMO FACTOR PREDICTOR DE RIESGO PERI-OPERATORIO Y POST-OPERATORIO EN CIRUGÍAS ELECTIVAS DEL QUIRÓFANO CENTRAL. HOSPITAL REGIONAL IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO”** como parte de requisito, previa a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Anteproyecto de Tesis mencionado.

AUTORA

MD. Ruth Dolores Valencia Peso

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.....	I
ÍNDICE DE TABLAS	III
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	VI
DEDICATORIA.....	IX
AGRADECIMIENTO	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XIII
CAPITULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS	4
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.1.3. HIPÓTESIS	5
CAPÍTULO II	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	6
2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	7
CAPITULO III	15
3. MATERIALES Y MÉTODOS	15
3.1 MATERIALES	15
3.1.1 LOCALIZACIÓN	15
3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	15
3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN	16
3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA.....	16
3.1.4.1 UNIVERSO:.....	16
3.1.4.2 MUESTRA:.....	16

3.2 MÉTODOS.....	16
3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	16
3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	17
3.2.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN	17
3.2.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS	17
3.2.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	18
3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN.....	18
3.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18
3.2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	19
3.2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	19
4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	20
4.1 RESULTADOS.....	20
4.2 DISCUSIÓN.....	51
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	53
5.1 CONCLUSIONES	53
5.2 RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA.....	56
7. ANEXOS	60
ANEXO 1.....	60
FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS	60
ANEXO 2.....	65
BASE DE DATOS EN EXCEL.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Perfil demográfico.....	22
Tabla 2. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Estado nutricional.	23
Tabla 3. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Comorbilidades.	24
Tabla 4. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de comorbilidades.....	25
Tabla 5. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Factores de riesgo.....	27
Tabla 6. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de factores de riesgo. .	28
Tabla 7. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Medicamentos de uso habitual.....	29
Tabla 8. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Presión arterial sistólica preoperatoria.....	30
Tabla 9. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Presión arterial diastólica preoperatoria.....	31
Tabla 10. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Clasificación de Mallampati y Apertura de la boca.	32
Tabla 11. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Evaluación de vía aérea.	33
Tabla 12. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Distancia tiromentoniana.....	34

Tabla 13. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de anestesia.	35
Tabla 14. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Especialidades.	36
Tabla 15. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Etiología.	37
Tabla 16. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de cirugía.	38
Tabla 17. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Eventos adversos intraoperatorios.	39
Tabla 18. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de eventos adversos intraoperatorios.	40
Tabla 19. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Eventos adversos postoperatorios.	41
Tabla 20. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de eventos adversos postoperatorios.	42
Tabla 21. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Interconsultas a otras especialidades.	43
Tabla 22. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Exámenes de laboratorio.	44
Tabla 23. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Cumplimiento de recomendaciones de Anestesiología.	45
Tabla 24. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Recomendaciones no cumplidas.	46

Tabla 25. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Cirugías suspendidas.....	47
Tabla 26. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Etiología de suspensión de cirugías.	48
Tabla 27. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Clasificación ASA.	49
Tabla 28. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Riesgo quirúrgico.	50
Tabla 29. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Análisis estadístico y contraste de hipótesis	27

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Perfil demográfico.	22
Ilustración 2. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Estado nutricional.	23
Ilustración 3. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Comorbilidades....	24
Ilustración 4. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de comorbilidades.	26
Ilustración 5. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Factores de riesgo.	27
Ilustración 6. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de factores de riesgo.	28
Ilustración 7. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Medicamentos de uso habitual.	29
Ilustración 8. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Presión arterial sistólica preoperatoria.	30
Ilustración 9. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Presión arterial diastólica preoperatoria.	31
Ilustración 10. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Clasificación de Mallampati y Apertura de la boca.	32

Ilustración 11. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Evaluación de vía aérea.	33
Ilustración 12. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Distancia tiromentoniana.	34
Ilustración 13. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de anestesia.	35
Ilustración 14. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Especialidades.	36
Ilustración 15. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Etiología.	37
Ilustración 16. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de cirugía.	38
Ilustración 17. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Eventos adversos intraoperatorios.	39
Ilustración 18. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de eventos adversos intraoperatorios.	40
Ilustración 19. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Eventos adversos postoperatorios.	41
Ilustración 20. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de eventos adversos postoperatorios.	42
Ilustración 21. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Interconsultas a otras especialidades.	43
Ilustración 22. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Exámenes de laboratorio.	44

Ilustración 23. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Cumplimiento de recomendaciones de Anestesiología.....	45
Ilustración 24. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Recomendaciones no cumplidas.	46
Ilustración 25. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Cirugías suspendidas.....	47
Ilustración 26. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Etiología de suspensión de cirugías.	48
Ilustración 27. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Clasificación ASA.	49
Ilustración 28. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Riesgo quirúrgico.	50

DEDICATORIA

La realización de este estudio fue posible en primer lugar a la Escuela de Graduados de la Universidad de Guayaquil, en la persona del Dr. Wilson Cesar Vaca Mendieta como coordinador del Postgrado quien tuvo a cargo el manejo y conducción de estudiantes y profesores inmersos en ésta enseñanza; además por su dirección, orientación metodológica y ayuda durante todo el proceso hasta la culminación del presente trabajo.

Al Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, a través de aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron con la investigación, gracias por su gentileza y cooperación para conceptualizar de una manera más eficiente la importancia de la Visita Pre anestésica.

Al Ab. Pio Valencia Galarza (†) que con su cariño infinito y sabiduría subo introducirme en el mundo de la Anestesiología, motivándome constantemente, aguardando por mí al culminar cada jornada para escuchar cada nueva historia; cultivándome su lema “Vivir a mi manera”

A mi Esposo Dr. George Rodrigo Ordoñez Matamoros, quien con su aptitud anodina mancillaba mi carácter, y fortalecía mi espíritu, convirtiendo mis días ampulosos en extraordinarios, transformando mis salidas de guardia o asistencial como basilisco en apacible.

A mi motivación, mi ATP, para quien me deja sin palabras y me llena de amor con su mirada y su sonrisa, generando en mi un tropel de emociones, para Eli Ordoñez mi TuTu.

AGRADECIMIENTO

Más que agradecimiento por culminar este trabajo de investigación, es por las bendiciones que recibo a diario, por quien desde pequeña me enseñaron amar, respetar, temer y adorar; Padre Celestial, recibe este presente como muestra de gratitud, cariño y despojo de cualquier prepotencia o vanidad por lo adquirido en todos estos años, soy consciente que no soy nada sin Ti.

A mi Mamá por hacer de mis días lejos de mi hija poco intranquilos, por su apoyo incondicional dándome libertad para escribir en la bitácora de mi vida, por enseñarme amar a pesar de la adversidad.

A mis hermanos todos, pero en especial a la antítesis de mí, por su alegría eterna, por decirme la verdad con midazolam, por amar a mi hija como suya, para Tere Pia Valencia Peso, solo podría expresarme con mucho amor y gratitud, puesto que ha sido mi cómplice, mi compañera y sin dudar la mejor parte de mí.

A mis maestros, profesores, y jefes de guardias que de una u otra forma participaron de mi aprendizaje en el Profesión de los Dioses.

A mis compañeros de postgrado que con vicisitudes y aciertos hemos podido culminar una meta más.

Dejo el último espacio para dos de mis Tutores la Dra. Irina Sozoranga Sandoval y el Dr. Jean Paul Andrade Velásquez, por permitirme nutrir de sus conocimientos y experiencias.

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

TITULO:

**VISITA PRE-ANESTÉSICA COMO FACTOR PREDICTOR DE RIESGO PERI-
OPERATORIO Y POST-OPERATORIO EN CIRUGÍAS ELECTIVAS DEL
QUIRÓFANO CENTRAL. HOSPITAL REGIONAL IESS DR. TEODORO
MALDONADO CARBO**

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso

RESUMEN

Antecedente: La evaluación preanestésica tiene como ventajas la reducción de la morbilidad y un aumento de la calidad del procedimiento quirúrgico-anestésico. Cuando se realiza antes de la fecha de la cirugía, promueve una reducción de la ansiedad del paciente, la cancelación de cirugías y los costos debido a exámenes auxiliares y consultas de subespecialidad solicitados en el período preoperatorio.

Objetivo: Evaluar la visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo perioperatorio y post-operatorio en cirugías electivas del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Metodología: Estudio de tipo analítico, de diseño no experimental, transversal y retrospectivo. Se analizó 100 registros médicos de pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente por diversas etiologías en el quirófano central del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo en el periodo del 1 de marzo del 2016 hasta 28 de febrero del 2017.

Resultados: El 58% de los pacientes analizados estuvo representado por el sexo masculino y el 42% por el sexo femenino. El grupo etario de mayor proporción fue el de > 60 años con el 39%. El promedio de edad fue de 53,19 años. El 54% correspondió al grupo con IMC entre 25-29,99 kg/m², que corresponde al de Preobesidad. Se encontraron 6 casos de Diabetes Mellitus, 38 casos de hipertensión arterial, 11 casos de DM+HTA y 6 casos de arritmias cardíacas. El factor de riesgo más frecuente en la

muestra de pacientes analizados fue el antecedente de cirugía previa con el 64%. El 73% (73) correspondió al grupo II de la clasificación de Mallampati. La distancia interdientaria (apertura de la boca) promedio fue de 3,23 cm. La anestesia raquídea fue la más utilizada (49%). Se observó un 10% de eventos adversos intraoperatorios y un 2% de eventos adversos postoperatorios. Se suspendieron 11 intervenciones quirúrgicas (11%), siendo la principal causa de suspensión la crisis hipertensivas (6%). El 52% (52) correspondió al grupo II de la clasificación de la American Society of Anesthesiologists, mientras que en segundo lugar de frecuencia estuvo el grupo III con el 39% y el riesgo quirúrgico se dividió en: Alto (29%), Intermedio (67%) y Bajo (4%).

Conclusión: Se concluye que la visita preanestésica es un pilar fundamental en el riesgo quirúrgico de los pacientes, ya que detecta factores de riesgo, comorbilidades y alteraciones en la vía aérea que puedan dificultar el procedimiento anestésico subsecuente.

Palabras clave: morbilidad, mortalidad, cirugía.

**UNIVERSITY OF GUAYAQUIL
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES
GRADUATE SCHOOL**

TITLE:

**PRE-ANESTHETIC VISIT AS A PREDICTOR FACTOR OF PERI-
OPERATIVE AND POST-OPERATIVE RISK IN ELECTIVE SURGERIES OF
THE CENTRAL QUIROPHAN. REGIONAL HOSPITAL IESS DR. TEODORO
MALDONADO CARBO**

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso

ABSTRACT

Background: Pre-anesthetic evaluation has the advantages of reducing morbidity and increasing the quality of the surgical-anesthetic procedure. When performed prior to the date of surgery, it promotes a reduction in patient anxiety, cancellation of surgeries and costs due to ancillary exams and subspecialty consultations requested in the preoperative period.

Objective: To evaluate the pre-anesthetic visit as a predictor of peri-operative and postoperative risk in elective surgeries at the IESS Regional Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Methodology: A analitic, non-experimental, transverse and retrospective study. We analyzed 100 medical records of patients who underwent surgery for various etiologies in the central operating room of the IESS Regional Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo in the period from March 1, 2016 to February 28, 2017.

Results: Fifty-eight percent of the patients analyzed were male and 42% female. The highest age group was > 60 years old with 39%. The mean age was 53.19 years. 54% corresponded to the group with BMI between 25-29.99 kg / m², corresponding to Preobesity. We found 6 cases of diabetes mellitus, 38 cases of hypertension, 11 cases of DM + hypertension and 6 cases of cardiac arrhythmias. The most frequent risk factor in the sample of patients analyzed was the history of previous surgery with 64%. 73% (73) corresponded to group II of the Mallampati classification. The average interdental distance (opening of the mouth) was 3.23 cm. Spinal anesthesia was the most used

(49%). 10% of intraoperative adverse events and 2% of postoperative adverse events were observed. Eleven surgical interventions were suspended (11%), being the main cause of suspension the hypertensive crisis (6%). Fifty-two percent (52) were in the American Society of Anesthesiologists classification group II, while the second group was group III with 39% and the surgical risk was divided into: High (29%), Intermediate (67%) and Low (4%).

Conclusion: It is concluded that the preanesthetic visit is a fundamental pillar in the surgical risk of patients, since it detects risk factors, comorbidities and alterations in the airway that may hinder the subsequent anesthetic procedure.

Key words: morbidity, mortality, surgery.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Sociedad Americana de Anestesiología define la visita preanestésica como el protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica del paciente que conlleva al establecimiento de un plan anestesiológico según su análisis. Constituye el primer encuentro entre el paciente que va ser intervenido quirúrgicamente con el anestesiólogo y es un paso crucial para que el proceso se lleve de forma segura y satisfactoria, tanto en los aspectos médicos como en los organizativos (American Society of Anesthesiologists, 2013).

La incidencia de la mortalidad y morbilidad peri-operatoria se incluye para definir el riesgo antes, durante y después de la cirugía de los pacientes. La Sociedad Canadiense de Anestesiología considera una mortalidad aproximada de 1/10,000 casos promedios, especificando que cuanto menos son los problemas del paciente, menores serán los riesgos anestésicos (Canadian Anesthesiologists' Society, 2015). El riesgo quirúrgico y la mortalidad cardiovascular e infarto al miocardio a 30 días se encuentra en rangos que van < 1% hasta > 5% (Urman R, 2014). La Organización Mundial de la Salud calcula que aproximadamente cada año, cuando menos en la Unión Europea, se presentan 167,000 complicaciones en cirugía no cardíaca, las cuales tienen como consecuencia 19,000 muertes (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Una visita preanestésica es esencial para la evaluación preanestésica, planificación anestésica, consentimiento informado, relación paciente anestesiólogo, y contribuye a reducir la ansiedad preoperatoria del paciente, lo que puede influir positivamente en la inducción de la anestesia y la recuperación del paciente. La ansiedad también disminuye la satisfacción del paciente con la experiencia perioperatoria (Hadzic A, 2012).

El objetivo de la investigación fue evaluar la visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del quirófano central del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Esto permitió identificar grupos de alta susceptibilidad a complicaciones durante el acto quirúrgico, permitiendo

su detección y tratamiento oportuno. Además se actualizó información sobre la evaluación preanestésica que se realiza en el hospital. Los resultados permitirán tomar decisiones sobre el tipo de análisis que debe tener un paciente, como optimizar su preparación y el tiempo idóneo para realizar una cirugía.

Se revisaron los elementos más importantes a tener en cuenta al momento de realizar una evaluación preanestésica y se profundizó en los aspectos más relevantes o que generan controversia. Se analizó las características clínicas de los pacientes, los métodos complementarios de diagnóstico y tratamientos vigentes hasta la actualidad.

Se utilizaron las variables clínicamente relevantes capturadas para evaluar los factores de riesgo y comorbilidades asociados a las complicaciones peri y post-operatoria. Además se determinaron las características demográficas de la población en estudio con lo que se espera establecer un mejor manejo del paciente quirúrgico. Se abordó la prevención de la infección de la herida quirúrgica, el uso de la profilaxis antibiótica, la prevención de efectos adversos cardiovasculares y de la enfermedad tromboembólica, y se discutieron aspectos relacionados con la transfusión sanguínea, el mantenimiento de la normotermia y algunos aspectos relacionados con la anestesia.

En Estados Unidos, la tasa de suspensión quirúrgica en los hospitales universitarios oscila entre el 5-13%, mientras que en países como Canadá, Australia, Inglaterra y Pakistán las tasas reportadas son del 10, 12, 14 y 25%, respectivamente. En hospitales estadounidenses el costo por minuto de una sala de operaciones, que es de aproximadamente 10 dólares, de manera que la cancelación de una cirugía implica un costo que oscila desde 600 hasta 1.400 dólares por cada hora perdida (Canadian Anesthesiologists' Society, 2015) (American Society of Anesthesiologists, 2012).

En España se realizan cerca de tres millones de intervenciones quirúrgicas al año, equivalente a una tasa de 7.027 intervenciones quirúrgicas por cada 100.000 ciudadanos. El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización evidenció una incidencia de eventos adversos entre los servicios médicos y quirúrgicos de 8,86% vs 8,07% respectivamente. Los resultados mostraron una tasa de incidencia de eventos adversos en los servicios de cirugía general del 10,5%

y del 3% en los servicios de cirugía mayor ambulatoria, de los cuales el 36% se valoraron como evitables (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2012).

En México, el estudio Valoración de Riesgo Anestésico: Una Propuesta Razonada en Evidencias, publicado en el 2012, indica que las cirugías cardiovasculares tienen complicaciones de anestesia con una frecuencia del 13%, mientras que el riesgo de complicaciones es menor en cirugía de tórax (6,4%), cirugía general (5,3%), y ginecología (1,7%). Se estima que en México, mas del 50% de pacientes que necesitan de una intervención quirúrgica presentan enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial, aumentando el riesgo para la cirugía (Mena M, 2014).

Macancela M, realizó un estudio sobre las causas que influyen en las suspensiones de cirugía programada en el Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo 2012-2014 en la ciudad de Loja, reportó que de un total de 6.459 cirugías programadas durante el periodo de estudio, el 14,23% (919), de las cuales el 44,72% fueron por causas dependientes del paciente, el 35,05% por causas dependientes del personal de salud y el 20,23% por causas dependientes de la institución (Macancela M, 2014). Ausón V, en el 2010 en pacientes adultos sometidos a cirugía programada en el Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Andrade Marín, estableció la importancia de la visita preanestésica y la determinación de exámenes complementarios prequirúrgicos, del total de pacientes el 99,5% tenía exámenes complementarios, el 55,5% tenía clasificación ASA I y el 44.5%. Se reportó un caso de intubación difícil, Mallampati IV, ASA II, realizando intubación esofágica que desarrolló hipoxemia prolongada (Ausón V, 2010).

La investigación fue de enfoque cuantitativo, analítico, transversal y retrospectivo, que analizó la información de todos los pacientes programados a cirugías electivas en el quirófano central del Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo captados desde el 1 de marzo del 2016 hasta 28 de febrero del 2017. Se determinó las complicaciones presentadas, el porcentaje de pacientes que se les difirió la intervención quirúrgica, sus factores causales y relación con edad, consumo de fármacos, stress y enfermedades coexistentes, además se comparó con la estadística internacional de la región y se determinará la utilidad de la visita preanestésica, enfatizando su importancia para definir el riesgo operatorio y cómo disminuirlo.

1.1 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del quirófano central del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo del 1 de marzo del 2016 hasta 28 de febrero del 2017, mediante la revisión de historias clínicas para reducir la morbilidad y mortalidad de la intervención.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el perfil demográfico y clínico de los pacientes quirúrgicos del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
2. Determinar las principales características clínicas de la evaluación preanestésica de los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente en quirófano central del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
3. Determinar la frecuencia y etiología de las cirugías suspendidas en el quirófano central del hospital regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
4. Identificar los pacientes con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad durante el período perioperatorio y postoperatorio.
5. Elaborar una guía de visita preanestésica para los pacientes quirúrgicos del Hospital Regional N° 2 IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

1.1.3. HIPÓTESIS

H₀: La visita preanestésica adecuada no reduce el riesgo quirúrgico peri y transoperatorio.

H₁: La visita preanestésica adecuada si reduce el riesgo quirúrgico peri y transoperatorio.

Se trabajará con un valor alfa del 5% (0,05) y un nivel de confianza del 95%, se utilizará la prueba de independencia del Chi cuadrado para estimar la existencia de asociación entre variables cualitativas. Además se empleará Odds Ratio para estimar el riesgo asociado a una variable independiente.

Nuestra regla de decisión fue:

- Si la probabilidad obtenida del p-valor es $< 0,05$ se rechaza la H₀.
- Si la probabilidad obtenida del p-valor es $> 0,05$ se acepta la H₀.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Bona J, analizaron el valor de los índices de Charlson y la escala de riesgo quirúrgico en el análisis de la mortalidad operatoria de un total de 72.771 pacientes, de estos 7.011 fueron urgencias quirúrgicas, se encontró una mortalidad de 1 paciente de cada 1.455 pacientes en el transoperatorio, de los cuales el 30,7% (199) pertenecían a la categoría de bajo riesgo y el 67,2% (434) en el grupo de alto riesgo quirúrgico. El principal factor de riesgo en el primer grupo fue la reintervención quirúrgica y la sepsis, mientras que en el segundo grupo fue la enfermedad cardiovascular (Bona J, 2012).

Un estudio desarrollado en Belo Horizonte, Brasil, por Rodrigues M y cols., que comparó los costos de la atención preoperatoria basados en evaluación preanestésica determinada por el anestesiólogo con la estimada por otros especialistas. Se encontró que de los 1.075 exámenes complementarios realizados, 55,8% no fueron indicados, lo que correspondía al 50,8% del costo total de los exámenes. El anestesiólogo consideró que 37 pacientes (18,5%) no requerían exámenes. El costo de los cuidados preoperatorios orientados al cirujano fue mayor que el de la evaluación de la preanestesia y esta diferencia en los costos fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$). En el 9,3% de los pacientes se observó discordancia en la clasificación ASA según el especialista. Los autores concluyeron que el cuidado preoperatorio basado en una evaluación juiciosa de la preanestesia puede resultar en una reducción significativa de los costos en comparación con la orientada por el cirujano (Rodrigues M, 2012).

Un estudio desarrollado en Colombia en el año 2013, por Lozano M y cols., sobre morbilidad y mortalidad perioperatorias, reportó la edad promedio de 44.5 años. la mayor parte perteneció a la clase funcional I (69,9%), la clasificación ASA I estuvo presente en el 51,1%. Se consideró vía aérea fácil en 85% de los pacientes y sometidos a cirugía electiva categoría quirúrgica A (50,7%) y B (43%). No se presentó mortalidad y el evento adverso más frecuente fue arritmia (23 casos) 3,1% (Lozano M, 2012).

Contreras M, publicó sus resultados sobre el análisis de la evaluación médica

preoperatoria como predictor de riesgo quirúrgico y no quirúrgico en los pacientes que ingresaron a las consultas de evaluación Cardiovascular del Hospital Dr. José María Vargas de la Ciudad de Cagua, Edo. Aragua, durante el primer semestre del año 2012. El autor encontró que la patología quirúrgica en 277 pacientes se distribuyeron en: Ginecológicas 85; hígado y vías biliares 64 como las más comunes. El 65.70% fueron ambulatorias y hubieron 2 reintervenciones (0.77%). Del total, 196 fueron mujeres (70.75%) y 81 hombres (29.25%). La edad promedio fue de 40.92 años. Los riesgos estimados fueron identificados en 197 pacientes, con categoría ASA 1; 65 ASA II, 09 ASAIII y 06 ASA IV. Los riesgos en las clases funcionales ASA III y IV, correspondieron a 5,41% de los pacientes (Contreras M, 2012).

Un estudio realizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, Ecuador por Macancela M, sobre las causas que influyen en las suspensiones de cirugía programada durante el periodo 2012-2014 reportó que de un total de 6.459 cirugías programadas durante el periodo de estudio, se encontró el 14,23% (919) de suspensiones. Además el autor hace énfasis en el 1,3% de pacientes con mala valoración preanestésica, exámenes prequirúrgicos incompletos (0,62%), falta de valoración cardiológica (8,69%) y la falta de valoración neumológica (0,62%) (Macancela M, 2014).

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

EVALUACIÓN PERIOPERATORIA

La literatura no proporciona una definición estándar para la evaluación de la preanestesia. Para esta práctica de asesoramiento, la evaluación preanestésica se define como el proceso de evaluación clínica que precede a la entrega de la atención de anestesia para la cirugía y para los procedimientos no quirúrgicos. La palabra "perioperatorio" se refiere al cuidado que rodea las operaciones y procedimientos. La evaluación preanestésica es responsabilidad del anestesiólogo (American Society of Anesthesiologists, 2012).

La evaluación preanestésica consiste en la consideración de información de múltiples fuentes, que puede incluir los registros médicos del paciente, la entrevista, el examen físico, los hallazgos de las pruebas y evaluaciones médicas. Como parte del proceso de evaluación de la preanestesia, el anestesiólogo puede optar por consultar con otros

profesionales de la salud para obtener información o servicios que sean relevantes para la atención anestésica perioperatoria (American Society of Anesthesiologists, 2012).

Los exámenes preoperatorios, como componente de la evaluación preanestésica, pueden ser indicados para varios propósitos, incluyen: (1) descubrimiento o identificación de una enfermedad o trastorno que pueda afectar el cuidado anestésico perioperatorio; (2) verificación o evaluación de una enfermedad, trastorno, terapia médica o alternativa ya conocida que pueda afectar la atención anestésica perioperatoria; y (3) la formulación de planes específicos y alternativas para el cuidado anestésico perioperatorio (American Society of Anesthesiologists, 2012). Las evaluaciones realizadas en el proceso de evaluación preanestésica pueden utilizarse para educar al paciente, organizar los recursos para el cuidado perioperatorio y formular planes de atención intraoperatoria, recuperación postoperatoria y manejo perioperatorio del dolor (Chu L, 2013).

RIESGO PERIOPERATORIO

Para definir el riesgo perioperatorio de los pacientes es importante utilizar las tasas de incidencia y prevalencia de morbilidad pre, trans y postoperatoria (Zambouri A, 2010). Las complicaciones cardiovasculares, respiratorias y digestivas son las complicaciones perioperatorias más frecuentes según datos de American Society of Anesthesiologists, que analizadas en forma independiente, las complicaciones más intolerables se corresponden con los aparatos cardiovascular y respiratorio. Los factores que influyen en la morbilidad y mortalidad del paciente quirúrgico son variados, varios autores los categorizan en tres grupos principales (American Society of Anesthesiologists, 2012):

- 1) Factores según el estado de salud del paciente.
- 3) Factores según el tipo de anestesia perioperatoria.
- 2) Factores según el tipo de cirugía.

RIESGO CLÍNICO EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE

Se evalúa a través de la información del expediente clínico del pacientes a intervenir, de la entrevista directa del paciente, realizando una adecuada anamnesis, examen físico, con una correcta solicitud e interpretación de los exámenes de laboratorios, además de la solicitud de las valoraciones de otras especialidades (Jae Hwan K, 2012).

El año 2012 la American Society of Anesthesiologists publica los resultados del trabajo conjunto de varios especialistas sobre evaluación preanestésica: “Practice advisory for preanesthesia evaluation”. En el informe constan las actualizaciones y evidencias científicas reportadas hasta la fecha, que contiene cambios significativos e importantes desde la primera guía publicada en el año 2002 (American Society of Anesthesiologists, 2012).

RIESGO SEGÚN EL TIPO DE LA CIRUGÍA:

Indica conocer el tipo de respuesta fisiológica a la que el organismo es sometido durante una agresión quirúrgica, es decir la carga de estrés para el cuerpo que implica los diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas, lo cual se conoce como respuesta neuroendocrina al estrés quirúrgico (Yoyanovich J, 2013). Son varias las respuestas fisiológicas a la agresión quirúrgica, entre estas se incluyen: la activación del sistema simpático, liberación de hormonas, cambios en el sistema inmune y hematológico (The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2014).

Dentro de las intervenciones quirúrgicas que ocasionan mayor respuesta al estrés de una cirugía, están: la cirugía vascular y cirugía de urgencias, ya que son procedimientos donde se producen grandes hemorragias y administración de volumen, lo cual supone un riesgo quirúrgico elevado. Actualmente no se han desarrollado marcadores clínicos, que permitan demostrar la carga del estrés quirúrgico, pero a pesar de esto es importante estratificar a los pacientes en grupos de riesgo (Abeldaño R, 2016). La Canadian Anesthesiologists' Society considera a las intervenciones quirúrgicas como de bajo, mediano o alto riesgo quirúrgico, según si el porcentaje de complicaciones esperadas es menor de 1%, de 1 a 5% o mayor de 5% (Canadian Anesthesiologists' Society, 2015).

RIESGO SEGÚN EL TIPO DE ANESTESIA PERIOPERATORIA

La incidencia de mortalidad postoperatoria por anestesia como factor independiente es del 5% y como factor asociado puede alcanzar valores del 20-30% de los casos. A la fecha los avances en medicina permiten tener mayor seguridad en los procedimientos de anestesia, esto en parte a la continua capacitación de los profesionales de la salud, protocolización de las técnicas anestésicas y al desarrollo de áreas de cuidados postoperatorios (The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2014).

La Asociación de Anestesiología de Gran Bretaña estima que los procedimientos de anestesiología son la causa directa de la muerte por cada 10.000 cirugías, y las complicaciones postoperatorias se relacionan significativamente con la mortalidad (The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2014).

La experiencia del cirujano o anestesiólogo, la infraestructura hospitalaria, la organización hospitalaria son factores influyentes para definir el riesgo quirúrgico del paciente y deben ser considerados durante la visita preanestésica. Cada institución de salud tiene que conocer la calidad de sus instalaciones y equipamiento para el beneficio de los pacientes (Jae Hwan K, 2012) (The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2014). La visita preanestésica permite establecer el riesgo operatorio al que será expuesto el paciente durante el acto quirúrgico, además permite diseñar un protocolo anestésico, para optimizar la técnica anestésica a realizar (Hall J, 2012).

Hay aumento de la morbilidad y mortalidad si no se realiza una adecuada evaluación preoperatoria ya que supone complicaciones en los pacientes, que pudieron ser identificadas y evitadas, lo cual puede conllevar a la suspensión de la cirugía programada. El riesgo de mortalidad aumenta 6 veces cuando no hay evaluación preoperatoria (The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2014).

Condiciones necesarias para la evaluación preoperatoria (Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), 2015):

- Entrevistar personal al paciente.
- Adecuada accesibilidad a la historia médica del paciente.
- Examen físico completo, con adecuada valoración de la vía aérea, aparato cardiovascular y respiratorio.
- Exámenes de laboratorios generales según el protocolo del hospital.
- Interconsultas a otras especialidades.

La Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación recomienda realizar como parte de la evaluación preanestésica los siguientes puntos en cada paciente a someterse a una intervención quirúrgica (Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), 2015):

- Ficha clínica.

- Examen físico.
- Exámenes complementarios: laboratorio, imagenológicos.
- Drogas preoperatorias
- Consentimiento informado

HISTORIA CLÍNICA

La historia es el componente más importante de la evaluación preoperatoria. La historia debe incluir un pasado y su historia médica actual, una historia quirúrgica, una historia familiar, una historia social (consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales), una historia de alergias, la terapia actual y reciente de drogas, reacciones inusuales o respuestas a las drogas y cualquier problema o complicación asociada con anestésicos anteriores. También se debe obtener una historia familiar de reacciones adversas asociadas con la anestesia (The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2014).

En los niños, la historia también debe incluir la historia del nacimiento, centrándose en los factores de riesgo tales como la prematuridad al nacer, las complicaciones perinatales y cromosómicas congénitas o malformaciones anatómicas y antecedentes de infecciones recientes, en particular superiores e infecciones del tracto respiratorio inferior (Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), 2015).

La historia debe incluir una revisión completa de los sistemas para detectar una enfermedad no diagnosticada o enfermedad crónica no controlada adecuadamente. Enfermedades de los sistemas cardiovascular y respiratorio son los más relevantes en relación con la aptitud para la anestesia y la cirugía (Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), 2015) (The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2014).

EXAMEN FÍSICO

Se basa en la información recopilada durante la historia. Como mínimo, un examen físico enfocado en la preanestesia incluye una evaluación de las vías respiratorias, pulmones y corazón, con la documentación de signos vitales. Hallazgos anormales inesperados en la exploración física deben ser investigados antes de la cirugía electiva (The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2014).

EXAMENES DE LABORATORIO

En general se acepta que la historia clínica y el examen físico representan el mejor método de detección de la presencia de la enfermedad. Las pruebas de rutina en pacientes aparentemente sanas en el examen clínico y la historia no son beneficiosos ni rentable. Un médico debe considerar la relación riesgo-beneficio de cualquier prueba de laboratorio ordenado. Cuando se estudia una población sana, el 5% de los pacientes tendrán resultados que estén fuera del rango normal. Las pruebas de laboratorio deben ser ordenadas en base a la información obtenida de la historia y examen físico, la edad del paciente y la complejidad del procedimiento quirúrgico (García F, 2013).

HISTORIAL DE DROGAS

Una historia de la utilización de los medicamentos debe obtenerse en todos los pacientes. Sobre todo, la población geriátrica que consume medicamentos sistémicos más que cualquier otro grupo. Numerosas interacciones con otros medicamentos y complicaciones surgen en esta población y debe prestarse especial atención a ellos (Miller R, 2011).

En general, la administración de la mayoría de los fármacos se debe continuar hasta e incluyendo la mañana de la operación, aunque algunos ajuste de la dosis pueden ser necesaria (por ejemplo, antihipertensivos, insulina). Algunos medicamentos deben suspenderse antes de la operación. Los inhibidores de la monoamino oxidasa deben ser retirados 2-3 semanas antes de la cirugía debido al riesgo de interacciones con los medicamentos utilizados durante la anestesia. La píldora anticonceptiva oral debe interrumpirse al menos 6 semanas antes de la cirugía electiva debido al aumento del riesgo de trombosis venosa (Miller R, 2011).

Recientemente, la American Society of Anesthesiologists (ASA) examinó el uso de suplementos de hierbas y las interacciones con otros medicamentos potencialmente dañinos que pueden ocurrir con el uso continuado de estos productos antes de la operación. Se solicita a todos los pacientes a interrumpir sus suplementos de hierbas por lo menos 2 semanas antes de la cirugía (American Society of Anesthesiologists, 2013).

El uso de medicamentos que potencian las necesidades de sangrado deben ser evaluado de cerca, con un análisis de riesgo-beneficio para cada fármaco y con un marco de tiempo recomendado para la suspensión basada en las características de remoción de drogas y la vida media. La aspirina debe suspenderse 7-10 días antes de la cirugía para evitar el sangrado excesivo y tienopiridinas (como clopidogrel) durante 2 semanas antes de la cirugía. Los inhibidores selectivos de la ciclooxygenasa-2 (COX-2) no potencian el sangrado y se pueden continuar hasta la cirugía. Los anticoagulantes orales se deben suspender 4-5 días antes de procedimientos invasivos, lo que permite INR para llegar a un nivel de 1,5 antes de la cirugía (Chu L, 2013).

LA EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR

El American College of Cardiology (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (AHA) publicó un informe de grupo de trabajo sobre las Directrices para la Evaluación Cardiovascular perioperatorio de cirugía no cardíaca. El objetivo es proporcionar un marco para considerar el riesgo cardíaco de la cirugía no cardíaca en una variedad de pacientes y situaciones operativas (American Heart Association, 2013).

Los factores que guían la toma de decisiones incluyen el riesgo cardiovascular del paciente y la capacidad funcional y el riesgo específico de la cirugía. Pueden subdividirse en tres categorías: mayor, medio y menor. Un período de 6 semanas es necesario que el miocardio para sanar después de un infarto y para la trombosis de resolver. Los pacientes con revascularización coronaria hecho dentro de los 40 días anteriores también deben ser clasificados como pacientes de alto riesgo. Debido a la estimulación simpática y la hipercoagulabilidad durante y después de la cirugía, los pacientes con importantes predictores tienen cinco veces más riesgo perioperatorio. Por lo tanto, sólo los procedimientos quirúrgicos vitales o de emergencia deben ser considerados para estos pacientes. Todas las operaciones electivas deben posponerse y los pacientes investigados y tratados (Asociación MAPAR, 2013)

Los factores de riesgo intermedio son la prueba de enfermedad de la arteria coronaria bien establecida pero controlada. La diabetes mellitus se incluye en esta categoría ya que se asocia frecuentemente con isquemia silenciosa y representa un factor de riesgo independiente para la mortalidad perioperatoria. Los factores de riesgo menores son

marcadores de una mayor probabilidad de enfermedad arterial coronaria, pero no de un aumento del riesgo perioperatorio (American Heart Association, 2013) (Asociación MAPAR, 2013) (Luna P, 2013).

La tolerancia al ejercicio es un factor determinante de riesgo perioperatorio. Por lo general se evalúa mediante el requerimiento de energía estimado para diversas actividades y calificará en equivalentes metabólicos (MET) en una escala definida por el Estado del índice de actividad de Duke. Un MET representa el consumo de oxígeno de un adulto en reposo (3,5 ml/kg/min) (American Society of Anesthesiologists, 2013) (Chu L, 2013) (Luna P, 2013).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACIÓN

El estudio se realizó en el Quirófano Central y el Departamento de Anestesiología del Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo, ubicado en la avenida 25 de Julio y Leónidas Ortega, de la ciudad de Guayaquil.

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El presente trabajo se realizará en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil. La ciudad de Guayaquil se encuentra en la región litoral o costa de Ecuador, cercana al Océano Pacífico por medio del Golfo de Guayaquil. Se localiza en la margen derecho del río Guayas, bordea al oeste con el Estero Salado y los cerros Azul y Blanco, por el sur con el estuario de la Puntilla de Guayaquil que llega hasta la isla Puná (Alcaldía de Guayaquil, 2012).

El Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo es un hospital de tercer nivel, es decir con subespecialidades, es la unidad médica de mayor complejidad, de referencia zonal, que presta atención médica de hospitalización y ambulatoria de tercer nivel, en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Está constituido por un edificio vertical de hormigón armado y cemento que consta de un pabellón de 120 m de longitud, consta de 5 pisos, en el ala norte se encuentra los servicios de consulta externa (Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo, 2016).

El Departamento de Anestesiología está conformado por 50 especialistas, distribuyéndose en las distintas áreas que ameritan apoyo anestésico para realizar determinados procedimientos médico-quirúrgicos y el área de Terapia del dolor. Tiene a su disposición de 5 postgradistas y 3 residentes asistenciales, distribuidos en las diferentes áreas de Quirófano Central, Traumatología, Ginecología, Hemodinamia, Gastroenterología, Neumología, Imagenología, terapia del dolor, postoperatorio y

consulta externa. Posee 21 licenciadas de anestesiología altamente capacitadas para asistencia en los distintos procedimientos anestésicos.

El área de quirófano central consta de 11 quirófanos, el área de traumatología consta de 4 quirófanos, el área de ginecología consta de 5 quirófanos todos inteligentes con tecnología de última generación y dos intensificadores de imágenes, donde se realizan un promedio de 15 a 17 cirugías de alta complejidad por día. El área de consulta externa consta de 2 consultorios y atiende un promedio de 90 pacientes por día.

3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende el período del 1 de marzo del 2016 hasta 28 de febrero del 2017.

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1 UNIVERSO:

El universo estuvo formado por todos los pacientes programados para cirugía electiva en el quirófano central del Servicio de Cirugía General del Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo, captados desde el 1 de marzo del 2016 hasta 28 de febrero del 2017.

3.1.4.2 MUESTRA:

La muestra fue de tipo no probabilística cuantitativa, conformada por 100 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo, que se les realizó evaluación preanestésica y que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación durante el periodo de estudio.

3.2 MÉTODOS

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio analítico, observacional, retrospectivo, estadístico de corte transversal. Se analizaron todos los pacientes las especialidades quirúrgicas del Departamento de Cirugía General, que fueron intervenidos quirúrgicamente durante el periodo de estudio en el Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. Este trabajo de investigación se diseñó en base a los siguientes parámetros:

- Según la intervención del investigador: Observacional.
- Según la planificación de la toma de datos: Retrospectivo.
- Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: transversal.
- Según el número de variables de interés: Analítico.

3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- No experimental
- Epidemiológico

3.2.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

3.2.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron las historias clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, donde se detalla los antecedentes clínicos, diagnóstico, tipo de cirugía realizada, evolución postoperatoria, protocolo operatorio, evaluación preanestésica y protocolo de anestesiología. Se confeccionó un formulario de recolección de datos (Anexo 1), la cual se aplicó a cada historial clínico en el momento de ingreso a la unidad hospitalaria, posteriormente los datos obtenidos, fueron ingresados a una hoja de cálculo de Excel para su organización por variables. Los equipos utilizados fueron: libreta de apuntes, cuaderno, fichas nemotécnicas, laptop, grabadora digital, utilitarios de Windows, guías de atención médica y el formulario de recolección de datos.

Se utilizó el sistema informático del hospital y los expedientes clínicos de los pacientes para el acceso a la información y la recolección de datos, se utilizó la observación indirecta, ya que no hubo contacto ni manipulación de los pacientes. Se seleccionaron los pacientes intervenidos quirúrgicamente de diferentes especialidades del hospital durante el periodo del 1 de marzo del 2016 hasta 28 de febrero del 2017.

Recolección de datos: Se recogió información sobre las características clínicas y antecedentes de cada pacientes, factores de riesgo y complicaciones pre, trans y postoperatorias, para lo cual se utilizó los formularios 003 (Anamnesis y examen físico), 005 (Evolución y prescripciones), 006 (Epicrisis), 010 (Laboratorio clínico), y los protocolos de anestesiología de las historias clínicas, además se utilizó el sistema

informático AS-400 para el análisis los datos de anamnesis, examen físico, exámenes de laboratorio y de imagen.

Técnica de selección de los pacientes: por medio de observación indirecta, los pacientes fueron seleccionados por conveniencia, sin cálculo de tamaño muestral.

3.2.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN O DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE
Visita pre anestésica	Proceso de evaluación clínica que precede a la administración de cuidados anestésicos para procedimientos quirúrgicos	Obtención de información de distintas fuentes (Historia Clínica, exámenes complementarios), en la educación y orientación del paciente y elección de la anestesia	• Sin morbilidad • Con morbilidad	Cualitativa Dicotómica Ordinales
Riesgo pre-operatorio	Identificación de factores de riesgo preexistentes en pacientes que serán sometido a cirugía	Descripción y estatificación del estado clínico del paciente y evitar o corregir las condiciones que puedan generar complicaciones	• Sociedad Americana de Anestesiólogo • Goldman	Cualitativa Dicotómica Ordinales
Riesgo post-operatorio	Identificación de posibles factores de riesgos que derivan de los resultados e interacción del procedimiento quirúrgico y riesgo pre-quirúrgico	Descripción del estado clínico del paciente posterior al procedimiento quirúrgico con los posibles eventos adversos.	• Escala de Aldrete • Escala EVA	Cualitativa Dicotómica Ordinales

3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN

3.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes programados para cirugía electiva de diferentes especialidades
- Pacientes con historia clínica completa y mayores de 18 años.

3.2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Cirugías de Emergencia.
- Mujeres embarazadas.

3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

De las historias clínicas, se extrajo la información correspondiente a cada paciente basados en los objetivos de la investigación y la hipótesis planteadas, posteriormente fueron ingresados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 para su ordenamiento en una base de datos. El programa informático SPSS versión 21.0 se utilizó para el análisis estadístico de la información, la cual fue representada en forma de tablas simples/contingencia y gráficos para su interpretación. Se utilizó estadística descriptiva como las medidas de tendencia central, porcentual, media y desviación estándar ($\pm$ DE) para la descripción de las variables cuantitativas y cualitativas.

La estadística inferencial, fue el método de elección para la comprobación de la hipótesis y para establecer la significancia estadística de las variables, empleando un intervalo de confianza de 95% y un valor de alfa del 5% (0.05). Se aplicó la prueba del Chi cuadrado (X^2) para establecer la asociación entre las variables cualitativas y Odd ratio (OR) para estimar el riesgo asociado de cada variable en estudio.

3.2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El presente trabajo de investigación fue realizado con fines académicos para profundizar los conocimientos entre el personal sanitario sobre la evaluación preanestésica de los pacientes quirúrgicos del Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo, por lo tanto es catalogado como un estudio sin riesgo para los pacientes que participaron en el estudio, además que se respetó el anonimato de los pacientes. Este trabajo está regido bajo las normas rectoras de investigación clínica a nivel internacional según la declaración de Helsinki y nacional de acuerdo a la resolución 1480 del año 2011. Se cumplieron los criterios ético, sociales y científicos, fundamentados en los pasos del método científico para su realización. No existió conflicto de intereses por el carácter académico del estudio ya que la investigación estuvo sustentada en un problema de salud público.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1 RESULTADOS

La presente investigación fue planteada con el objetivo de evaluar la visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del quirófano central del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo del 1 de marzo del 2016 hasta 28 de febrero del 2017, a través de la información obtenida de las historias clínicas y del formularios de recolección de datos. Obtenida la información se procedió al recuento, tabulación y representación gráfica, lo que permitió conocer los resultados de la investigación de campo. La información fue resumida en tablas y gráficos para su análisis e interpretación.

Para la estratificación del riesgo quirúrgico de anestesia se utilizó la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA), que sirve para determinar el estado de salud de un paciente antes de operarse y ayuda a evaluar los riesgos que puede presentar en caso de una anestesia, la clasificación puntúa del 1 al 5. La clasificación de 3 o más corresponde al grupo de pacientes con algún tipo de riesgo: enfermedad grave (DM, HTA, angina de pecho). La clasificación 4 y 5 se corresponde al grupo de pacientes con enfermedades invalidantes. A continuación se describen los componentes de cada clase (American Society of Anesthesiologists, 2013):

Clase I: Paciente completamente sano.

Clase II: El paciente tiene una enfermedad sistémica leve.

Clase III: El paciente tiene una enfermedad sistémica grave que no es incapacitante.

Clase IV: El paciente tiene una enfermedad incapacitante que es una amenaza constante a la vida.

Clase V: Un paciente moribundo que no se espera que viva 24 horas con o sin cirugía.

Para categorizar los pacientes en grupo de riesgo quirúrgico, se clasificó en grupo de bajo riesgo (< 1%), mediano (1-5%) y alto riesgo quirúrgico (> 5%). La Canadian

Anesthesiologists' Society considera a las intervenciones quirúrgicas como de (Canadian Anesthesiologists' Society, 2015):

Alto riesgo: Corresponde a una morbilidad mayor del 5%. En esta categoría se incluye la cirugía en el adulto mayor, urgencias quirúrgicas, cirugía vascular mayor, periférica y cirugías de tiempo quirúrgico prolongado.

Riesgo intermedio: Cuando la morbilidad es menor del 5%, esto incluye intervenciones de urología, traumatología, ginecología y cirugía de cabeza o región cervical.

Riesgo bajo: Cuando existe morbilidad menor del 1%. Incluye intervenciones quirúrgicas de especialidades como dermatología, oftalmología y cirugías endoscópicas.

OBJETIVO 1: ESTABLECER EL PERFIL DEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO.

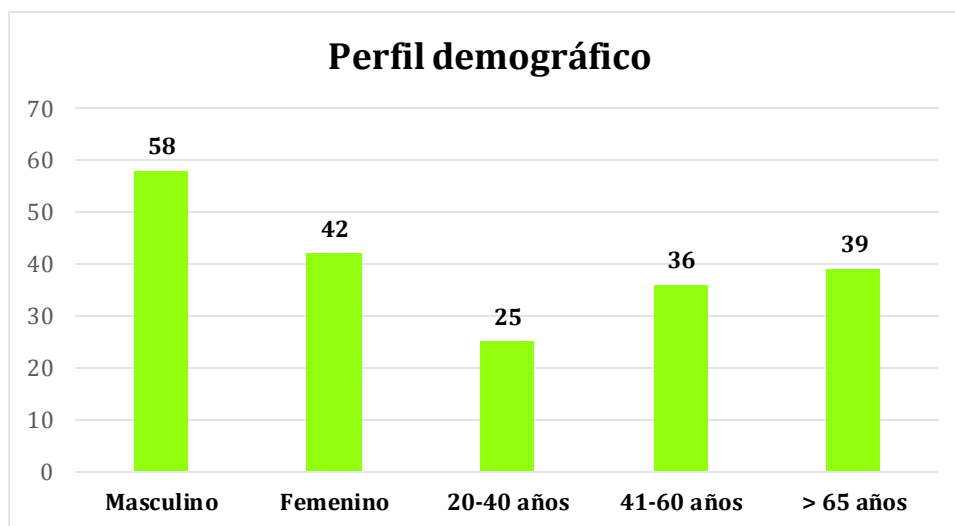
Tabla 1. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Perfil demográfico.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	58	58
Femenino	42	42
Total	100	100
Grupos de edades	Frecuencia	Porcentaje
20-40 años	25	25
41-60 años	36	36
> 60 años	39	39
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 1. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Perfil demográfico.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

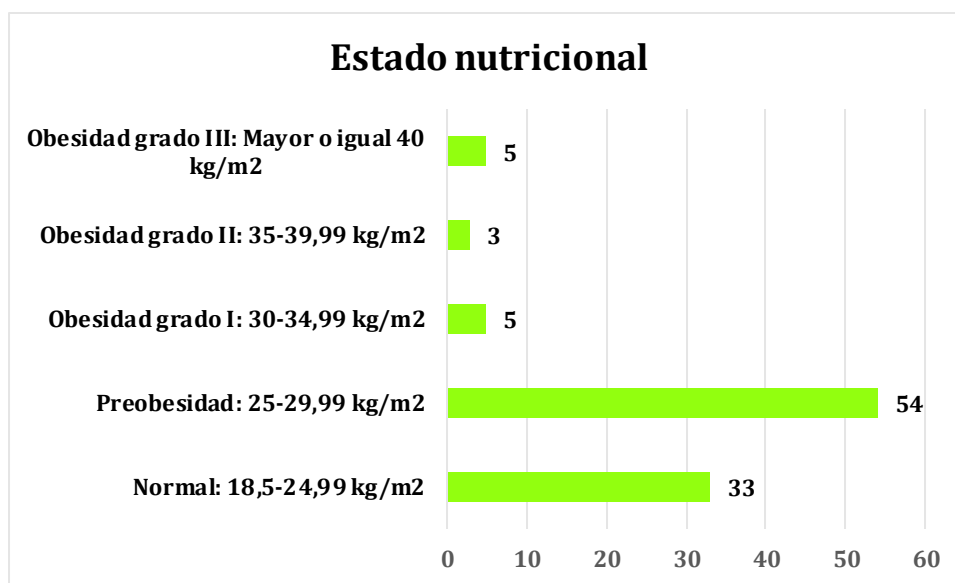
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), El 58% estuvo representado por el sexo masculino y el 42% por el sexo femenino. El grupo etario de mayor proporción fue el de > 60 años con el 39%. El promedio de edad fue de 53,19 años.

Tabla 2. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Estado nutricional.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Normal: 18,5-24,99 kg/m ²	33	33
Preobesidad: 25-29,99 kg/m ²	54	54
Obesidad grado I: 30-34,99 kg/m ²	5	5
Obesidad grado II: 35-39,99 kg/m ²	3	3
Obesidad grado III: Mayor o igual 40 kg/m ²	5	5
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
 Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 2. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Estado nutricional.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
 Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), el 54% (54) correspondió al grupo con IMC entre 25-29,99 kg/m², que corresponde al de Preobesidad. Mientras que el 13% de la muestra analizada se correspondió con diversos grados de obesidad: grado I (5%), grado II (3%) y grado III (5%). Además se observó un porcentaje importante de pacientes con IMC dentro de la normalidad (33%). El IMC promedio fue de 27,39 kg/m².

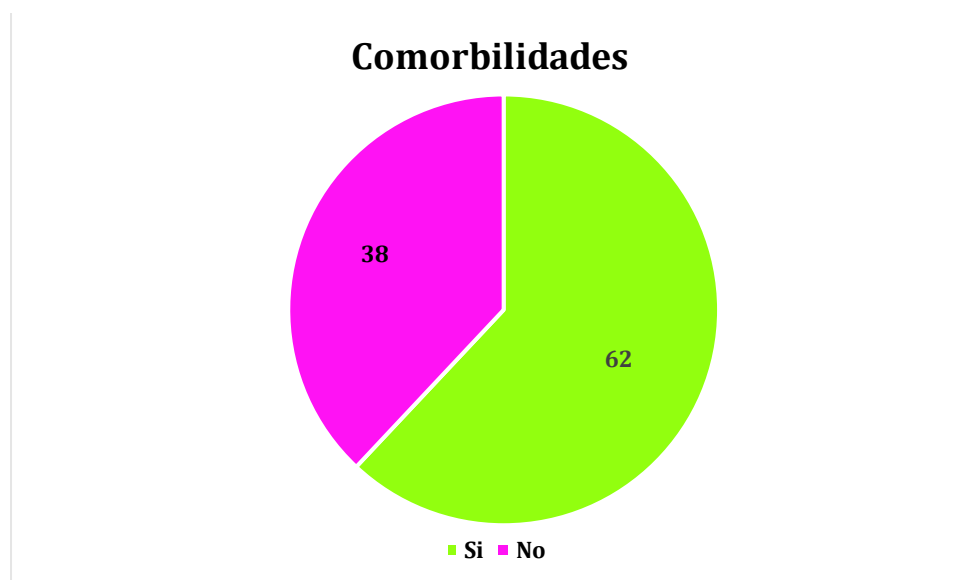
Tabla 3. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Comorbilidades.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Si	62	62
No	38	38
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 3. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Comorbilidades



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

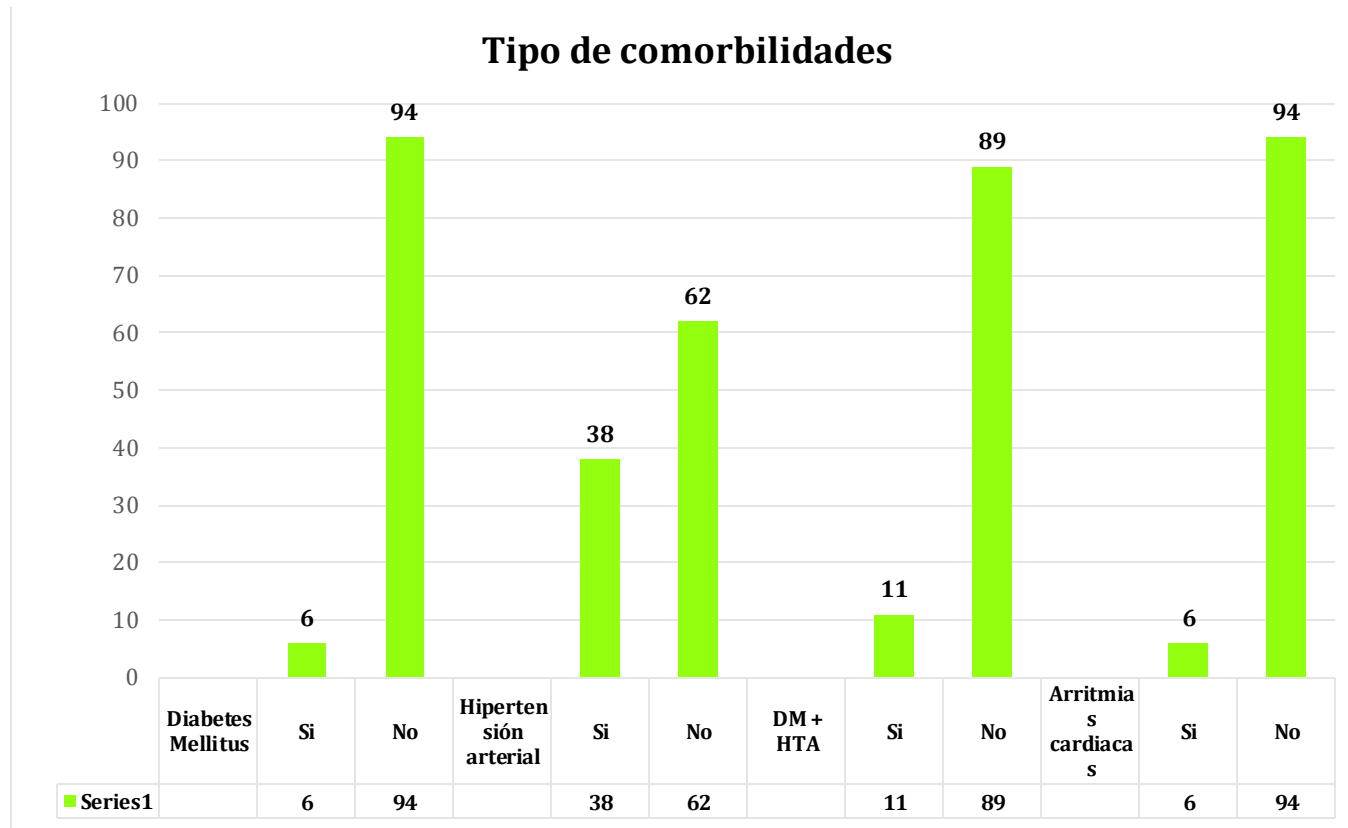
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), el 62% (62) presento comorbilidades asociadas de importancia.

Tabla 4. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de comorbilidades.

Tipo de comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus		
Si	6	6
No	94	94
Total	100	100
Hipertensión arterial		
Si	38	38
No	62	62
Total	100	100
DM + HTA		
Si	11	11
No	89	89
Total	100	100
Arritmias cardiacas		
Si	6	6
No	94	94
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 4. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de comorbilidades.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

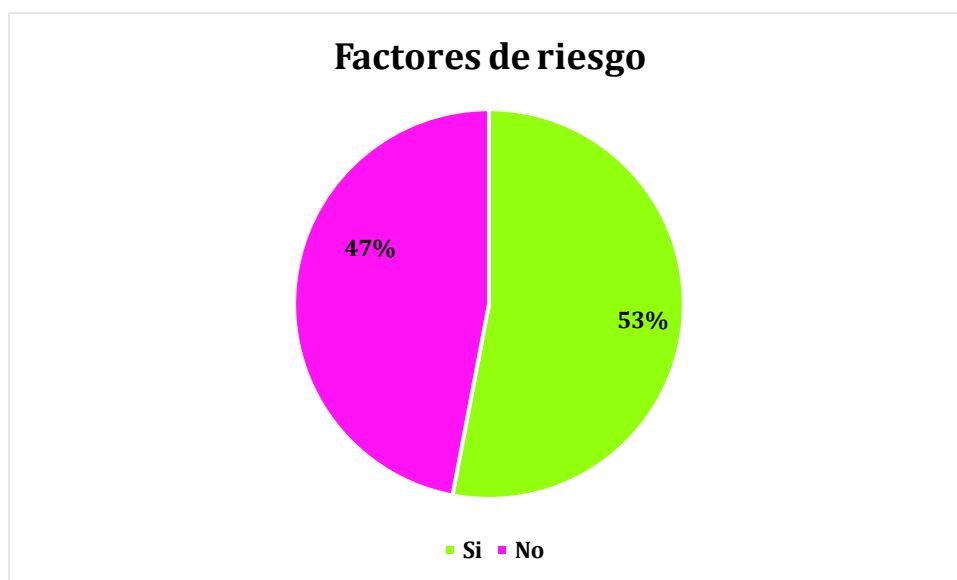
Interpretación: Del total de pacientes que presentaron comorbilidades (62 pacientes), se encontraron 6 casos de Diabetes Mellitus, 38 casos de hipertensión arterial, 11 casos de DM+HTA y 6 casos de arritmias cardíacas.

Tabla 5. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Factores de riesgo.

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	64
No	36	36
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 5. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Factores de riesgo.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), el 53% (53) presentaron factores de riesgo asociados.

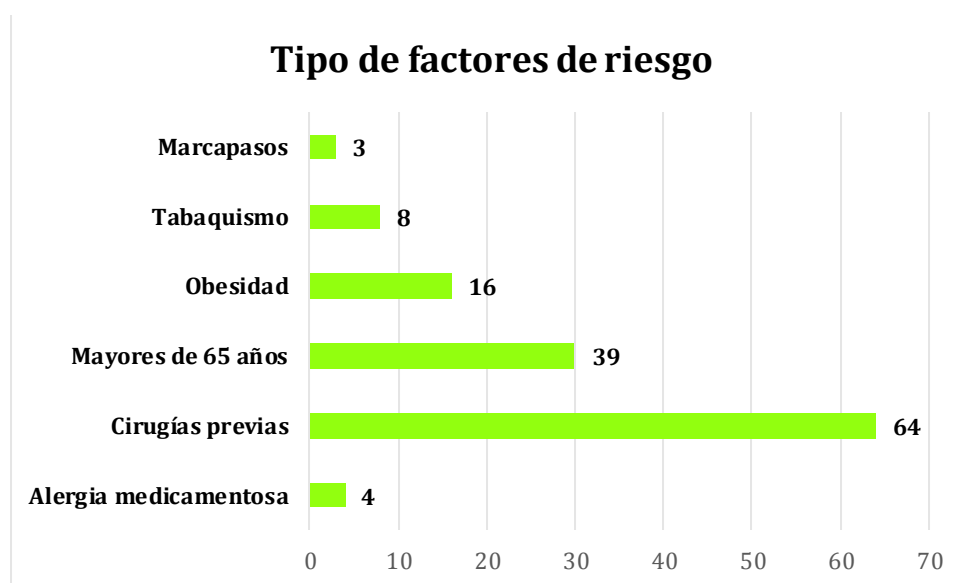
Tabla 6. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de factores de riesgo.

Tipo de factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Alergia medicamentosa	4	4
Cirugías previas	64	64
Mayores de 60 años	39	39
Obesidad	16	16
Tabaquismo	8	8
Marcapasos	3	3

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 6. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de factores de riesgo.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: El factor de riesgo más frecuente en la muestra de pacientes analizados fue el antecedente de cirugía previa con el 64%, seguido del grupo de mayores de 60 años con el 39%. En menor proporción se encontró: obesidad (16%), tabaquismo (8%), alergia medicamentosa (4%) y uso de marcapasos (3%).

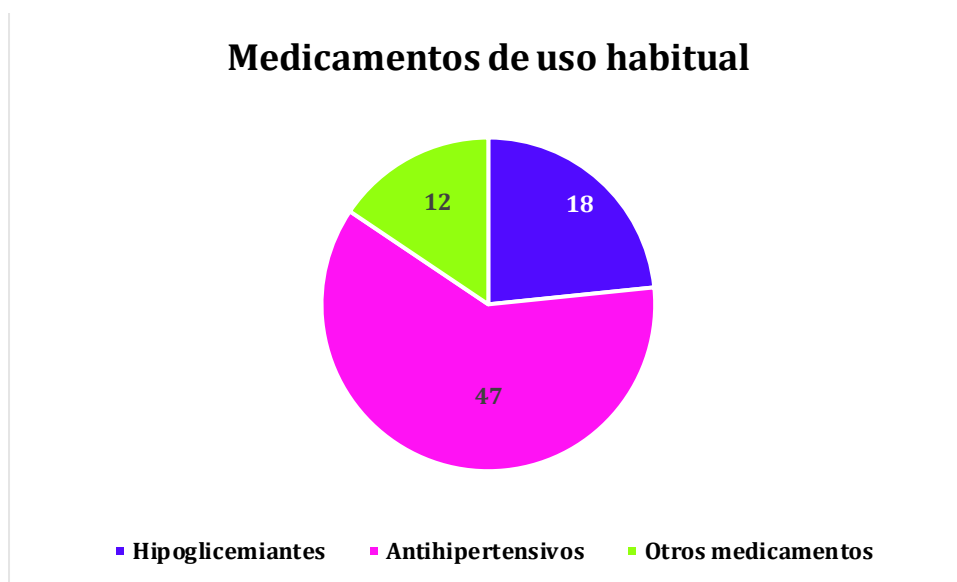
Tabla 7. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Medicamentos de uso habitual.

Hipoglicemiantes	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	18
No	82	82
Antihipertensivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	47	47
No	53	53
Otros medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Antiarrítmicos	4	4
Levotiroxina	4	4
Anticoagulantes	1	1
Antiparkinsonianos	1	1
Carbamacepina	1	1
Salbutamol	1	1
Total	100	100

ente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 7. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Medicamentos de uso habitual.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Los antihipertensivos (47%) fueron los medicamentos de mayor consumo en los pacientes que participaron en la investigación, seguidos de los hipoglicemiantes (18%).

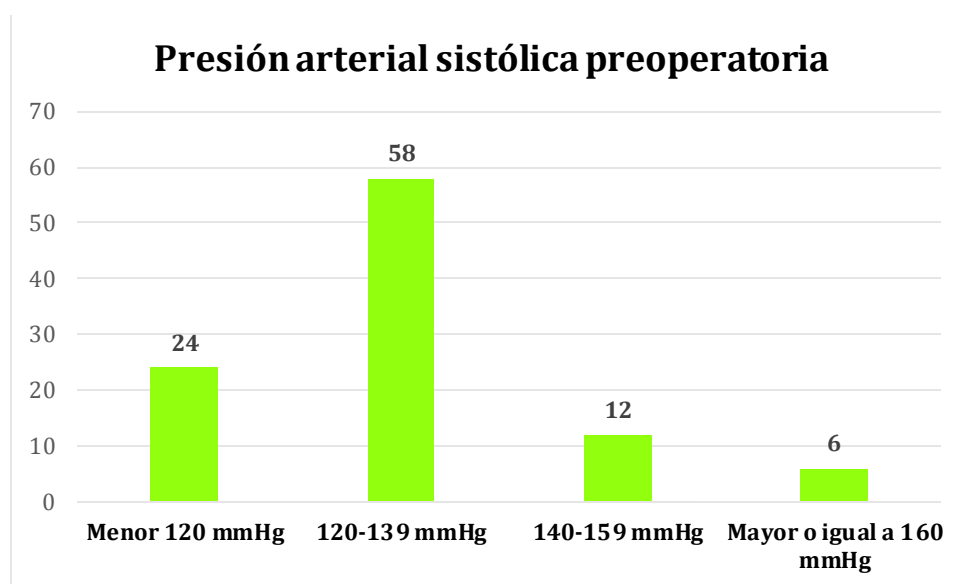
Tabla 8. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Presión arterial sistólica preoperatoria.

Presión arterial sistólica	Frecuencia	Porcentaje
Menor 120 mmHg	24	24
120-139 mmHg	58	58
140-159 mmHg	12	12
Mayor o igual a 160 mmHg	6	6
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 8. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Presión arterial sistólica preoperatoria.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

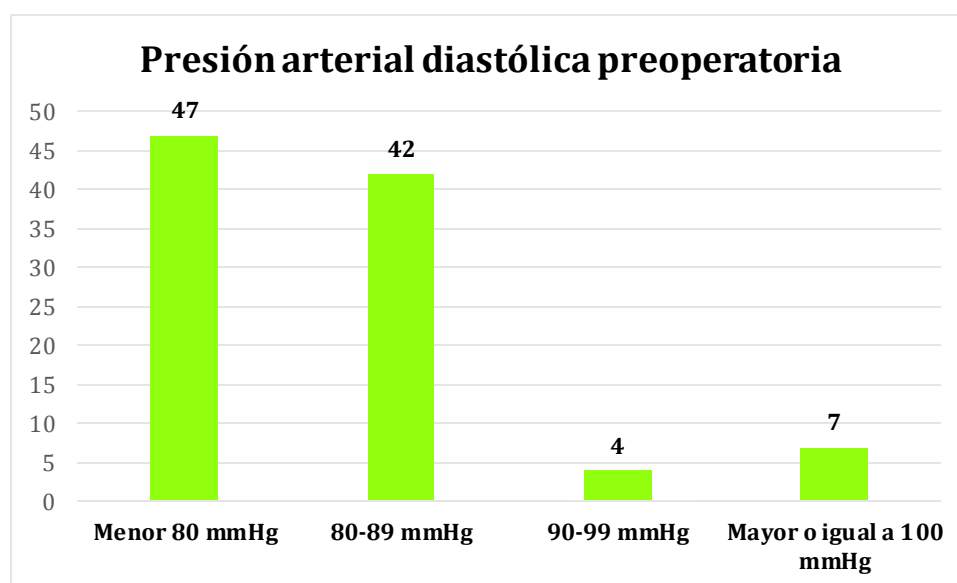
Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), se encontró que el 24% del total tenía cifras dentro del rango de la normalidad, pero el 58% de la muestra estaba en la categoría de pre-hipertensión arterial. Un grupo menor pero significativo de pacientes presentaron cifras de PAS en estadio 1 (12%) y 2 (6%) de hipertensión arterial. El valor promedio de presión arterial sistólica (PAS) preoperatoria fue de 126,38 mmHg.

Tabla 9. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Presión arterial diastólica preoperatoria.

Presión arterial diastólica	Frecuencia	Porcentaje
Menor 80 mmHg	47	47
80-89 mmHg	42	42
90-99 mmHg	4	4
Mayor o igual a 100 mmHg	7	7
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
 Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 9. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Presión arterial diastólica preoperatoria.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
 Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), se encontró que el 47% del total tenía cifras dentro del rango de la normalidad, pero el 42% de la muestra estaba en la categoría de pre-hipertensión arterial. Un grupo menor pero significativo de pacientes presentaron cifras de PAD en estadio 1 (4%) y 2 (7%) de hipertensión arterial. El valor promedio de presión arterial sistólica (PAD) preoperatoria fue de 76,57 mmHg.

OBJETIVO 2: DETERMINAR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA EVALUACIÓN PREANESTÉSICA DE LOS PACIENTES QUE SON INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN QUIRÓFANO CENTRAL DEL HOSPITAL REGIONAL IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO.

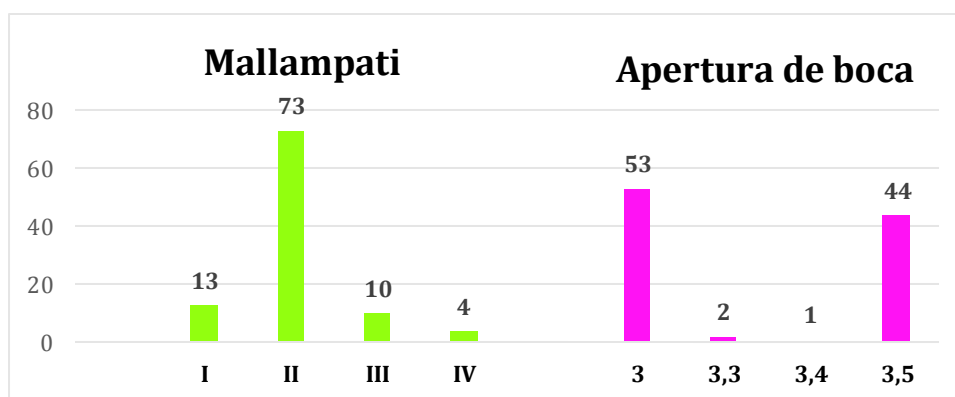
Tabla 10. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Clasificación de Mallampati y Apertura de la boca.

Clasificación Mallampati	Frecuencia	Porcentaje
I	13	13
II	73	73
III	10	10
IV	4	4
Total	100	100
Apertura de la boca (cm)	Frecuencia	Porcentaje
3	53	53
3,3	2	2
3,4	1	1
3,5	44	44
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 10. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Clasificación de Mallampati y Apertura de la boca.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), el 73% (73) correspondió al grupo II de la clasificación de Mallampati. La distancia interdientaria (apertura de la boca) promedio fue de 3,23 cm.

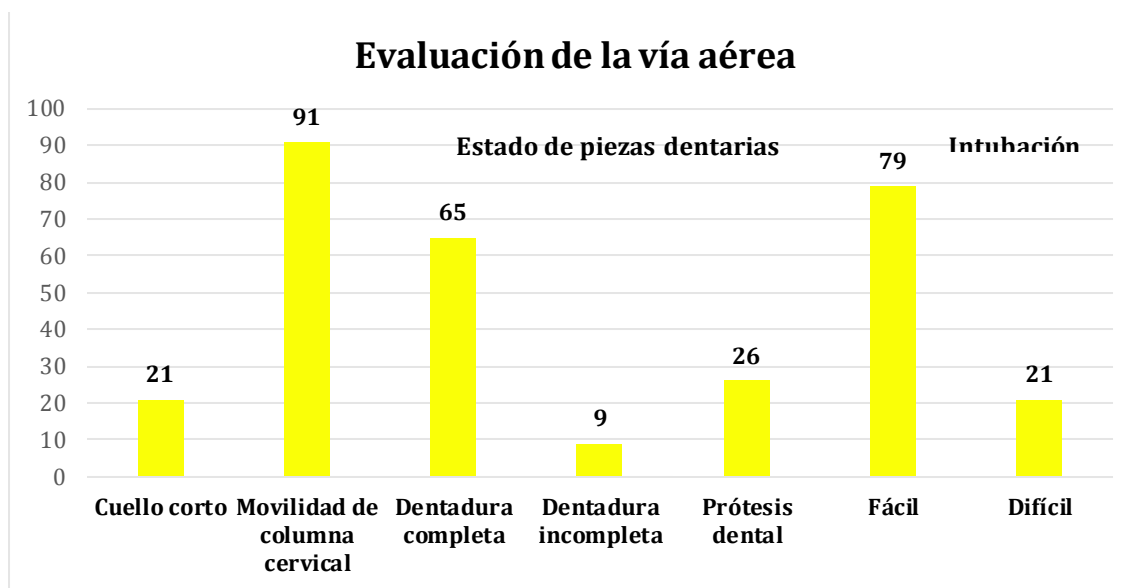
Tabla 11. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Evaluación de vía aérea.

Estado de la vía aérea	Frecuencia
Cuello corto	21
Movilidad de columna cervical	91
Estado de piezas dentarias	
Dentadura completa	65
Dentadura incompleta	9
Prótesis dental	26
Estado de la vía aérea	
Fácil	79
Difícil	21

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 11. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Evaluación de vía aérea.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), se encontró 21 pacientes con cuello corto y la movilidad de la columna cervical estaba conservada en el 91%. Al evaluar el estado de las piezas dentarias, se encontró que el 65% tenía dentadura completa, el 9% dentadura incompleta y el 26% tenía prótesis dental. Después de analizar todos los parámetros antes mencionados se consideró la vía aérea como fácil en el 79% y difícil en el 21%.

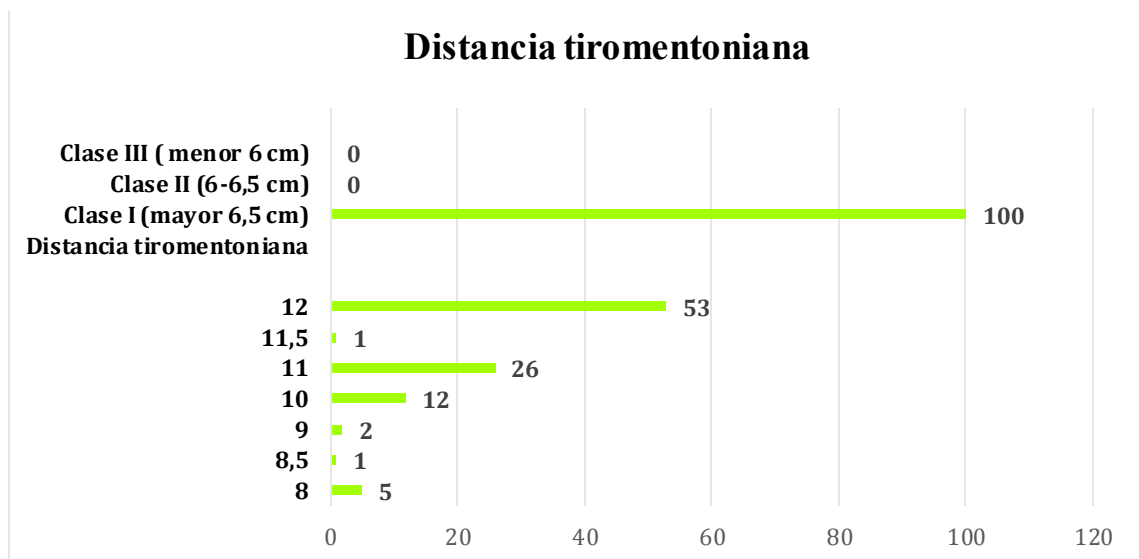
Tabla 12. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Distancia tiromentoniana.

Distancia tiromentoniana	Frecuencia	Porcentaje
8	5	5
8,5	1	1
9	2	2
10	12	12
11	26	26
11,5	1	1
12	53	53
Total	100	100
Distancia tiromentoniana	Frecuencia	Porcentaje
Clase I (mayor 6,5 cm)	100	100
Clase II (6-6,5 cm)	0	0
Clase III (menor 6 cm)	0	0
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 12. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Distancia tiromentoniana.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: La distancia tiromentoniana promedio fue de 11.2 cm y el 100% de los pacientes eran de la categoría I con una distancia > de 6,5 cm.

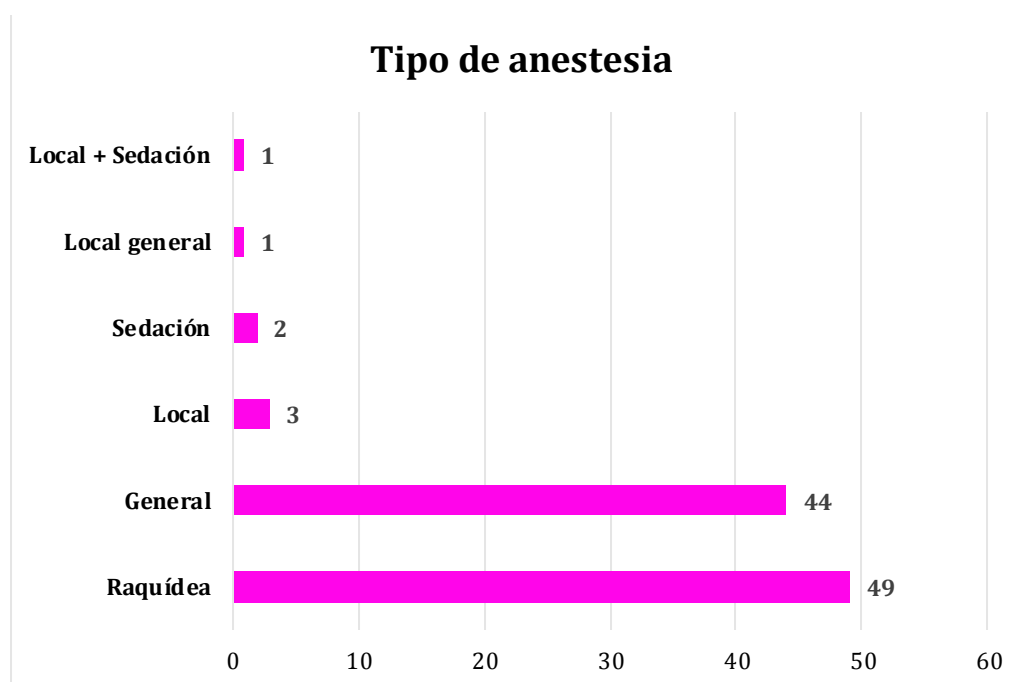
Tabla 13. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de anestesia.

Tipo de anestesia	Frecuencia	Porcentaje
Raquídea	49	49
General	44	44
Local	3	3
Sedación	2	2
Local general	1	1
Local + Sedación	1	1
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 13. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de anestesia.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

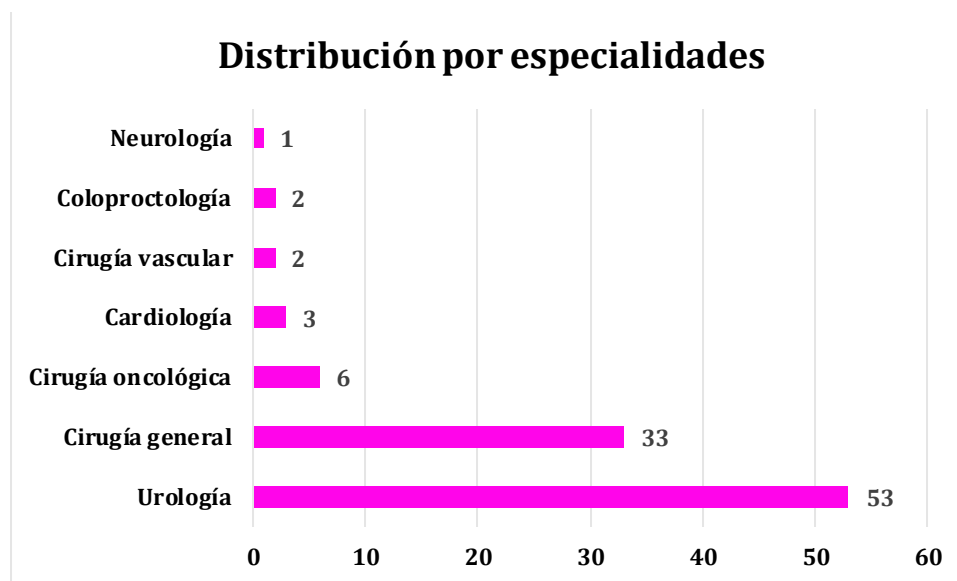
Interpretación: La anestesia raquídea fue la más utilizada, predominando con el 49%. Le siguió en orden de frecuencia la anestesia general con el 44% y la local con el 3%.

Tabla 14. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Especialidades.

Distribución por Especialidades	Frecuencia	Porcentaje
Urología	53	53
Cirugía general	33	33
Cirugía oncológica	6	6
Cardiología	3	3
Cirugía vascular	2	2
Coloproctología	2	2
Neurología	1	1
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
 Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 14. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Especialidades.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
 Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

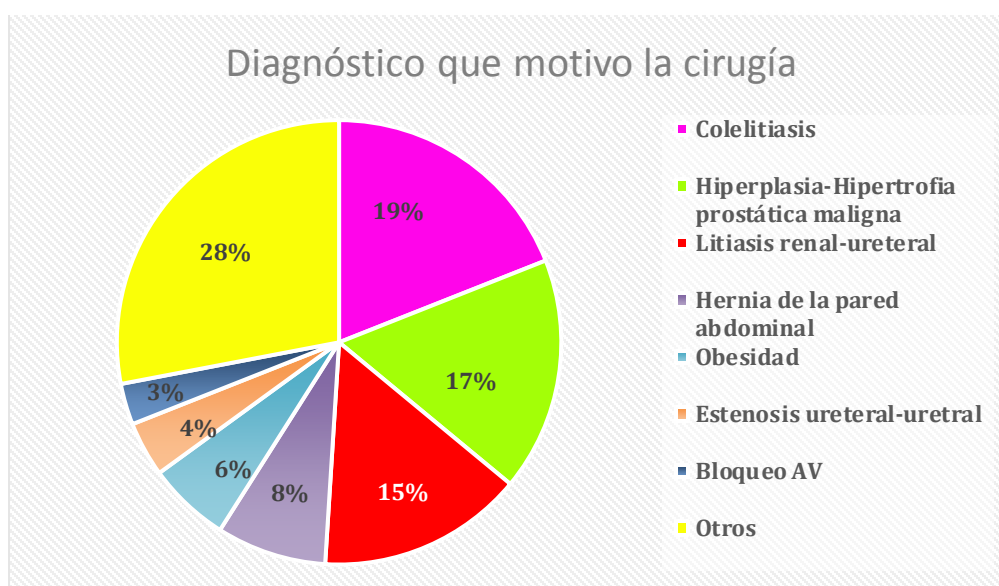
Interpretación: Los procedimientos quirúrgicos de urología (53%) se realizaron con mayor frecuencia. También se realizaron en frecuencia significativa procedimientos de cirugía general (33%) y de cirugía oncológica (6%).

Tabla 15. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Etiología.

Etiología o Diagnóstico que motivó la cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Colelitiasis	19	19
Hiperplasia-Hipertrofia prostática maligna	17	17
Litiasis renal-ureteral	15	15
Hernia de la pared abdominal	8	8
Obesidad	6	6
Estenosis ureteral-uretral	4	4
Bloqueo AV	3	3
Otros	28	28
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
 Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 15. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Etiología.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
 Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Las etiologías más importantes que motivaron intervención quirúrgica fueron la colelitiasis (19%), hiperplasia/hipertrofia prostática (17%) y la litiasis renal/ureteral (15%).

Tabla 16. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de cirugía.

Tipo de cirugías	Frecuencia	Porcentaje
Cole-lap	15	15
Litotripsia láser	12	12
Adenomectomía	9	9
Resección endoscópica	6	6
Manga gástrica	5	5
Laparoplastia	5	5
Colecistectomía convencional	4	4
Ligadura de venas espermáticas	3	3
Nefrectomía	3	3
Uretrotomía	3	3
Hernioplastia	2	2
Fistulectomía anal	2	2
Otros	31	31
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 16. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de cirugía.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

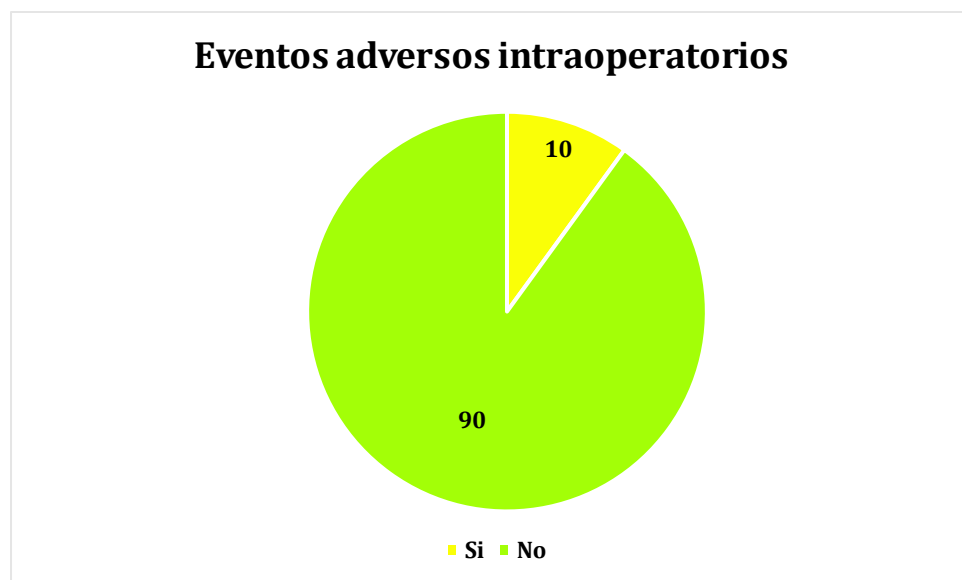
Interpretación: Los tres procedimientos quirúrgicos de mayor frecuencia fueron la colecistectomía laparoscópica (15%), Litotripsia láser (12%) y la Adenomectomía prostática (9%).

Tabla 17. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Eventos adversos intraoperatorios.

Eventos adversos intraoperatorios	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	10
No	90	90
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 17. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Eventos adversos intraoperatorios.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), se observó un 10% (10) de eventos adversos intraoperatorios.

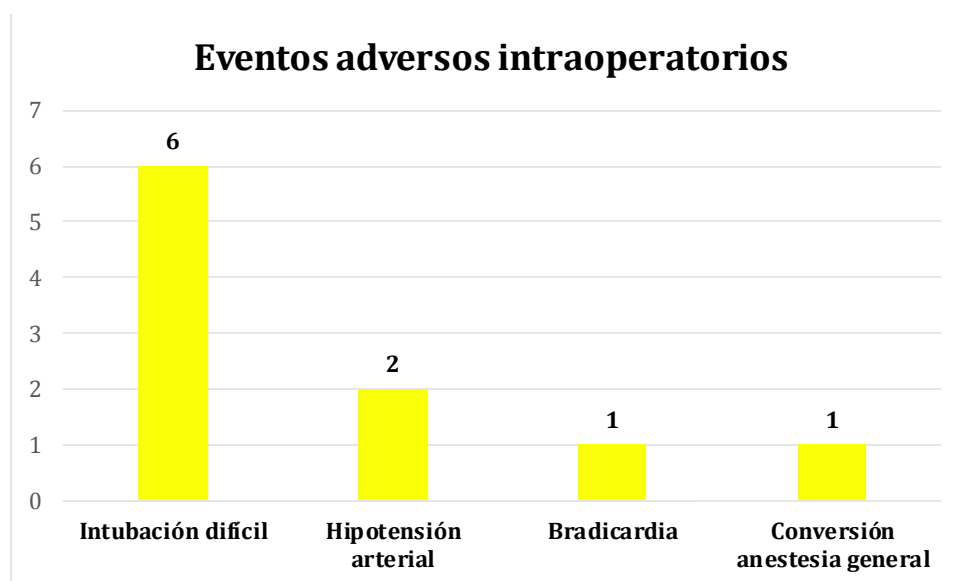
Tabla 18. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de eventos adversos intraoperatorios.

Eventos adversos intraoperatorios	Frecuencia	Porcentaje
Intubación difícil	6	60
Hipotensión arterial	2	20
Bradicardia	1	10
Conversión anestesia general	1	10
Total	10	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 18. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de eventos adversos intraoperatorios.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: El evento adverso intraoperatorio más frecuente fue la intubación difícil en el 60% (6). En menor proporción se observó hipotensión arterial (20%), bradicardia (10%) y hubo 1 caso de conversión a anestesia general (10%).

Tabla 19. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Eventos adversos postoperatorios.

Eventos adversos postoperatorios	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	2
No	98	98
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 19. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Eventos adversos postoperatorios.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), se observó un 2% (2) de eventos adversos postoperatorios.

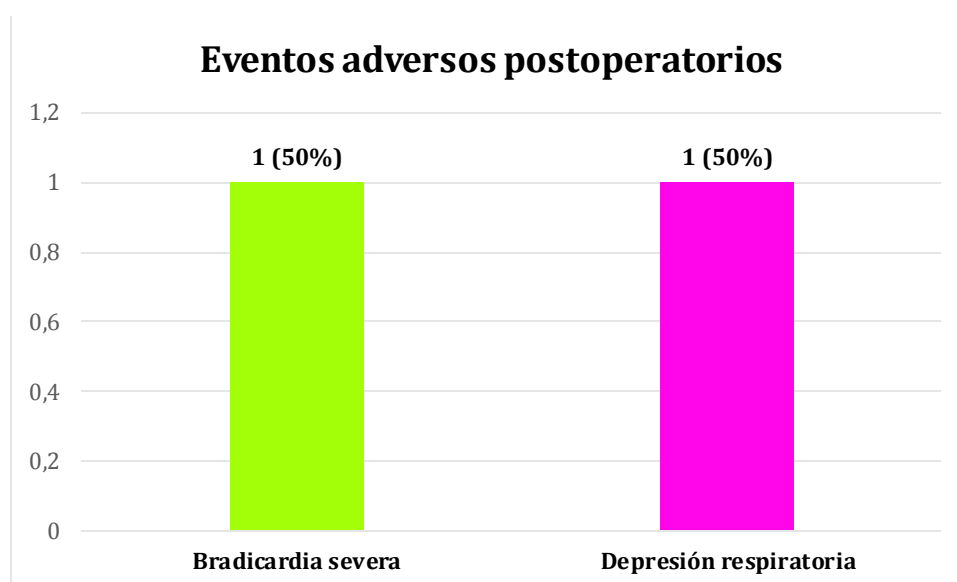
Tabla 20. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de eventos adversos postoperatorios.

Eventos adversos postoperatorios	Frecuencia	Porcentaje
Bradicardia severa	1	50
Depresión respiratoria	1	50
Total	2	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 20. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Tipo de eventos adversos postoperatorios.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Los eventos adversos postoperatorio fueron la bradicardia severa (1 casos) y la depresión respiratoria (1 caso).

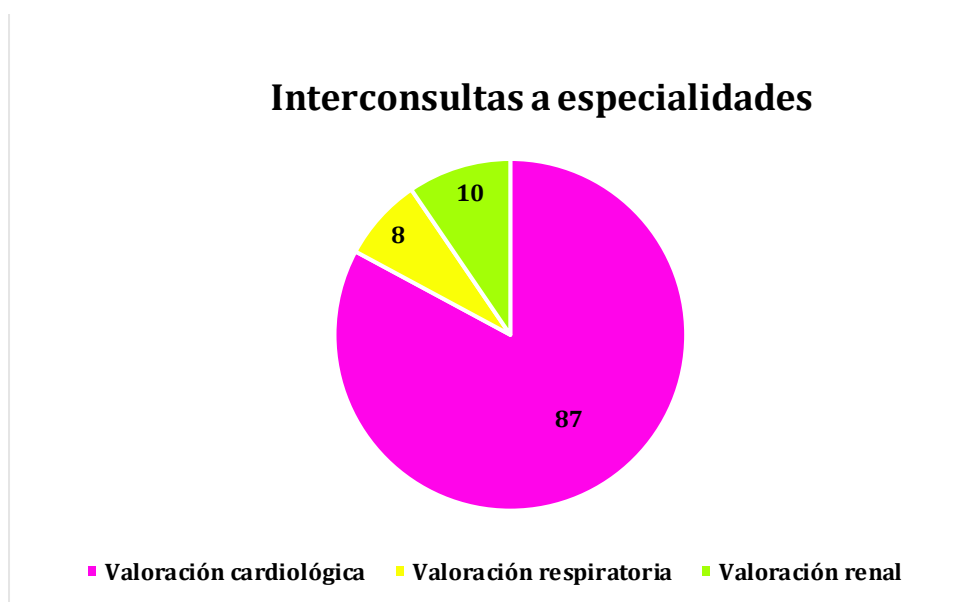
Tabla 21. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Interconsultas a otras especialidades.

Interconsultas a otras especialidades	Frecuencia	Porcentaje
Valoración cardiológica		
Si	87	87
No	13	13
Valoración respiratoria		
Si	8	8
No	92	92
Valoración renal		
Si	10	10
No	90	90
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 21. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Interconsultas a otras especialidades.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Se analizó la frecuencia de interconsultas (IC) a otras especialidades solicitadas como parte de los exámenes complementarios prequirúrgicos, de las cuales se realizaron 87 IC al servicio de cardiología, 8 IC a neumología y solo 10 IC solicitadas al servicio de nefrología.

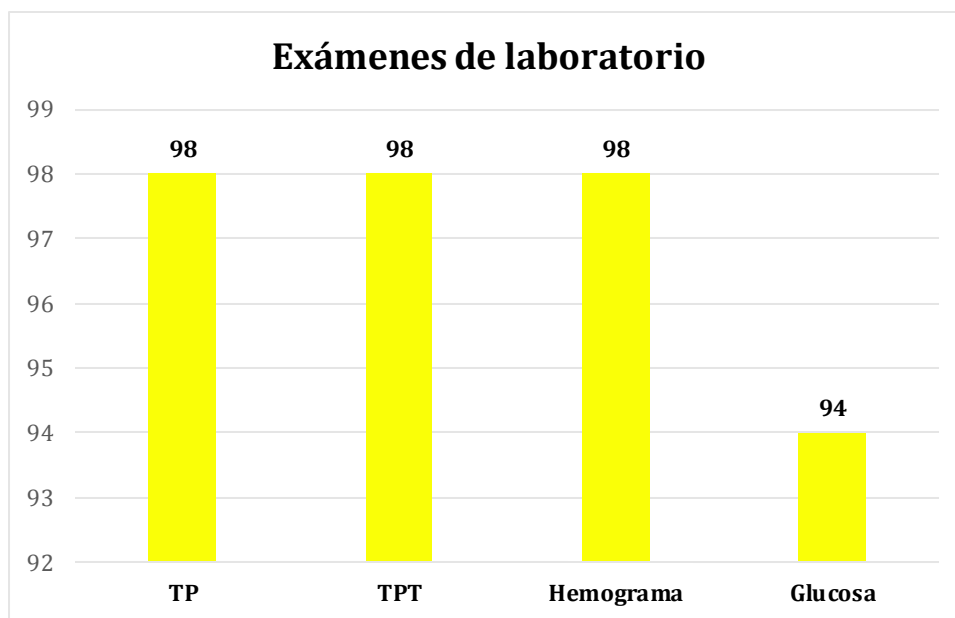
Tabla 22. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Exámenes de laboratorio.

Exámenes de laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
TP		
Si	98	98
No	2	2
TPT		
Si	98	98
No	2	2
Hemograma		
Si	98	98
No	2	2
Glucosa		
Si	94	94
No	6	6
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 22. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Exámenes de laboratorio.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), se observó que existe un porcentaje pequeño de pacientes que no completaron exámenes de laboratorio básicos como TP (2%), TPT (2%), hemograma (2%) y glucosa (6%).

Tabla 23. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Cumplimiento de recomendaciones de Anestesiología.

Cumplimiento de recomendaciones de Anestesiología	Frecuencia	Porcentaje
Si	90	90
No	10	10
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 23. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Cumplimiento de recomendaciones de Anestesiología.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), solo el 90% (90) de los pacientes tenían cumplimiento de todas las recomendaciones de anestesiología durante la evaluación preanestésica.

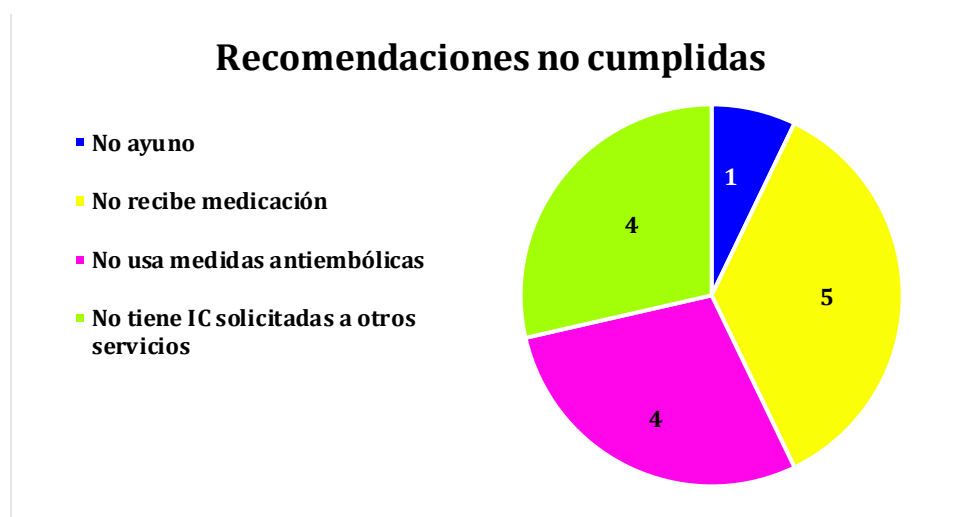
Tabla 24. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Recomendaciones no cumplidas.

	Frecuencia	Porcentaje
No ayuno		
Si	1	1
No	99	99
No recibe medicación		
Si	5	5
No	95	95
No usa medidas antiembólicas		
Si	4	4
No	96	96
No tiene IC solicitadas a otros servicios		
Si	4	4
No	96	96
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 24. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Recomendaciones no cumplidas.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Entre las principales recomendaciones de anestesiología que no fueron cumplidas están: falta de ayuno preoperatorio (1%), no recibieron la medicación habitual (5%), falta de medidas antiembólicas (4%) y falta de interconsultas solicitadas (4%)

OBJETIVO 3: DETERMINAR LA FRECUENCIA Y ETIOLOGÍA DE LAS CIRUGÍAS SUSPENDIDAS EN EL QUIRÓFANO CENTRAL DEL HOSPITAL REGIONAL IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO.

Tabla 25. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Cirugías suspendidas.

Cirugías suspendidas	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	11
No	89	89
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 25. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Cirugías suspendidas.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), se suspendieron 11 intervenciones quirúrgicas (11%).

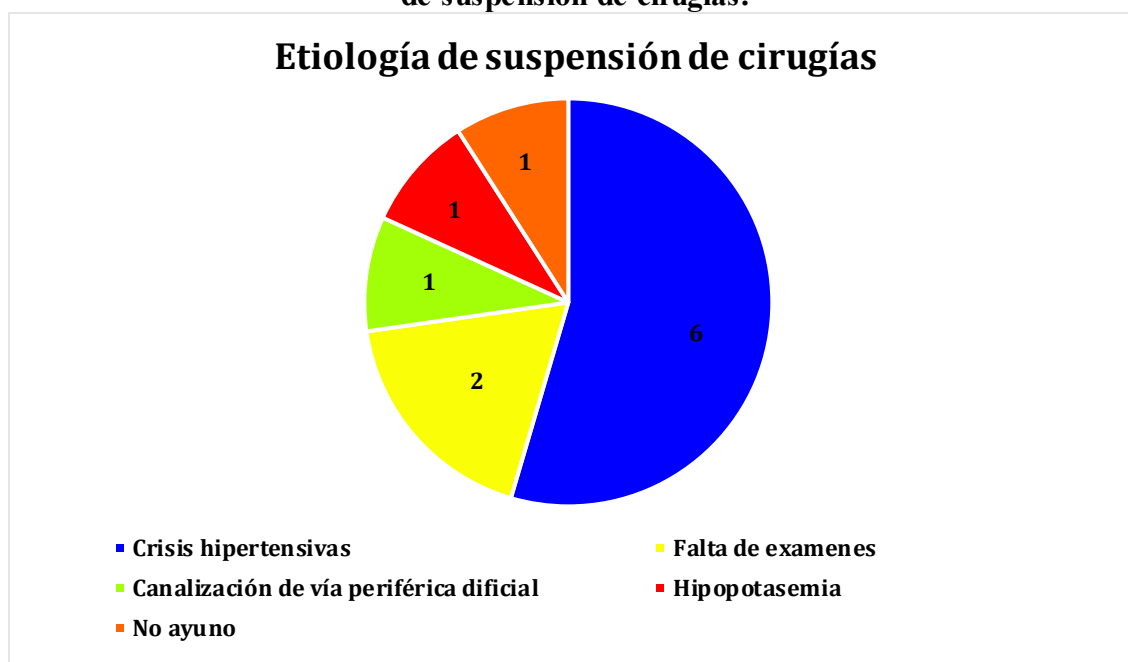
Tabla 26. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Etiología de suspensión de cirugías.

Causas de suspensión de cirugías	Frecuencia	Porcentaje
Crisis hipertensivas	6	6
Falta de exámenes	2	2
Canalización de vía periférica difícil	1	1
Hipopotasemia	1	1
No ayuno	1	1
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 26. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Etiología de suspensión de cirugías.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de cirugías suspendidas (11 pacientes), la principal causa de suspensión fue la crisis hipertensivas (6%). Otras causas que se presentaron en menor proporción fueron: falta de exámenes (2%), canalización de vía periférica difícil (1%), hipopotasemia (1%) y falta de ayuno preoperatorio (1%).

OBJETIVO 4: IDENTIFICAR LOS PACIENTES CON MAYOR RIESGO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DURANTE EL PERÍODO PERIOPERATORIO Y POSTOPERATORIO.

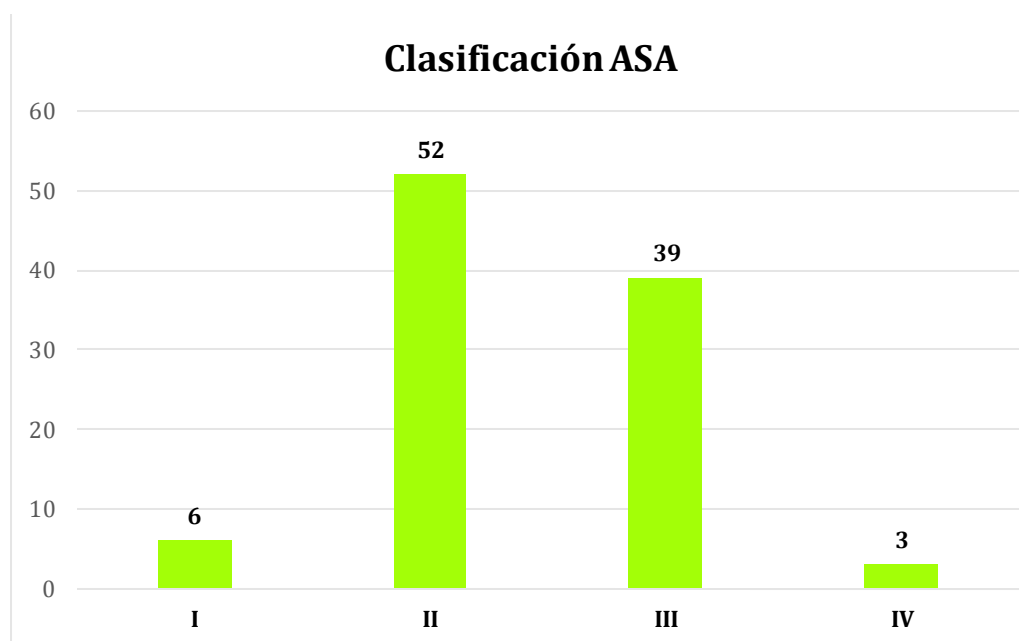
Tabla 27. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Clasificación ASA.

Clasificación de ASA	Frecuencia	Porcentaje
I	6	6
II	52	52
III	39	39
IV	3	3
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 27. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Clasificación ASA.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), el 52% (52) correspondió al grupo II de la clasificación de la American Society of Anesthesiologists, mientras que en segundo lugar de frecuencia estuvo el grupo III con el 39%.

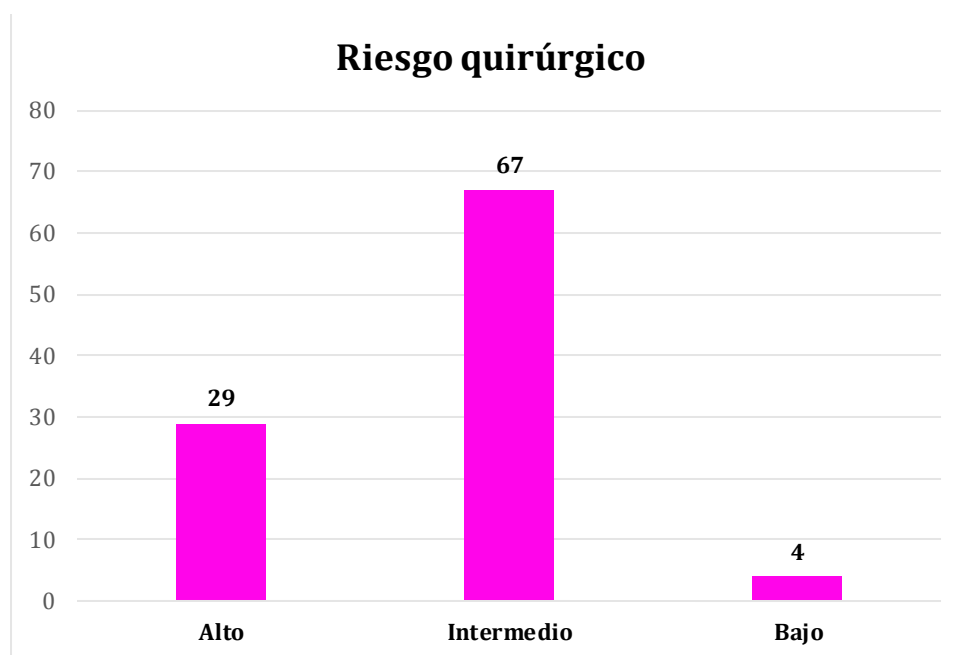
Tabla 28. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Riesgo quirúrgico.

Riesgo quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Alto	29	29
Intermedio	67	67
Bajo	4	4
Total	100	100

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Ilustración 28. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Riesgo quirúrgico.



Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Interpretación: Del total de la muestra estudiada (100 pacientes), el riesgo quirúrgico se dividió en: Alto (29%), Intermedio (67%) y Bajo (4%).

Tabla 29. Distribución de los 100 pacientes quirúrgicos en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil. 2016-2017, según: Análisis estadístico y contraste de hipótesis.

ANALISIS ESTADISTICO		VISITA PREANESTESICA		TOTAL	ODD RATIO	p
		SI	NO			
RIESGO QUIRURGICO	ALTO	19 22%	10 83%	29 29%	3,090 IC 95% (1,902-13,877)	0,000
	BAJO	69 78%	2 17%	71 71%		
TOTAL		88 100%	12 100%	100 100%		
CIRUGIAS SUSPENDIDAS	SI	3 3%	8 67%	11 11%	2,541 IC 95% (0,996-8,337)	0,03
	NO	85 97%	4 33%	89 89%		
TOTAL		88 100%	12 100%	100 100%		

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Se realizó un análisis bivariado de las variables, las cuales se organizaron en forma dicotómica para una mejor interpretación. Se aplicó la prueba de chi cuadrado para establecer la asociación entre las variables y para la comprobación o rechazo de la hipótesis planteada:

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la visita preanéstesica y el riesgo quirúrgico, con un p-valor de 0,000 que indica que la hipótesis H0 se anula por existir un p-valor menor de 0,05 y por lo tanto se acepta la hipótesis del investigador o H1, comprobándose la hipótesis de la presente investigación.

4.2 DISCUSIÓN

La evaluación preanestésica del paciente identifica los factores de riesgo individuales y los desafíos fisiológicos subyacentes que aportan información para el desarrollo del plan anestésico. La categorización de los pacientes que utilizan el Sistema de Clasificación del Estado Físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) proporciona un marco para la evaluación. Los pacientes con un estado de ASA más alto corren mayor riesgo de complicaciones anestésicas y requieren precauciones adicionales para asegurar mejor un resultado positivo. Este estudio se realizó para evaluar la visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas, lo que ayudaría en la planificación adecuada del manejo anestésico del paciente. Realizando la comparación de nuestros resultados con los reportados en la literatura internacional encontramos los siguientes datos:

Santos L y cols., evaluar las características demográficas y clínicas de la evaluación preanestésica en los pacientes quirúrgicos del Hospital Universitario Gaffrée e Guinle (APA/HUGG), de un total de 491 pacientes analizados, reportaron un predominio de mujeres (64,8%) y sobrepeso (55,9%), con edades entre 18 y 59 años (Santos M, 2016). El presente estudio analizó 100 expedientes clínicos de pacientes quirúrgicos del hospital, el género más afectado fue el masculino (58%), con edades entre los 20 y 84 años, donde el estado de preobesidad (54%) y obesidad (13%) predominaron. Los resultados de Legarda J y col., concuerdan que en la distribución por sexo, la proporción femenina continua siendo mayor que el sexo masculino, pero incluyó grupos de edades superiores a los estudios antemencionados(entre 40-70 años) (Legarda J, 2013).

El porcentaje de pacientes con presencia de comorbilidades o factores de riesgo en el estudio fue considerable (62%/64%), siendo la HTA (38%) la comorbilidad más común y el antecedente de cirugía previa (64%) como el factor de riesgo más frecuente. En los resultado de Santos L, la prevalencia de enfermedades asociadas fue alta (71,3%), predominando la hipertensión (50,1%). La mayoría de los pacientes tenían morbilidad compensada clínicamente (96,3%) y uso prolongado de la medicación (77,4%). Mientras que en el presente estudio más de la mitad de los pacientes consumían crónicamente medicamentos para el control de sus respectivas comorbilidades (antihipertensivos 47%/hipoglicemiantes 18%).

En cuanto a las características quirúrgicas, la especialidad más frecuente fue Urología (53%) y Cirugías General (33%). El análisis de las características por edad mostró que los ancianos tienen más enfermedades asociadas y el uso a largo plazo de la medicación. Resultados similares fueron reportados por Contreras M, quien encontró que los procedimientos quirúrgicos de Cirugía General y Ginecología fueron los más comunes en el Hospital Dr. José María Vargas de la Ciudad de Cagua, Edo. Aragua, durante el primer semestre del año 2012. Los riesgos estimados fueron identificados en 197 pacientes, con categoría ASA 1; 65 ASA II, 09 ASAIII y 06 ASA IV. Los riesgos en las clases funcionales ASA III y IV, correspondieron a 5,41% de los pacientes (Contreras M, 2012). En estudios de Santos L, se encontró predominio de las clases ASA II (46%) y III (41%), especialmente cuando el factor edad aumentaba.

El perfil epidemiológico de los pacientes quirúrgicos observados en el quirófano central del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo estuvo compuesta de varones de 18 a 84 años de edad, con sobrepeso u obesidad, con enfermedades asociadas, uso prolongado de medicación, sin descompensación clínica, ASA II y III. Esto sumado a las principales características de la vía aérea que descubrió un número pequeño pero significativo de pacientes con cuello corto, Mallampati III/IV, ASA III/IV permitió categorizar a los pacientes con riesgo quirúrgico alto (29%), intermedio (67%) y bajo (4%) y predecir aquellos que serían de intubación difícil, ayudando en los preoperatorios de anestesia para disminuir el índice de eventos adversos perioperatorios. El conocimiento de las características clínicas de los pacientes quirúrgicos es crítico para programar el cuidado perioperatorio, permitiendo la mejora de la calidad y seguridad en anestesia y cirugía.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes analizados correspondieron al sexo masculino, especialmente del grupo etario de > 60 años de edad.

El perfil nutricional estaba alterado en la mayor proporción de pacientes (77%), siendo el estado de preobesidad el de mayor frecuencia, seguidos de la obesidad en diferentes grados de afectación.

Más de la mitad de los pacientes evaluados presentaron comorbilidades asociadas, especialmente diabetes Mellitus, hipertensión arterial o la combinación de ambas patologías.

Los factores de riesgo estuvieron presentes en la mitad de la muestra analizada, los más comunes fueron el antecedente de cirugía previas y la edad > 60 años.

La mayor parte de los pacientes se encontraban en estados de prehipertensión arterial antes de la cirugía y un porcentaje significativo tenía hipertensión en etapa 1 y 2.

La clasificación de Mallampati y la abertura de la boca fueron los principales parámetros para evaluar la calidad de la vía aérea, pero también representaron parámetros importantes en la evaluación: forma del cuello y la movilidad de la columna cervical, distancia tiromentoniana y el estado de las piezas dentarias. Después de analizar todos los parámetros antes mencionados se consideró la vía aérea como fácil en el 79% y difícil en el 21%.

La anestesia raquídea fue la más utilizada, predominando con el 49%. Le siguió en orden de frecuencia la anestesia general con el 44% y la local con el 3%.

Los tres procedimientos quirúrgicos de mayor frecuencia fueron la colecistectomía laparoscópica (15%), Litotripsia láser (12%) y la Adenomectomía prostática (9%).

Se observó un 10% (10) de eventos adversos intraoperatorios, siendo el más frecuente fue la intubación difícil en el 60%. Los eventos adversos postoperatorios estuvieron

presenten en el 2% del total, que fueron la bradicardia severa (1 caso) y la depresión respiratoria (1 caso).

Un porcentaje significativo de pacientes no cumplía con las recomendaciones de la evaluación preanestésica, especialmente en las interconsultas a otras especialidades como cardiología, neumología y nefrología.

Se suspendieron 11 intervenciones quirúrgicas que representó el 11% del total analizado, siendo la principal causa de suspensión la crisis hipertensivas (6%).

Del total de la muestra estudiada el 52% correspondió al grupo II de la clasificación de la American Society of Anesthesiologists, mientras que en segundo lugar de frecuencia estuvo el grupo III con el 39%. El riesgo quirúrgico se dividió en: Alto (29%), Intermedio (67%) y Bajo (4%).

La visita preanestésica es un pilar fundamental en el riesgo quirúrgico de los pacientes, ya que detecta factores de riesgo, comorbilidades y alteraciones en la vía aérea que puedan dificultar el procedimiento anestésico subsecuente. Además de reducir el riesgo quirúrgico de los pacientes.

5.2 RECOMENDACIONES

En base a los resultados antes expuestos, recomiendo:

- Establecer grupos de riesgo quirúrgico y fomentar la estratificación en las categorías de la clasificación de riesgo anestésico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) que permitan reducir la morbilidad transoperatoria y postoperatoria.
- Implementar medidas preventivas de acuerdo con las guías internacionales publicadas para disminuir la incidencia de eventos adversos intraoperatorios y postoperatorios relacionados con la anestesia, especialmente los relacionados con la vía aérea.
- Fomentar estrategias de prevención o detección precoz de los factores de riesgo y comorbilidades para reducir el riesgo quirúrgico y disminuir la morbilidad relacionada con anestesia.
- Fortalecer la capacitación y actualización continua del personal de anestesiología sobre el enfoque del paciente quirúrgico, para optimizar los resultados y ofrecer una calidad de atención.
- Mejorar el registro en las historias clínicas de los antecedentes patológicos, factores de riesgo y reportes de anestesiología, para evitar pérdida de información en el seguimiento de los pacientes, que permitirá una evaluación más precisa de los resultados clínicos.
- Entregar resultados al Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo para la creación de protocolos de evaluación preanestésica y en las mejores posibilidades perfeccionar los resultados.
- Desarrollar en el Servicio de Anestesiología y Terapia del dolor el hábito de investigación relacionado al proceso de formación de estudiantes, internos y residentes de posgrado.
- Recomiendo la continuidad del presente trabajo de investigación a los residentes de Postgrado de Anestesiología y Terapia del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

American Society of Anesthesiologists. (2013, Feb 3). Retrieved Jul 24, 2016, from Structured Response Improves Data Capture in Pre-Anesthesia Evaluation Forms: <http://www.asaabstracts.com/strands/asaabstracts/abstract.htm;jsessionid=B6F1CC0AADEDAADA0137A3B42DC80C14?absnum=1151&index=14&year=2003>

Canadian Anesthesiologists' Society. (2015, Aug 21). Retrieved Feb 15, 2016, from Pre-Anesthetic Checklist: http://www.cas.ca/English/Page/Files/97_Appendix%203.pdf

Urman R, E. J. (2014). Anestesia de bolsillo (2ª edición ed.). Lippincott-Wolters Kluwer.

Organización Mundial de la Salud. (2011, Jul 3). Retrieved Mar 23, 2016, from Informe Mundial sobre Cirugía Segura: Rol del Anestesiólogo: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf

Hadzic A. (2012). Tratado de Anestesia Regional y Manejo del dolor agudo. Mc Graw Hill.

American Society of Anesthesiologists. (2012). Practice advisory for preanesthesia evaluation. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* , 116 (3), 522-38.

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2012). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2012. Secretaria General de Sanidad, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Aranaz, España: Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opscsp2.pdf>

Mena M, R. E. (2014). Valoración preanestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. *Rev Hosp Jua Mex* , 81 (3), 193-98.

Macancela M. (2014). Causas que influyan en las suspensiones de cirugía programada en el Hospital Regional Isidro Ayora periodo, enero 2012-septiembre 2014. Tesis de grado , Universidad Nacional de Loja, Área de la salud Humana. Medicina Humana, Loja, Ecuador.

Zambouri A. (2010). Preoperative evaluation and preparation for anesthesia and surgery. HIPPOKRATIA , 11 (1), 13-21.

Yoyanovich J. (2013). Evaluación del riesgo cardiovascular en cirugía no cardíaca. Rev Med Clin Condes , 18 (3), 265-71.

Jae Hwan K. (2012). Preoperative evaluation of a surgical patient; preanesthetic interview by anesthesiology residents . Korean J Anesthesiol , 62 (3), 207-208.

The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. (2014, Jan 19). Retrieved Jun 28, 2016, from Pre-anesthetic Evaluation: <http://www.aagbi.org>

Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR). (2015, Jun 5). Retrieved Aug 4, 2016, from Guías clínicas para la optimización hemodinámica perioperatoria de los pacientes adultos durante la cirugía no cardíaca: <https://www.sedar.es/media/2015/10/Guias-clinicas-para-la-optimizacion-hemodinamica-perioperatoria-de-los-pacientes-adultos-durante-la-cirugia-no-cardiaca.pdf>

García F, P. R. (2013). Valoración anestésica preoperatoria y preparación del paciente quirúrgico . Rev Esp Anesthesiol Reanim , 60 (1), 11-26.

Miller R. (2011). Miller Anestesia. Cap 3: Valoración preanestésica (Séptima edición ed., Vol. 1). España: Elsevier-Saunders.

Chu L. (2013). Manual de Anestesiología Clínica (Vol. 1). Elsevier.

American Heart Association. (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2013/01/31/STR.0b013e318284056a.full.pdf+html> .

Asociación MAPAR. (2013). Anestesia y Reanimación. Protocolos. Cap 1: Evaluación preanestésica (12ª edición ed.). Panamericana.

Luna P. (2013). Anestesia Cardiovascular (4ª edición ed.). México: Alfil.

Alcaldía de Guayaquil. (2012, Jan 11). Geografía de Guayaquil. Retrieved Nov 2, 2015, from <http://www.guayaquil.gov.ec/guayaquil/la-ciudad/geografia>

Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo. (2016, Jan 27). Estadísticas de Cirugía General. Guayaquil, Ecuador.

Ausón V. (2010). Utilidad de los exámenes preoperatorios realizados en pacientes adultos sometidos a cirugía programada bajo anestesia general en el centro quirúrgico del Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo 2009-2010. Tesis de grado, Universidad San Francisco de Quito, Facultas de Ciencias Médicas. Escuela de medicina, Quito, Ecuador.

Escobar J. (2013). Evaluación preoperatoria cardiovascular para cirugía no cardíaca. *Rev Chil Anest* , 42 (1), 16-25.

Troncoso V. (2011). Evaluación preoperatoria. *Rev Med Clin Condes* , 22 (3), 340-9.

Abeldaño R, C. S. (2016). Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. *Enfermería Universitaria* , 13 (2), 107-113.

Lozano M, C. E. (2012). Anestesia: Morbilidad y mortalidad perioperatorias. Hospital de San José. *Repert Med Cir* , 19 (1), 6-13.

Contreras M. (2012). Evaluación médica preoperatoria como predictor de riesgo quirúrgico y no quirúrgico. *Comunidad y Salud* , 8 (1), 83-96.

Rodrigues M, C. N. (2012). Preanesthesia evaluation and Reduction of Preoperative care costs . *Rev Bras Anesthesiol* , 61 (1), 60-71.

Santos M, N. C. (2016). Epidemiological profile of patients seen in the pre-anesthetic assessment clinic of a university hospital. *Rev Bras Anesthesiol*. PMID: 27576163. pii: S0034-7094(16)30053-8. doi: 10.1016/j.bjan.2016.06.002 , 13 (2), 34-49.

Legarda J, C. A. (2013). La valoración preanestésica como instrumento predictivo de morbimortalidad después de la cirugía. *Rev Mex Anesthesiol* , 34 (2), 79-90.

Hall J, S. G. (2012). Principles of Critical Care. Hospital Acquired Pneumonia (Fourth edition ed.). McGraw-Hill.

Bona J, S. A. (2012). Valor de los índices de Charlson y la escala de riesgo quirúrgico en el análisis de la mortalidad operatoria. Cir Esp , 88 (3), 174-9.

ANEXOS

ANEXO 1. FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y TERAPIA DEL DOLOR DEL HOSPITAL REGIONAL IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO

Numero HC:..... Nombres:

I. DATOS FILIACIÓN.

Edad:..... años Fecha de nacimiento:.....
Lugar de residencia:..... Lugar de procedencia:.....
Ocupación:..... Año ingreso:..... Mes ingreso:.....
Escolaridad:..... Estado civil:.....

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Diagnóstico quirúrgico

Distribución por especialidad

- Urología ()
- Cirugía general ()
- Cirugía oncológica ()
- Cardiología ()
- Cirugía vascular ()
- Coloproctología ()
- Neurología ()

Procedimientos quirúrgicos realizados:_____

Perfil nutricional (IMC)

- Normal ()
- Preobesidad ()
- Obesidad I ()
- Obesidad II ()
- Obesidad III ()

Presión arterial sistólica preoperatoria

- Menor 120 mmHg ()
- 120-139 mmHg ()
- 140-159 mmHg ()
- Mayor o igual a 160 mmHg ()

Presión arterial diastólica preoperatoria

- Menor 80 mmHg ()
- 80-89 mmHg ()
- 90-99 mmHg ()
- Mayor o igual a 100 mmHg ()

III. ANTECEDENTES CLÍNICOS Y FACTORES ASOCIADOS**Comorbilidades**

- Si ()
- No ()

Tipo de comorbilidades

- DM ()
- HTA ()
- DM+HTA ()
- Epilepsia ()
- Hipotiroidismo ()

Factores de riesgo

- Si ()
- No ()

Tipo de factores de riesgo

- Alergias medicamentosa ()
- Cirugía previa ()
- Medicación de consumo ()
- > 60 años ()
- Obesidad ()
- Tabaquismo ()
- Uso de marcapaso ()

IV. EVALUACIÓN DE ANESTESIOLOGÍA**Clasificación de Mallampati**

- Clase I ()
- Clase II ()
- Clase III ()
- Clase IV ()

Distancia tiromentoniana: _____

- Clase I ()
- Clase II ()
- Clase III ()

Apertura de la boca (cm): _____

Tipo cuello

- Normal ()
- Corto ()

Estado piezas dentarias

- Dentadura completa ()
- Dentadura incompleta ()
- Prótesis dental ()

Estado vía aérea

- Fácil ()
- Difícil ()

Movilidad de columna cervical

- Si ()
- No ()

Tipo de anestesia realizada

Raquídea ()

General ()

Local ()

Otros: _____

Eventos adversos intraoperatorios

- Si ()
- No ()

Tipo de evento adverso intraoperatorio

- Intubación difícil ()
- Hipotensión arterial ()
- Bradicardia ()
- Conversión anestesia general ()

Eventos adversos postoperatorios

- Si ()
- No ()

Tipo de evento adverso intraoperatorio

- Bradicardia ()
- Depresión respiratoria ()

Interconsultas a especialidades

- Cardiología ()
- Neumología ()
- Nefrología ()
- Endocrinología ()

Cumplimiento de recomendaciones de Anestesiología

- Si ()

- No ()

Recomendaciones no cumplidas.

- No ayuno ()
- No medicación habitual ()
- No medidas antiembólicas ()
- No IC solicitadas ()

Cirugía suspendidas

- Si ()
- No ()

Etiología de suspensión de las cirugías

- Crisis hipertensivas ()
- Falta de exámenes ()
- Canalización de vía periférica difícil ()
- Hipopotasemia ()
- No ayuno ()

IV. ESTRATIFICACIÓN POR RIESGO

Clasificación ASA

- Clase I ()
- Clase II ()
- Clase III ()
- Clase IV ()

Riesgo quirúrgico

- Alto ()
- Intermedio ()
- Bajo ()

ANEXO 2.
BASE DE DATOS EN EXCEL

N°	HC	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	PESO (KG)	TALLA (MTS)	DX NUTRICIONAL	DIAGNOSTICOS QUIRURGICOS	DISTRIBUCION POR ESPECIALIDAD
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

BASE DE DATOS EN EXCEL

Nº	TIPO CX A REALIZAR	CX SEGÚN EL RIESGO MORBIMORTALIDAD	TIPO DE ANESTESIA	CLASIFICACION ASA	ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	CIRUGIAS PREVIAS
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

BASE DE DATOS EN EXCEL

N°	TIPO MEDICAMENTOS QUE COMSUME			APF HIPERTERMI A MALIGNA	APP	TIPO APP					FACTORE S DE RIESGO
	AntiHT A	Hipogl	Otros			DM	HTA	DM+HT A	INFARTO MIOCARDI O	ARRITMIA S	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

BASE DE DATOS EN EXCEL

Nº	FACTORES DE RIESGO	TIPO DE FACTORES DE RIESGO				
		> 65 AÑOS	OBESIDAD	TABAQUISMO	MARCAPASOS	CUELLO CORTO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

BASE DE DATOS EN EXCEL

Nº	EVALUACION DE VIA AEREA					CLASIF. VIA AEREA
	CLASIFICACION MALLAMPATI	MOVILIDAD COLUMNA CERVICAL	DISTACIA TIROMENTONIANA	APERTURA DE LA BOCA	ESTADO DE PIEZAS DENTARIAS	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

BASE DE DATOS EN EXCEL

N°	PAS	PAD	HB	HCT O	URE A	CREATININ A	GLICEMI A	EVENTOS ADVERSOS INTRAOPERATORIO			
								MORTALIDA D	ANAFILAXI A	INTUBACIO N DIFICIL	INTUBACIO N FALLIDA
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

BASE DE DATOS EN EXCEL

Nº	EVENTOS ADVERSOS POSTOPERATORIO			INGRESO A UCI	EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE			IC SOLICITADAS
	ARRITMIAS	DEPRESION RESPIRATORIA	INGRESO UCI NO PLANEADO		VALORACION CARDIOLOGICA	VALORACION RESPIRATORIA	VALORACION RENAL	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

BASE DE DATOS EN EXCEL

N°	PRUEBAS DE LABORATORIO SOLICITADAS				CIRUGIAS SUSPENDIDAS	CAUSA DE SUSPECIÓN DE CIRUGIAS	CUMPLIMIENTO RECOMENDACIONES DE ANAESTESIOLOGIA	TIPO DE RECOMENDACIONES NO CUMPLIDAS			
	TP	TP T	BHC	GLUCOSA				NO AYUNO	NO MEDICACIÓN PREVIA	MEDIDAS ANTIEMBOLICAS	IC A OTROS SERVICIOS
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

CAPITULO VI

6. PROPUESTA

Elaborar una guía de visita preanestésica para los pacientes quirúrgicos del Hospital Regional N° 2 IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Se propone una Guía de atención integral de visita preanestésica para los pacientes quirúrgicos del Servicio de Anestesiología y Terapia del Dolor del Hospital Regional N° 2 IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo, que beneficiará a pacientes y profesionales que laboran en Hospital.

El equipo técnico responsable estará a cargo de los médicos residentes y postgradistas del Servicio de Anestesiología y Terapia del Dolor. Esta propuesta no genera gastos ya que esta basada en la recopilación actualizada de la literatura mundial sobre el problema de esta investigación.

6.1 Introducción

La visita preanestésica se define como un proceso de recopilación de información clínica referente al paciente que recibirá anestesia general o regional para ser sometido a un procedimiento quirúrgico, terapéutico o diagnóstico en forma electiva o de urgencia, intenta caracterizar los riesgos individuales del paciente al ser sometido a los procedimientos anteriormente expuestos, así como mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria.

Apoyados en los resultados y la inquietud por mejorar la calidad de vida de los pacientes condujo a buscar una solución, así surgió el deseo de realizar y aplicar esta investigación para la cual existe la total aprobación de parte de los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente y de los profesionales del Servicio de Anestesiología y Terapia del Dolor del Hospital Regional IESS Teodoro Maldonado Carbo.

Sustentados en los antecedentes mencionados se plantea la propuesta de una guía de visita preanestésica para los pacientes quirúrgicos, con el fin de evitar complicaciones trans/postoperatorias y disminuir la frecuencia de cirugías suspendidas, ofreciendo al paciente la seguridad en la intervención quirúrgica.

6.2 Justificación

- Identificación de posibles riesgos del paciente sometido a procedimientos bajo anestesia.
- Determinar el tipo de anestesia más adecuado según condiciones del paciente.
- Entregar información relevante al paciente sobre cuidados previos al procedimiento
- Indicación de evaluación médica complementaria

6.3 Objetivo General

Diseñar una guía de visita preanestésica para los pacientes quirúrgicos.

6.4 Objetivo Específico

Aplicar la guía de visita preanestésica a los pacientes quirúrgico en el área de quirófano y hospitalización del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

6.5 Presentación de la propuesta

A continuación presentamos una guía de visita preanestésica integral que optimiza el procedimiento anestésico de los pacientes quirúrgicos del hospital.

6.5 GUÍA DE VISITA PREANESTÉSICA PARA LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL REGIONAL N° 2 IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO.

Autor: MD. Ruth Dolores Valencia Peso.

Definición: Proceso de conocimiento previo a la realización del acto anestésico para procedimientos quirúrgicos u otros.

Dirigido a:

1. Anestesiólogos
2. Cirujanos
3. Postgradistas de Anestesiología.
4. Médicos residentes de Anestesiología.

Responsables de la ejecución o aplicación: Médico Anestesta.

Responsable de la supervisión: Médico jefe servicio de anestesia.

Procedimiento

Se realizará entre 30 días y 3 días antes de la cirugía, que incluirá:

- Historia y examen físico.
- Comunicar los resultados al servicio y demás especialidades.
- Determinar si el paciente es de alto riesgo quirúrgico.
- Explicar las características de la Anestesia al paciente
- Formular planes anestésicos y perioperatorios

Tiempo de ejecución de visita pre anestésica: Se plantean tres opciones:

- Días previos.
- Día previo o mismo día.
- Mismo día.

Criterios de selección:

- Complejidad de la Cirugía. (Alta, media y baja).
- Grado de patologías previas. (Alta y baja).

Seguimiento, control y derivación: Si al paciente se le han solicitado exámenes, estos deben ser evaluados posteriormente y actuar en consecuencia

Normas de ayuno preoperatorio

A la luz de la literatura actual, las recomendaciones clásicas de ayuno se han modificado. Las actuales se describen a continuación:

- Líquidos claros : 2 horas (Agua, jugos de fruta sin pulpa, té, café, bebidas carbonatadas)
- Leche materna: 4 horas.
- Leche de fórmula: 6 horas.
- Sólidos: 8 horas.

La evidencia actual recomienda indicarles a los pacientes que van a ser sometidos a cirugía electiva o que cursan un trabajo de parto, la ingesta de líquidos claros hasta 2 horas antes del acto quirúrgico, puesto que:

- Promueve el vaciamiento gástrico
- Disminuye el contenido gástrico
- No altera el pH gástrico
- Mejora el confort del paciente disminuyendo la ansiedad
- Atenúa la sed
- Disminuye el riesgo de hipoglicemia

Considerar:

- Tipo específico de cirugía
- Estado clínico (Capacidad Funcional

- Pruebas de Laboratorio
- Grado de riesgo anestésico
- Co-morbilidad
- Riesgo cardiológico

Componentes de la visita preanestésica:

- Historia clínica.
- Examen físico.
- Exámenes de laboratorio.
- Interconsultas de otras especialidades.
- Medicación preoperatoria.
- Evaluación anestésica.
- Consentimiento informado

Elementos importantes en la planificación de la anestesia

- Grado de control de enfermedades coexistentes.
- Estado cardiovascular.
- Estado respiratorio.
- Capacidad funcional (registrar de acuerdo a METS)
- Antecedentes de coagulopatía (personal y familiar).
- Posibilidad de anemia.
- Posibilidad de embarazo.
- Historia personal o familiar de problemas con anestesia (sospecha de hipertermia maligna o hepatitis por halogenados).
- Uso de alcohol, tabaco o drogas (describir cantidades).

COMPONENTES DE LA GUÍA:

1. Historia clínica completa:

- 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 Traumáticos
- 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 cardíacas, respiratorios, hemostáticos personales o hereditarios. Posibilidades de anemia crónica, de embarazo.
- Posibilidades de antecedentes de complicaciones personales o Heredo
- Familiares anestésicos
- Historia de adicciones.
- Examen Físico:
 - Peso para determinar IMC
 - Signos vitales (Presión arterial, Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria)
 - Exploración específica cardíaca y pulmonar
 - Vía aérea: Identificar alteraciones tales como prominencia dental, apertura bucal disminuida, micrognatia, y siempre medir distancia tiromentoneana, movilidad cervical y efectuar Malampati (detallado en evaluación anestésica).

2. Establecer el riesgo quirúrgico en base:

- Escalas de riesgo: Se recomienda la escala de American Society of Anaesthesiologists (ASA).
- Grado de complejidad quirúrgica, según la guía preoperatorio del National Institute for Clinical Excellence del NHS, clasifica las cirugías en 4 niveles, en base a la

estimación de hemorragia severa o inadvertida, el tiempo quirúrgico y la recuperación posterior.

- Grado I: Procedimiento menores.
- Grado II: Procedimientos medianos.
- Grado III: Procedimientos mayores.
- Grado IV: Procedimientos muy relevantes.

3. Solicitar pruebas complementarias preoperatorias

- Pruebas sanguíneas básicas:
 - BHC
 - Tiempos coagulación
 - TP, TPT
 - Electrolitos
 - Glucosa
 - Urea, Creatinina
 - Acido úrico
- Electrocardiograma:
 - > 45 años: siempre.
 - < 45 años: solo si hay cardiopatía conocida o sospechada (FRCV), DM severa, hipertiroidismo o EPOC severo.
- Radiografía de tórax
 - >60 años y cirugía de grado III
 - Patología respiratoria avanzada, neoplasias, fumadores severos
 - Valorar en obesidad mórbida, patología tiroidea.

4. Valoración cardiológica prequirúrgica y riesgo quirúrgico.

5. Solicitar valoraciones de otras especialidades según la condición clínica del paciente:

- Neumología: TB, TEP, infección pulmonar, etc.
- Endocrinología: Diabetes Mellitus, Enfermedad de tiroides, etc.

- Hematología: Discrasia de células sanguíneas, plaquetopenias, hemofilia, etc.

- Nefrología: Insuficiencia renal.

6. Medicación preoperatoria de uso habitual

- La mayoría de los medicamentos que toma en forma habitual un paciente debe continuarse hasta el día de la cirugía, con mayor razón aquellos que pueden agravar la condición general al ser suspendidos tales como: drogas antiparkinsonianas, anticonvulsivantes, antihipertensivos, estatinas, Beta bloqueadores, antiarrítmicos y analgésicos.
- Una posible excepción son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores de receptores de angiotensina (fundamentalmente en anestesia regional o cirugías con expectativas de gran hemorragia) situación que es controversial.
- Respecto a suspensión de medicamentos, los hipoglicemiantes orales deben ser suspendidos el día de la cirugía, si es necesario controlar la glicemia se debe usar insulina que puede administrarse en distintos regímenes, los anticoagulantes inhibidores de la vitamina K se revisaron previamente.

7. Profilaxis de la acidez

Sólo están indicados en pacientes de riesgo de aspiración de contenido gástrico.

- Antagonistas H2 y metoclopramida si son administrados por lo menos dos horas antes de la cirugía. El resultado es mejor cuando se prescriben juntos.

- Si se dispone de menos de 2 horas pero más de 1 hora, administrar citrato de sodio 30 ml vía oral.

8. Evaluación anestésica:

Alteraciones anatómicas que deben buscarse con examen físico dirigido:

a) Relación de incisivos superiores e inferiores en oclusión normal: La presencia de incisivos superiores protruyentes o la pérdida de dentadura alertan a posible dificultad de intubación.

b) Apertura bucal: una apertura de por lo menos dos traveses de dedo (3 cm) entre los

incisivos superiores e inferiores es deseable.

- c) La forma del paladar: muy arqueado o muy estrecho se asocia a dificultad de intubación
- d) La visibilidad de la úvula: La clasificación de Mallampati relaciona tamaño de lengua con tamaño faríngeo. Se efectúa al paciente sentado, cabeza en posición neutra, apertura bucal máxima y protrusión máxima de la lengua.
- e) La distancia tiromentoniana se mide desde la línea media del mentón hasta la muesca tiroidea, con el cuello totalmente extendido. Si la distancia es inferior a tres traveses de dedo (menos de 6 cm en adultos) el eje laríngeo forma un ángulo más agudo con el faríngeo, dificultando el alineamiento.
- f) La presencia de cuello corto y/o grueso se asocia a dificultad de intubación.
- g) Rango de movilidad de cabeza y cuello
- h) Evaluación laringoscópica: Grados de visión laringoscópica Se clasifica en cuatro grados:
 - Grado I = se visualiza toda la apertura laríngea.
 - Grado II = se visualiza sólo la porción posterior de la apertura laríngea.
 - Grado III = se visualiza sólo la epiglotis.
 - Grado IV = sólo se visualiza el paladar blando.

8. Registro en hoja de Evaluación Preanestésica, se incluye a lo menos:

- a) Fecha de realización de la Evaluación Preanestésica.
- b) Nombre y edad del paciente.
- c) Diagnóstico y cirugía propuesta
- d) Antecedentes mórbidos existentes.
- e) Alergias.
- f) Clasificación de riesgo ASA.
- g) Nombre ó firma de anestesiólogo que realiza la Evaluación Preanestésica.

6.6 RECOMENDACIONES

1. Aplicar la guía de visita preanestésica a los pacientes quirúrgicos del Hospital IESS Teodoro Maldonado Carbo.
2. Actualizar la guía acorde a los cambios de la tecnología e investigación científica.
3. Difusión de la guía entre los médicos residentes y postgradistas de la especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

American Society of Anesthesiologists. (2012). Practice advisory for preanesthesia evaluation. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* , 116 (3), 522-38.

Canadian Anesthesiologists' Society. (2015, Aug 21). Retrieved Feb 15, 2016, from Pre-Anesthetic Checklist: http://www.cas.ca/English/Page/Files/97_Appendix%203.pdf

Zambouri A. (2010). Preoperative evaluation and preparation for anesthesia and surgery. *HIPPOKRATIA* , 11 (1), 13-21.

ANEXOS

Escalas de riesgo ASA

ASA I

Sin alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica.

El proceso patológico por el que se realiza la intervención es localizado y no produce alteración sistémica.

ASA II

Enfermedad sistémica leve a moderada, producida por el proceso que se interviene o por otra patología

HTA bien controlada
Asma bronquial
Anemia

DM bien controlada
Obesidad leve
Tabaquismo

ASA III

Alteración sistémica grave o enfermedad de cualquier etiología, aunque no sea posible definir un grado de discapacidad.

Angor
Estado postIAM
HTA mal controlada

Obesidad severa
Patología respiratoria sintomática (asma, EPOC)

ASA IV

Alteraciones sistémicas graves que amenazan constantemente la vida del paciente, no siempre corregible con la intervención.

Angor inestable
ICC

Enfermedad respiratoria incapacitante
Fallo hepatorrenal

ASA V

Paciente moribundo, con pocas posibilidades de supervivencia, sometido a la intervención como único recurso para salvar su vida.

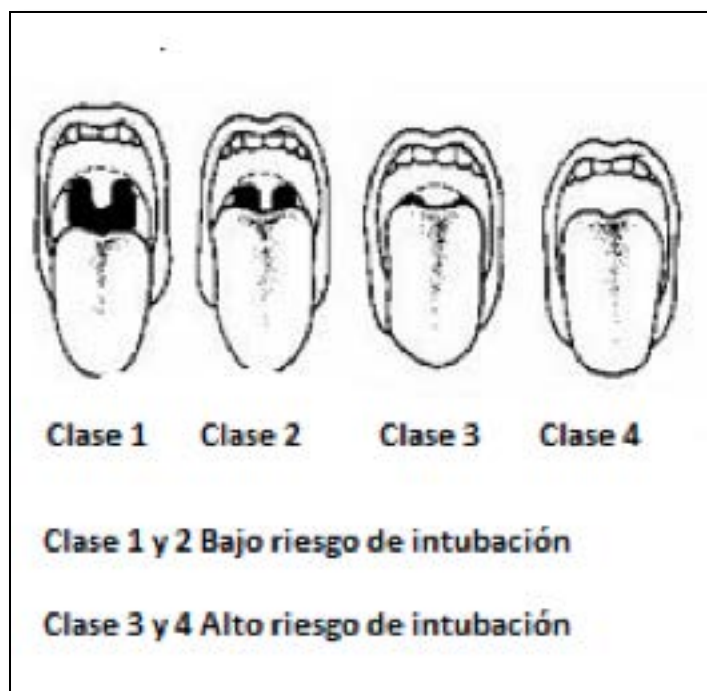
ASA VI

Paciente donante de órganos para trasplante, en estado de muerte cerebral.

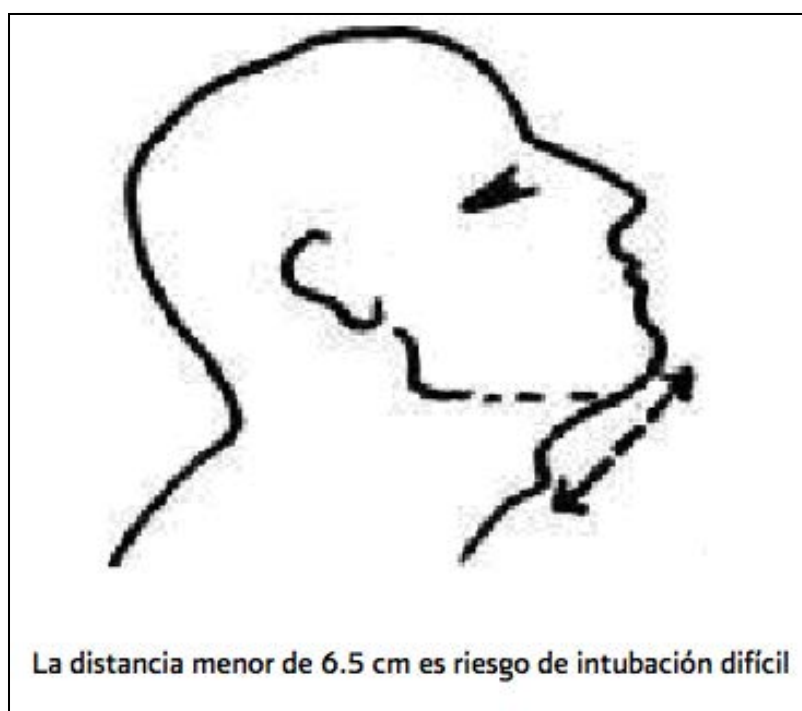
Índice de mortalidad perioperatoria

ASA	Mortalidad %
I	0-0,3%
II	0,3-1,4%
III	1,8-5,4%
IV	7,8-25,9%
V	9,4-57,8%

Clasificación de mallampati



Clasificación de patil aldrete





Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: Visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del quirófano central. Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo.		
AUTOR: Ruth Dolores Valencia Peso.		TUTOR: Dr. Wilson Vaca Mendieta.
		REVISOR: Dr. Johnny García E.
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil		FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACION:		Nº DE PÁGS: 85
AREAS TEMATICAS: Anestesiología y Terapia del dolor		
PALABRAS CLAVE: Valoración preanestésica, riesgo peri-posoperatorio, cirugía electiva		
RESUMEN: Antecedente: La evaluación preanestésica tiene como ventajas la reducción de la morbilidad y un aumento de la calidad del procedimiento quirúrgico-anestésico. Cuando se realiza antes de la fecha de la cirugía, promueve una reducción de la ansiedad del paciente, la cancelación de cirugías y los costos debido a exámenes auxiliares y consultas de subespecialidad solicitados en el período preoperatorio. Objetivo: Evaluar la visita pre-anestésica como factor predictor de riesgo peri-operatorio y post-operatorio en cirugías electivas del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Metodología: Estudio de tipo analítico, de diseño no experimental, transversal y retrospectivo. Se analizó 100 registros médicos de pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente por diversas etiologías en el quirófano central del Hospital Regional IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo en el periodo del 1 de marzo del 2016 hasta 28 de febrero del 2017. Resultados: El 58% de los pacientes analizados estuvo representado por el sexo masculino y el 42% por el sexo femenino. El grupo etario de mayor proporción fue el de > 60 años con el 39%. El promedio de edad fue de 53,19 años. El 54% correspondió al grupo con IMC entre 25-29,99 kg/m², que corresponde al de Preobesidad. Se encontraron 6 casos de Diabetes Mellitus, 38 casos de hipertensión arterial, 11 casos de DM+HTA y 6 casos de arritmias cardíacas. El factor de riesgo más frecuente en la muestra de pacientes analizados fue el antecedente de cirugía previa con el 64%. El 73% (73) correspondió al grupo II de la clasificación de Mallampati. La distancia interdientaria (apertura de la boca) promedio fue de 3,23 cm. La anestesia raquídea fue la más utilizada (49%). Se observó un 10% de eventos adversos intraoperatorios y un 2% de eventos adversos postoperatorios. Se suspendieron 11 intervenciones quirúrgicas (11%), siendo la principal causa de suspensión la crisis hipertensivas (6%). El 52% (52) correspondió al grupo II de la clasificación de la American Society of Anesthesiologists, mientras que en segundo lugar de frecuencia estuvo el grupo III con el 39% y el riesgo quirúrgico se dividió en: Alto (29%), Intermedio (67%) y Bajo (4%). Conclusión: Se concluye que la visita preanestésica es un pilar fundamental en el riesgo quirúrgico de los pacientes, ya que detecta factores de riesgo, comorbilidades y alteraciones en la vía aérea que puedan dificultar el procedimiento anestésico subsecuente.		
Nº DE REGISTRO (en base de datos):		Nº DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI X	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0992298511	E-mail: loli_dolores@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Escuela de Graduados	
	Teléfono: 2288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 2509054