

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN León

Área de conocimiento de Ciencias Médicas

Área de conocimiento específica: Medicina



Monografía para optar al título de:

“Médico general”

Selección de pacientes sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo en un hospital de
León

Área: Salud Pública, Enfermedades crónicas e infecciosas. Población, educación
inclusión social e interculturalidad. Igualdad y equidad de género.

Sub línea de investigación: Planificación familiar.

Autores: Br. Jhossan Giovanni Darce Canales
Br. Miguel Adonias Diaz Diaz
Bra. Jubenvy Sophia Escalante Hernández

Tutor:

- Dr. Germán Bravo

*Especialista en Ginecología y
Obstetricia*

*Subespecialista en urología
ginecológica*

León, 26 de febrero 2025

2025: 46/19 ¡Siempre más allá, avanzando en la Revolución!

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN León

Área de conocimiento de Ciencias Médicas

Área de conocimiento específica: Medicina



Monografía para optar al título de:

“Médico general”

Selección de pacientes sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo en un hospital de
León

Área: Salud Pública, Enfermedades crónicas e infecciosas. Población, educación
inclusión social e interculturalidad. Igualdad y equidad de género.

Sub línea de investigación: Planificación familiar.

Autores: Br. Jhossan Giovanny Darce Canales
Br. Miguel Adonias Diaz Diaz
Bra. Jubenv Sophia Escalante Hernández

Tutor:

- Dr. Germán Bravo

*Especialista en Ginecología y
Obstetricia*

*Subespecialista en urología
ginecológica*

León, 26 de febrero 2025

2025: 46/19 ¡Siempre más allá, avanzando en la Revolución!

Resumen:

La esterilización quirúrgica de intervalo es un procedimiento para prevenir embarazos no deseados y disminuir complicaciones en embarazos de alto riesgo, especialmente en mujeres con condiciones médicas complejas. Realizarla como cirugía ambulatoria optimiza recursos, reduce hospitalizaciones innecesarias y garantiza un acceso seguro y eficaz a este método de planificación definitivo.

El objetivo principal de la investigación fue evaluar la selección de pacientes sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo como cirugía ambulatoria en un hospital de la ciudad de León.

El estudio es de tipo Descriptivo, retrospectivo de corte transversal con una muestra de 78 pacientes y el muestreo fue por conveniencia, se realiza análisis univariado y bivariado con fuentes secundarias tomadas de expedientes clínicos, los datos recolectados fueron procesados en el programa estadístico spss versión 25.

El estudio incluyó pacientes con una edad promedio de 29 años, predominando el rango de 25 a 34 años (71.8%). La mayoría eran amas de casa (82.1%), de áreas urbanas (79.5%) y con educación secundaria (78.2%). El 48.7% tenía peso normal, el 42.3% sobrepeso y el 9% obesidad. Aunque el 62.8% no padecía enfermedades crónicas, la diabetes (19.2%) y la hipertensión arterial (17.9%) fueron frecuentes.

Según la clasificación ASA, el 61.5% fue ASA I y el 9% ASA III. Un 33.3% presentó adherencias abdominales preoperatorias, mientras que el 83.3% no tuvo complicaciones posoperatorias; las más comunes fueron infecciones quirúrgicas (6.5%) y dehiscencia (3.8%). Solo el 10.3% requirió reingreso hospitalario, lo que resalta la importancia de una adecuada evaluación y seguimiento.

El estudio resalta que la adecuada selección de pacientes para esterilización quirúrgica de intervalo, mayormente amas de casa con peso normal o sobrepeso y sin enfermedades crónicas, es clave para minimizar complicaciones posoperatorias y optimizar recursos, mejorando la seguridad y eficacia del procedimiento en cirugía ambulatoria.

Palabras claves: Esterilización quirúrgica de intervalo, cirugía ambulatoria, ASA.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, fuente de vida y sabiduría, quien nos ha guiado en cada paso de este camino. Su fortaleza nos ha sostenido en los momentos difíciles, y su luz nos ha iluminado en la búsqueda del conocimiento y el servicio a los demás.

A **nuestras familias**, por su amor incondicional, su paciencia y su apoyo constante. Gracias por ser nuestro refugio en los días de cansancio, por creer en nosotros cuando dudamos y por celebrar cada uno de nuestros logros como si fueran propios.

A **nuestros docentes**, quienes con su dedicación, conocimiento y vocación nos han formado no solo como profesionales, sino también como seres humanos comprometidos con el bienestar de los demás. De manera especial al Dr. Germán Bravo y MSc. Everth Téllez, quienes compartieron tiempo, consejos, entrega y sabiduría con nosotros para realizar este trabajo investigativo; sus enseñanzas nos han dejado una huella imborrable.

A **nuestros amigos y compañeros de clase**, con quienes compartimos noches de estudio, desafíos y alegrías. Gracias por ser nuestro apoyo, por las risas en medio del estrés y por demostrar que juntos somos más fuertes.

A **todos aquellos pacientes** que nos permitieron atenderles durante nuestra formación, porque en cada uno de ellos encontramos una enseñanza invaluable. Gracias por su confianza, por darnos la oportunidad de crecer a través de su experiencia y por recordarnos el verdadero sentido de nuestra profesión: servir con empatía y dedicación.

A todos, nuestro más profundo agradecimiento.

Dedicatoria

A Dios por la sabiduría y guía que me otorga constantemente; a nuestra Madre María por siempre ser mi mediadora perfecta; a mi mamá Johana Hernández quien a lo largo de estos años ha sido mi mayor ejemplo de resiliencia, mi respaldo y complemento, este logro también le pertenece; a mis ángeles en el cielo, mi papá Benito Escalante quien me alentaba con sus palabras de ánimo y mi mamita Janeth Tórrez, aquel hombro seguro en el que podía reposar, a pesar ser separados físicamente apenas iniciando esta carrera, los mantuve presentes cada día y su recuerdo me exhortó a continuar, hoy me encuentro en paz pues sé que los he honrado. Para A. R. pues su constante apoyo, afecto y soporte fueron claves para culminar esta etapa; para mis amigos quienes confiaron en mí y me regalaron tantos momentos de alegría. A todos por acompañarme en el camino, mi cariño y gratitud les pertenece. .

Jubeny Sophia Escalante Hernández.

A Dios por permitirme llegar hasta acá, por ayudarme con cada obstáculo a lo largo del camino. A mi madre Rosa Virgina Canales, por ser una mujer resiliente, por dar su vida por mi y ayudarme a cumplir mis sueños. A mi abuelito, Julio Hernández quien ha sido un padre para mí, un gran ejemplo de persona y quien inculcó valores en mí. A mi novia Esmeralda Hernández, por apoyarme durante esta etapa universitaria, por ayudarme a superarme en cada aspecto de mi vida. A mis tios, familia y amigos que confiaron en mí, quienes me dieron palabras de ánimo en momentos de vulnerabilidad. A mis maestros, quienes han compartido sus conocimientos y han construido mi formación academica. Agradecido infinitamente con todos, sin ustedes el camino hubiera sido más difícil. **Jhossan Giovanni Darce Canales**

A Dios, fuente de sabiduría, fortaleza y guía en este camino. A mis padres, Miguel Díaz y Maritza Díaz, por su entrega incondicional, por confiar en mí y por ser un ejemplo de perseverancia. A mis hermanos, por su apoyo y compañía. A mis maestros, cuyo conocimiento y orientación han sido fundamentales en mi formación. A mis amigos, por su apoyo incondicional a lo largo de esta carrera, siendo un pilar en los momentos más desafiantes. A todos, mi más profundo agradecimiento por contribuir a la culminación de esta etapa.

Miguel Adonías Díaz Díaz

Índice

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes.....	2
III.	Justificación.....	5
IV.	Planteamiento del problema.....	6
V.	Objetivos.....	7
VI.	Marco Teórico	8
VII.	Diseño metodológico	21
VIII.	Resultados.....	30
IX.	Discusión de resultados.....	37
X.	Conclusiones	41
XI.	Recomendaciones	42
XII.	Bibliografía.....	42
XIII.	Anexos	47

I. Introducción

La esterilización quirúrgica de intervalo es un procedimiento ampliamente utilizado como método de planificación familiar definitivo en mujeres que han decidido no tener más hijos.

La implementación de la esterilización quirúrgica como cirugía ambulatoria ha surgido como una alternativa eficiente frente a las limitaciones de recursos en los sistemas de salud, como es el caso de países en vías de desarrollo como nuestro país. Esta modalidad no solo optimiza la utilización de los servicios quirúrgicos, sino que también reduce el tiempo de hospitalización, el riesgo de infecciones asociadas a servicios de salud y los costos asociados tanto para las instituciones como para los pacientes.

Este procedimiento, realizado fuera del contexto de un embarazo o parto, representa una opción segura y eficaz cuando se selecciona adecuadamente a las pacientes. Sin embargo, la idoneidad de las candidatas requiere una evaluación exhaustiva previa que considere factores clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos y de infraestructura para garantizar su seguridad y el éxito del procedimiento.

El presente estudio tuvo por objetivo evaluar la selección de pacientes sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo como cirugía ambulatoria, analizar el proceso de selección prequirúrgica y evaluar los resultados del procedimiento, incluidos los indicadores de complicaciones y los criterios utilizados para determinar la idoneidad para una cirugía ambulatoria. Esta investigación se desarrolló en un hospital del departamento de León, donde se busca aportar evidencia que permita fortalecer los protocolos de selección, optimizar la atención quirúrgica y minimizar los riesgos asociados al procedimiento.

Con base en estos resultados, se espera contribuir al desarrollo de estándares clínicos más robustos que favorezcan la equidad y seguridad en el acceso a la esterilización quirúrgica de intervalo, se busca reducir las complicaciones en los periodos intra y postoperatorios, limitar gastos económicos tanto para el paciente, como para la institución, mediante la promoción del uso eficiente de los recursos de salud disponibles.

II. Antecedentes

Internacionales

Mathis Michael R. et al publicaron el artículo “Selección de pacientes para cirugía ambulatoria elegible para casos” en Ann Abor-Michigan, Estados Unidos, 2013. Estudiaron un total de 244 397 cirugías, de estas, 232 (0,1%) experimentaron morbilidad o mortalidad perioperatoria temprana. Se identificaron siete factores de riesgo independientes al controlar la complejidad quirúrgica: índice de masa corporal con sobrepeso, índice de masa corporal obeso, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, antecedentes de ataque isquémico transitorio/accidente cerebrovascular, hipertensión, intervención quirúrgica cardíaca previa y tiempo operatorio prolongado. (1)

Hernández-Avenida V., et al., publicaron el artículo “Cirugía mayor ambulatoria: una opción real. Estudio de costo-beneficio en una unidad de segundo nivel” en Ciudad de México-México, 2017, en la Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.

Se realizó un análisis costo-beneficio de los procedimientos realizados en cuatro años. Se incluyeron los pacientes con estancia intrahospitalaria menor a 48 horas, en los cuales se identificaron variables clínicas y económicas, y se compararon con un grupo similar. Se incluyeron 100 casos y se agruparon por procedimiento realizado. Se demostró que las poblaciones fueron homogéneas con la prueba de U de Mann Whitney. En el aspecto médico, si se cuenta con personal quirúrgico y anestésico capacitado, la tasa de complicaciones es baja, y en ningún caso se tuvo la necesidad de reintervenir. En el económico, es factible establecer un programa sistematizado para que la estancia hospitalaria promedio sea de 36 horas, lo que ofrece la posibilidad de atender a un mayor número de pacientes. (2)

Correa Martínez L, Enrique Aragón AJ, publicaron el 15 de marzo de 2019, el estudio “Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en un Centro de Diagnóstico Integral Estado Sucre-Venezuela”. Se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal en el Centro de Diagnóstico Integral Simón Bolívar Sucre-Venezuela en el periodo abril- julio de 2018. El universo fueron todos los

pacientes atendidos en consulta (1274); la muestra fue intencional constituida por todos los operados durante la etapa analizada (n=279 pacientes). Los datos de la investigación fueron obtenidos mediante las historias clínicas individuales de los pacientes y libro de registro de operaciones de la institución.

Se aplicaron métodos de estadística descriptiva para variables cualitativas y cuantitativas en medidas de frecuencias y porcentos. Resultados: fueron operados 279 pacientes, realizando 364 procedimientos; 147 pacientes fueron clasificados como ASA II y 132 como ASA I. La anestesia aplicada fue regional o local con sedación en todos los casos, la Salpingectomía bilateral (38,5 %) fue el proceder más realizado. La infección de herida quirúrgica y el seroma fueron complicaciones frecuentes. (3)

Nacionales

Calero Cuadra Leslie Martín publicó una tesis con el título de: Ingreso no programados de procedimientos quirúrgicos bajo el régimen de cirugía mayor ambulatoria del servicio de cirugía general del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños de enero 1, 2019 a diciembre 31, 2019; en Managua-Nicaragua, 2020. La metodología utilizada en el estudio fue de tipo observacional descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. Los resultados demostraron: Sexo Femenino: 84 (58.52%) fue el más frecuente; el municipio de origen del paciente de Managua 120, (83.3%), la edad en años de los participantes 40-44: 27, (18.8%); índice de masa corporal: 30- 34.9: 57, (39.6%); antecedentes personales patológicos se demostró que el grupo que no tuvo antecedentes represento la mayoría con: 114, (79.2%); horas de estancia en la unidad de salud de ingreso no programado de procedimientos quirúrgicos en el servicio de cirugía: >13: 129: (89.6%); en relación de la llegada del paciente y el ingreso al quirófano: 8-10: 42, (29.2%); razón de ingreso del paciente más frecuente: Nauseas- vómitos: Si: 33, (22.9%); finalización de cirugía posterior a las 15 horas: Si: 126 (87.5%). (4)

Avilés Peralta et al., 2020, publicaron una tesis bajo el título "Factores socioeconómicos y el uso de métodos anticonceptivos en Nicaragua". El tipo de

investigación fue cuantitativo, correlacional y no experimental y el análisis econométrico se fundamenta en el modelo logístico para la variable dicotómica uso y no uso de algún método anticonceptivo. Los resultados de la investigación explican que para el año 2011, el 59.8% de las mujeres en edad fértil usaban al menos un método anticonceptivo y el más utilizado era la Oclusión Tubárica Bilateral OTB o Ligadura (21.3%). Por estructura de edades, el rango de 15-20 años tiene el menor porcentaje de uso de anticonceptivo con el 30.7%, sin embargo, este valor aumenta a 61.4% en el rango de 21-29 años hasta 73.3% en mujeres de 30-36 años. Un dato relevante es que 6 de cada 10 mujeres en edad fértil han estado embarazada al menos una vez al tener la edad de 21 años. (5)

Maradiaga Johana y Sevilla Fátima publicaron la tesis “Factores personales y sociales presentes en la preferencia a la esterilización quirúrgica (OTB) como método de planificación irreversible en usuarias de la atención a la planificación familiar de la Clínica Médica de Occidente S.A. AMOCSA León II trimestre 2020”; en agosto de 2021. El estudio fue descriptivo-cuantitativo de corte transversal. La unidad de análisis fueron las mujeres de 20 a 35 años que asistieron a la planificación familiar previo de la decisión de la esterilización quirúrgica (OTB). Los hallazgos más relevantes encontrados entre los factores personales que favorecen la preferencia a esterilización quirúrgica como método de planificación irreversible fueron la edad que dio a luz a su primer hijo (40%), considerar paridad satisfecha 92%, no recibir consejería sobre métodos de planificación (58%), desconfianza a otros métodos (52%). Entre los sociales se destacaron el apoyo de la pareja al decidirse por la esterilización quirúrgica (58%) solicitud de firma de consentimiento informado (71%) y la situación económica (70%). (6)

III. **Justificación**

Muchos problemas postoperatorios pueden anticiparse y eliminarse o minimizarse previo a la operación; abordar sistemáticamente estos problemas en la evaluación preoperatoria puede resultar en una hospitalización más corta con menos complicaciones y un paciente más satisfecho. Es en este contexto que resulta conveniente obtener una estadística descriptiva de las características de las pacientes que fueron sometidas al procedimiento para evaluar el cumplimiento de las normas de selección y presentar resultados a las autoridades pertinentes. Este estudio permitirá hacer cambios en el proceso de atención de las pacientes que solicitan esterilización quirúrgica ambulatoria mejorando el cumplimiento de los criterios de selección y disminuyendo así complicaciones médicas, así como hospitalización no programada, hospitalización post alta, retardo del alta hospitalaria e insatisfacción de la paciente.

Por otra parte, se busca además de obtener menores tasas de complicaciones, alcanzar indicadores de ahorro al disminuir el tiempo de estancia intrahospitalaria con todos los gastos que incurre para la institución, así como la disponibilidad de camas para pacientes que, si requieran ingreso, espacio para programar más pacientes y reducir las listas de espera quirúrgicas y el pronto retorno de las pacientes a sus actividades laborales. De esta manera, se podrán instaurar normas de selección de pacientes como estrategia para optimizar la atención de las pacientes en los años futuros.

De igual importancia, será útil para asociar nueva evidencia acerca de las complicaciones y riesgos que pueden acompañar a una cirugía ambulatoria en una paciente que no cumple con los criterios de selección para cirugía ambulatoria, lo que permitirá actualizar y crear nuevas investigaciones en base al tema.

IV. Planteamiento del problema

La esterilización quirúrgica es un procedimiento importante y definitivo para las personas que desean evitar el embarazo. Gran parte de las esterilizaciones quirúrgicas de intervalo se realizan de forma ambulatoria. La selección de pacientes y los avances en la atención perioperatoria han permitido que los procedimientos quirúrgicos ambulatorios se realicen con una tasa de morbilidad o mortalidad considerablemente baja. Sin embargo, persiste la preocupación por la seguridad de las pacientes, ya que la población quirúrgica ambulatoria ha aumentado en volumen y complejidad, lo que requiere una mejor detección preoperatoria; por ello los centros de cirugía ambulatoria han instituido la necesidad de identificar a los pacientes aptos para recibir procedimientos quirúrgicos de esta forma.

Si los pacientes son seleccionados incorrectamente, esto puede llevar a una serie de complicaciones tanto médicas como psicológicas, la magnitud se amplifica si consideramos el impacto en la salud reproductiva y general de las personas afectadas. Una selección inapropiada puede aumentar el riesgo de complicaciones perioperatorias. Además, genera estrés emocional y psicológico en los pacientes y desconfianza en el sistema de salud y en los profesionales médicos. Todas las complicaciones operatorias pueden resultar en hospitalizaciones prolongadas, hospitalizaciones no programadas o hospitalizaciones postalta, tratamiento médico adicional y seguimiento a largo plazo. Esto puede generar un aumento significativo en los costos de atención médica tanto para el hospital y la paciente como para el sistema de salud en general.

En este contexto, surge la necesidad de analizar los criterios de selección de las pacientes sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo en un hospital de León, para lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cómo fue selección de pacientes sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo como cirugía ambulatoria y sus complicaciones en un Hospital de León?

v. **Objetivos**

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la selección de pacientes sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo en un hospital de León

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar los aspectos sociodemográficos de la población en estudio.
2. Evaluar la selección de las pacientes sometidas al procedimiento.
3. Mencionar las complicaciones de la cirugía y los indicadores de resultados de la selección

VI. Marco Teórico

La esterilización quirúrgica femenina, también conocida como anticoncepción permanente o ligadura de trompas, consiste en evitar el embarazo mediante la oclusión o extirpación de las trompas uterinas. Está indicada en mujeres que están seguras de haber completado su maternidad y ya no desean tener más hijos y no desean utilizar otro método anticonceptivo reversible. (7)

La esterilización quirúrgica femenina puede realizarse de inmediato después del parto (también se le conoce como anticoncepción permanente posparto) o en un momento no relacionado con el embarazo (EQI de intervalo). (8)

La EQF femenina es utilizada por el 25 % de mujeres en edades de 15 a 44 años como método anticonceptivo. Siendo este método el más utilizado por mujeres en edad fértil. La mayoría de los procedimientos de EQI se realizan en centros quirúrgicos de forma ambulatoria. (9)

La única indicación de la realización de la EQF es la solicitud de la paciente de este procedimiento como método anticonceptivo. La elección es hecha por la paciente, pero también se debe realizar un asesoramiento de parte del médico sobre otras alternativas de métodos anticonceptivos. No existe condición médica que contraindique este procedimiento, en cambio, existen factores que hacen que las pacientes sean adecuadas para ser abordadas con otros métodos de anticoncepción. (7)

• Evaluación y preparación preoperatoria

La evaluación preoperatoria antes de toda cirugía ginecológica aborda aspectos que afectarán potencialmente a la mujer durante el procedimiento quirúrgico y su posterior recuperación. El médico encargado de la cirugía debe revisar la historia y realizar un examen físico adecuado, identificar patologías previas y recopilar toda la información que se necesita para planificar la cirugía. Los problemas postoperatorios pueden anticiparse previo a la cirugía y desaparecer o minimizarse, si se abordan estos problemas en la evaluación preoperatoria

podríamos disminuir el tiempo de estancia intrahospitalaria con menos complicaciones y mayor satisfacción por parte de la paciente. (10)

La evaluación preoperatoria y la preparación para la esterilización quirúrgica pueden variar según el procedimiento. Algunas de las valoraciones y pruebas que se necesitan están:

- **Evaluación del riesgo quirúrgico:** el médico debe valorar la historia clínica de la paciente con el fin de evaluar si es idóneo realizarle este procedimiento. Entre los factores que puedan dificultar la EQF ya sea mediante laparoscopia o mini laparotomía están:
 - Obesidad severa
 - Factores de riesgo de adherencias intraabdominales: entre esta cirugía abdominal previa, antecedente de EPI previa u otra infección abdominal, antecedentes de endometriosis.
 - Comorbilidades médicas: se debe realizar una consulta médica previa para pacientes con cualquier comorbilidad médica de cualquier tipo que pueda empeorar la cirugía. (8)

Como se mencionó con anterioridad, la mayoría de los procedimientos de EQI se realizan ambulatoriamente y en pacientes relativamente sanas, sin embargo, es recomendable que los médicos evalúen a la paciente antes de la cirugía, ya sea por el Ginecólogo o por el médico de atención primaria que evalúa con anterioridad antes de considerar realizar una derivación quirúrgica. Con la evaluación de la paciente se busca detectar enfermedades no reconocidas y factores de riesgo que puedan aumentar el riesgo de la cirugía, hospitalizaciones innecesarias y estancia intrahospitalaria prolongada. (11)

- **Condiciones médicas que aumentan el riesgo peroperatorio**

Existen condiciones médicas que están asociadas con un riesgo peroperatorio mayor. Las pacientes con estas afecciones requieren evaluaciones y exámenes previo a la anestesia.

➤ Edad avanzada:

Los pacientes mayores tienen mayores riesgos de complicaciones preoperatorias en comparación que los pacientes jóvenes, en especial por las comorbilidades de los pacientes mayores. (11)

➤ Tabaquismo:

El antecedente de tabaquismo de más de 20 paquetes al año se relaciona con una mayor incidencia de complicaciones pulmonares posoperatorias. Sin embargo, este riesgo podría reducirse si el paciente se abstiene de fumar antes del procedimiento. Durante la preparación preoperatoria de una cirugía programada como es el caso de la mayoría de EQI, el dejar de consumir tabaco por al menos ocho semanas podría disminuir el riesgo. (12)

➤ Obesidad:

Al brindar asesoramiento sobre anticoncepción, es de suma importancia considerar como la obesidad puede afectar la seguridad y eficacia de los diferentes métodos anticonceptivos. Aunque la obesidad puede afectar la fertilidad, la mayoría de las mujeres con obesidad ovulan regularmente y son fértiles. No existe evidencia de que la obesidad perjudique la adherencia a los anticonceptivos o frecuencia de las relaciones sexuales. (13)

Debido a que las mujeres obesas, especialmente aquellas con otras comorbilidades y patologías de base tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo, prevenir embarazos no deseados es de suma importancia. En general, las mujeres obesas sanas pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de forma segura, con un asesoramiento adecuado y detallado sobre los riesgos y beneficios de estos. (13)

La obesidad aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y tromboembolismo. Características independientes como la edad avanzada y el tabaquismo aumentan el riesgo de estos problemas. Por lo tanto, se deben considerar los efectos biológicos de la obesidad sobre el tromboembolismo, las enfermedades médicas y otros factores de riesgo al elegir anticonceptivos para mujeres obesas. (13)

➤ Obesidad y esterilización quirúrgica:

La ligadura de trompas o EQF son un método anticonceptivo eficaz, pero ambos procedimientos se asocian con un tiempo operatorio más prolongado y más complicaciones anestésicas y quirúrgicas en mujeres obesas en comparación con mujeres no obesas. (13)

➤ Hipertensión arterial

La HTA se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares perioperatorios, con el tiempo la presión arterial alta puede provocar patologías cardíacas que pueden aumentar el riesgo de muerte, entre estas la disfunción diastólica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y enfermedad cerebrovascular.

No está claro cuáles son los valores metas de presión arterial que se deben alcanzar antes de una cirugía electiva. Las directrices conjuntas de la Asociación de anestesiólogos de gran Bretaña e Irlanda y la sociedad británica de hipertensión sobre la medición y el manejo de preoperatorio de la HTA, que establecen que las prácticas de atención primaria deberían tener como principal objetivo controlar la presión arterial <160\100 antes de derivar al paciente para cirugía electiva. (14)

➤ Insuficiencia cardíaca:

Las pacientes con IC tienen un mayor riesgo de muerte después de la cirugía que las pacientes sin IC. Si es posible, se debe posponer la cirugía en las pacientes con IC descompensadas. (14)

➤ Valvulopatías cardíacas

La enfermedad de las arterias coronarias o estenóticas (por ejemplo, estenosis mitral y estenosis aortica) están asociadas con un mayor riesgo perioperatorio. Las pacientes sospechosas de valvulopatías o ya diagnosticadas deben ser sometidas a una ecocardiografía preoperatoria si no se han realizado EKG en un año o si hay cambios significativos en el examen físico o del estado clínico desde la última consulta. (14)

➤ Arritmias

Existe un riesgo perioperatorio relacionado con alguna arritmia. (14) En general, las arritmias son una manifestación de alguna patología cardíaca o del sistema de conducción cardíaco. Por tanto, el tratamiento temprano debe centrarse en corregir el proceso inicial. (12)

➤ Enfermedad renal crónica:

La ERC se asocia con enfermedades cardiovasculares y aumenta la morbimortalidad postoperatoria. El mejor predictor de enfermedad renal después de la cirugía es la enfermedad renal preoperatoria del paciente. (14)

➤ Diabetes

La diabetes se asocia con mayor riesgo de infección perioperatoria y aumenta la morbimortalidad cardiovascular posoperatoria. La DM se asocia con complicaciones multisistémicas que pueden modificar el manejo perioperatorio (14). La diabetes mellitus mal controlada se asocia con un aumento de infecciones del sitio quirúrgico. (15)

Las complicaciones a largo plazo de la DM incluyen vasculopatías, neuropatías y nefropatías. Por tanto, es importante realizar una valoración preoperatoria de riesgo de estas enfermedades en las pacientes diabéticas. Además, el aumento de la morbilidad posoperatoria se asocia con un control glicémico preoperatorio deficiente. En particular, las concentraciones superiores a 200 mg/dl y de la

hemoglobina glicosilada superior al 7 % se asociaron con tasas más altas de infecciones posoperatorias. (12)

- **Esterilización quirúrgica y cirugía ambulatoria**

El 96 % de las Esterilizaciones quirúrgicas de Intervalo se realizan de forma ambulatoria. El momento del procedimiento en relación con el embarazo a menudo afecta el abordaje quirúrgico y la obstrucción tubárica. La mayoría de las ligaduras de trompas después del parto vaginal se realizan mediante mini laparotomía, en cambio la mayoría de EQI (de los cuales un 89 % son pacientes ambulatorias y 11 pacientes hospitalizadas) se abordan por vía laparoscópica. (16)

- **Selección de pacientes para cirugía ambulatoria**

La cirugía ambulatoria se define como todos aquellos procedimientos quirúrgicos planificados en los que el ingreso, la operación y el alta del paciente ocurren el mismo día, lo que requiere de una selección cuidadosa de los pacientes y de su abordaje quirúrgico. La CA ha mostrado un crecimiento significativo a nivel mundial en las últimas décadas. En los países desarrollados, las cirugías ambulatorias representan más del 60 % de todas las operaciones electivas. Este aumento se debe principalmente a los avances en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, que también han permitido considerar un número cada vez mayor de pacientes y procedimientos más complejos sean considerados para realizarse ambulatoriamente. (17)

Hay muchas formas de hacer una evaluación preoperatoria, pero el médico evaluará al paciente y decidirá la cirugía. En este sentido, es importante que los médicos estén familiarizados con los criterios de evaluación que exista una buena comunicación entre cirujano y anestesiólogo para facilitar el proceso de evaluación, selección y preparación preoperatoria. La evaluación preoperatoria y la optimización del estado de la paciente antes de la cirugía deben ser precisas y seguidas con suficiente antelación con el fin de evitar cancelaciones y retrasos de última hora. (17)

Considerando que el riesgo está determinado en gran medida por las enfermedades asociadas, en la literatura se han descrito varios criterios para facilitar la selección de los pacientes. La más utilizada es la clasificación de control físico de la Sociedad americana de Anestesiología (ASA), que muestra una relación directa con las comorbilidades del paciente y el riesgo de mortalidad posoperatoria. (17)

Clasificación del estado físico de la Sociedad americana de anestesiología

- ASA I: Paciente sano, sin comorbilidad
- ASA II: Enfermedad sistémica leve o moderada, sin limitación funcional
- ASA III: Enfermedad sistémica de moderada a severa, con limitación funcional
- ASA IV: Enfermedad sistémica severa, con riesgo vital constante
- ASA V: Paciente moribundo, con pocas probabilidades de sobrevivir las próximas 24 horas, con o sin cirugía
- ASA VI: paciente en muerte cerebral (candidato a donación de órgano).

Los pacientes clasificados como ASA I y II son candidatos a cirugía de forma ambulatoria. Los pacientes con múltiples comorbilidades pueden ser candidatos para CA si la enfermedad subyacente puede controlarse y tratarse adecuadamente o si puede corregirse en el preoperatorio. Los pacientes con ASA III pueden ser sometidos a cirugías de bajo riesgo cardiovascular si las comorbilidades, de lo contrario deberían quedar hospitalizados debido a que tienen mayor riesgo de complicaciones posoperatorias. (17)

- **Evaluación preoperatoria de anestesia**

Todas las pacientes que se someten a anestesia deben ser sometidas a una evaluación preanestésica antes de la anestesia realizada por un anestesiólogo quien evaluará las condiciones médicas de las pacientes, el riesgo perioperatorio, y para crear un plan anestésico.

○ **Evaluación clínica**

Según la sociedad americana de anestesiología nos brinda los siguientes pasos a seguir en la evaluación previa a anestesia:

- Entrevista médica a la paciente
- Examen dirigido a las vías respiratorias, los pulmones y el corazón
- Revisión de registros médicos
- Pruebas preoperatorias indicadas
- Consulta con especialista si es necesario. (14)

Historial médico y revisión de sistemas: este incluye la historia de enfermedades actuales, identificación del procedimiento, patologías medicas pasadas y actuales, alergias a medicamentos, medicamentos que toma, abuso de tabaco y sustancias, antecedentes quirúrgicos y alguna complicación con la anestesia o la cirugía. Este historial médico debe incluir gravedad de las afecciones médicas, si existen exacerbaciones previas o en el momento de la consulta y su tratamiento previo o actual. (14)

Se debe interrogar sobre antecedentes familiares o personales sobre sangrado anormal, en busca de coagulopatías sobre todo en procedimientos con alto riesgo de hemorragia. También se debe llevar a cabo una detallada revisión de todos los sistemas con el fin de descubrir síntomas de afecciones médicas no diagnosticadas, una revisión de los registros, entre ellas las notas de médicos especialistas y de atención primaria y los resultados de los exámenes que pueden revelar alguna patología no diagnosticada previamente. (14)

○ **Complicaciones de la Esterilización quirúrgica femenina**

Complicaciones inmediatas: el sangrado, la lesión de otros órganos y estructuras o el dolor son algunas de las complicaciones inmediatas que pueden surgir después de un procedimiento de esterilización quirúrgica femenina. (8)

Sangrado: el sangrado de la tuba o del mesosalpinx puede ocurrir debido a una tracción excesiva durante la cirugía o a un traumatismo durante la colocación de dispositivos oclusivos. En estos casos, el sangrado se controla mediante electrocirugía bipolar o bandas o clips adicionales. Si el clip se inserta demasiado pronto, las trompas de Falopio pueden cortarse. (8)

Daño a estructuras cercanas: cuando se realiza salpingectomía como anticoncepción permanente, se debe tener cuidado de evitar una electrocirugía excesiva cerca del ligamento infundibulopélvico. Identificar el ligamento infundibulopélvico es importante para prevenir la falla del flujo sanguíneo ovárico, ya que una división de los vasos sanguíneos que se encuentran recorriendo este ligamento podría causar sangrado importante. (8)

Infecciones del sitio quirúrgico: es de las principales infecciones nosocomiales y de las principales complicaciones después de una cirugía, incluyendo la esterilización quirúrgica de intervalo. Las infecciones del sitio quirúrgico pueden ocurrir en el lugar de la infección, las cuales pueden ser superficiales o profundas o adyacente a los órganos involucrados en la cirugía. (18)

- **Indicadores de resultado en cirugía ambulatoria**

La cirugía ambulatoria tiene una tasa muy baja de complicaciones graves (falla respiratoria, infarto agudo al miocardio, tromboembolismo pulmonar, arritmias severas, etc.) y mortalidad. Por lo tanto, se utilizan otros indicadores, que son más confiables, para evaluar los resultados de la cirugía ambulatoria como el retraso del alta, la hospitalización no programada y la hospitalización posoperatoria. (19)

- ***Retardo del alta***

El 82% de los pacientes que se someten a cirugías ambulatorias son dados de alta a su hogar a las dos horas después de la cirugía, y el 95% a las tres horas después. Es posible que el alta se retrase debido a razones preoperatorias, intraoperatorias o posoperatorias, entre ellas: la edad avanzada, el género femenino y los pacientes con historial previo de insuficiencia cardiaca congestiva

son los factores más importantes en las pacientes de origen preoperatorio. Las causas intraoperatorias incluyen la anestesia general y la duración de la cirugía. Los motivos posoperatorios incluyen dolor, náuseas y vómitos posoperatorios, somnolencia y la ausencia de un acompañante adulto posterior a la operación. (20)

La incidencia de dolor posoperatorio está relacionada con la duración de la cirugía ambulatoria; un 10 % de los pacientes cuya cirugía dura más de 90 minutos experimentan dolor severo. (20)

La incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en cirugía ambulatoria varía entre 30- 50%. Existen riesgos importantes de NVPO tales como duración de cirugía mayor de 60 min, cirugía laparoscópica ginecológica, colecistectomía laparoscópica y cirugía intraabdominal. (20)

Es importante reconocer las causales de retraso del alta, prevenirlas y tratarlas oportunamente, de manera de no prolongar la estadía hospitalaria en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, como es en el caso de la mayoría de esterilización quirúrgica de intervalo. (20)

➤ **Hospitalización no programada**

La hospitalización no programada se refiere a la necesidad de hospitalizar a un paciente que se somete a una cirugía ambulatoria por al menos una noche antes de la cirugía debido a problemas sociales, médicos, anestésicos o quirúrgicos. (20)

Fortier et al. descubrieron que el 1,4% de las hospitalizaciones no programadas ocurrían después de una cirugía. Las causas más comunes, en orden decreciente, fueron dolor posoperatorio, sangrado quirúrgico, anestesia intravenosa, somnolencia excesiva, complicaciones de enfermedades preexistentes y ausencia de acompañante. (20)

El género masculino, la ASA II-III, la duración de la anestesia mayor de 1 hora y la cirugía que termina después de las 3 pm, las cirugías otorrinolaringológicas, urológicas, plásticas, traumatológicas y oftalmológicas, el sangrado

posoperatorio, el dolor postoperatorio severo, la NVPO y la somnolencia excesiva fueron predictores significativos de hospitalización no programada en adultos después del procedimiento quirúrgico. Una adecuada selección de pacientes, uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y la implementación de un plan de manejo para prevenir y tratar posibles complicaciones posoperatorias, pueden reducir la probabilidad de una hospitalización no programada, aumenta la satisfacción por parte de los pacientes y disminuye los costos asociados a la hospitalización. (20)

➤ ***Hospitalización posterior al alta***

El término "hospitalización posalta" se refiere a la admisión hospitalaria de pacientes que se sometieron a una cirugía ambulatoria y que desarrollan complicaciones durante los 30 días posteriores a la cirugía. Según Twersky et al., la tasa de hospitalización posalta fue del 1,3%, principalmente debido a complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico. (20)

Por otra parte, Fleisher et al. señalaron que la edad avanzada (más de 65 años), enfermedades vasculares periféricas, enfermedades cardíacas, enfermedades cerebrovasculares, patologías oncológicas y pacientes con VIH positivo son factores asociados con un mayor riesgo de hospitalización postalta. Además, se encontró una correlación entre la anestesia general y el mayor riesgo de readmisión hospitalaria. (20)

Pruebas preoperatorias en el paciente adulto para procedimientos en régimen de cirugía ambulatoria

Historicamente, la evaluación asestésica ha abarcado una serie de análisis de laboratorio con el objetivo de identificar enfermedades o anomalías que no se habían diagnosticado antes y asegurar que el paciente se presente a la cirugía cumpliendo con ciertos estándares de seguridad. Los análisis de laboratorio que se piden de manera habitual incluyen: hemograma con conteo de plaquetas, análisis bioquímico de sangre (glucosa, creatinina, urea, nitrógeno ureico, ácido úrico), análisis general de orina, VIH, tiempos de protrombina

y tromboplastina, tipo sanguíneo y factor Rh: y en función de enfermedades anteriores, se requerirán análisis específicos como pruebas hepáticas y amilasas. (21)

Hemoglobina y hematocrito

Diversos estudios indican que se pueden descubrir resultados anómalos en los valores de hemoglobina y hematocrito, en un rango de 0,2 a 65.4% de pacientes que no presentan síntomas. (22)

El NICE, en lo que respecta a intervenciones ambulatorias, establece que es esencial evaluar a los pacientes clasificados como ASA II que tengan más de 80 años, presenten problemas respiratorios y vayan a someterse a una operación de grado 2. La ASA sugiere su uso en individuos que tengan cualquiera de los siguientes factores; historia de anemia o sangrado reciente, trastornos hematológicos, enfermedades hepáticas, rangos etarios extremos y cirugía de carácter invasivo. (22)

Determinación de glucemia

Se ha informado sobre variaciones en los niveles de glucosa en pacientes que no han sido seleccionados y que no presentan síntomas, alcanzando hasta un 0.9-40.4%. Ciertas guías indican que es posible determinar los niveles de glicemia en sangre en situaciones en las que la anamnesis y la evaluación clínica, o la administración de ciertos medicamentos como corticoides, indiquen una alta posibilidad que exista una diabetes sin diagnóstico. La guía canadiense recomienda medir la glucemia el día de la operación. (22)

En una declaración de consenso sobre control preoperatorio de la glucemia, la sociedad para anestesia ambulatoria encontró poca evidencia para emitir recomendaciones enfáticas sobre el abordaje de la glicemia en pacientes ambulatorios y, por ende, las sugerencias de manejo son similares a las de los pacientes hospitalizados, se recomienda una glicemia intraoperatoria menor a 180 mg/dl. (23)

Electrocardiograma

La relevancia del electrocardiograma en la evaluación del riesgo antes de una operación ha sido objeto de estudio. No está definido que una anomalía en el ekg deba, de manera, obligada, cambiar la forma en que se trata al paciente. (22)

El Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) estableció en 2003 directrices más cautelosas. Por lo tanto, para las intervenciones ambulatorias, el EKG se recomienda en pacientes ASA I mayores de 80 años: y en aquellos clasificados como ASA II, si presentan alguna enfermedad cardiovascular. (22)

De forma similar, se menciona que se puede evaluar su ejecución para pacientes ASA I que tengan más de 40 años y cuente con una indicación clínica particular, así como en el caso de pacientes ASA II mayores de 40 años que presentan comorbilidades respiratorias o renales. También se considera a los pacientes que fuman y que tienen más de 40 años como parte del grupo que requiere un electrocardiograma. (22)

VII. Diseño metodológico

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal, retrospectivo.

Área de estudio:

El estudio se realizó en un hospital de la ciudad de León, el cual es un centro médico quirúrgico que brinda atención en una amplia gama de especialidades médicas y servicios especializados, consolidado como pilar fundamental en el sistema de salud de la región occidental del país.

Tiempo de estudio:

El periodo fue comprendido durante Enero-Junio del año 2024.

Universo:

La población objeto de estudio fueron 78 mujeres sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo de forma ambulatoria, atendidas en el hospital en estudio.

Muestra:

Se tomó el universo como muestra, por lo que no se requirió realizar muestreo.

Criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil.
- Mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital en estudio a las que se les realizó esterilización quirúrgica no relacionada a un evento obstétrico de forma ambulatoria
- Mujeres que se les haya realizado el procedimiento durante el periodo que comprende el estudio.
- Mujeres mayores de veinte años de edad que fueron sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo.

Criterios de exclusión

- Pacientes que fueron sometidas a esterilización quirúrgica postparto.
- Pacientes que fueron sometidas a esterilización quirúrgica postcesárea.
- Pacientes sometidas al procedimiento fuera del periodo en estudio.

Fuente de la información:

Secundaria: Los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos de las pacientes en estudio.

Procedimientos para la recolección de información:

Para la realización de este estudio, se llevó a cabo un íntegro proceso de recolección de datos en el hospital en estudio. Este implicó la obtención de información relevante para el estudio a través de un instrumento previamente elaborado que se llenó con información obtenida de los expedientes clínicos de las pacientes. Se aplicaron rigurosos protocolos éticos y de confidencialidad para garantizar la privacidad y el anonimato de las pacientes y del personal médico involucrado.

Control de sesgos:

En estudios observacionales se pueden presentar sesgos de selección, para evitarlos se seleccionaron a las participantes del estudio tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. No se reemplazaron las participantes por otras.

Instrumentos de recolección de la información:

Para alcanzar los objetivos de la investigación, se empleó una ficha con datos recolectados a través de los expedientes clínicos de las pacientes sometidas al estudio.

Validez y Confiabilidad del instrumento:

El instrumento de recolección de datos se basó en la utilización de una ficha que contiene datos demográficos de las pacientes, antecedentes médicos, antecedentes obstétricos y las complicaciones presentadas en los periodos pre, intra y postoperatorios. Estos datos fueron basados en el expediente clínico del

área de Ginecología y Obstetricia, mismo que cuenta con normas que compendian las pautas de su generación, utilización y resguardo y que fueron generadas por el Ministerio de Salud inicialmente en el año 2003, siendo aprobado con el acuerdo Ministerial N° 90-2004 y posteriormente actualizado en 2013 según acuerdo Ministerial N° 115-2008.

Cabe mencionar, que estas normas requirieron atravesar un proceso previo a su publicación en La Gaceta. Dicho proceso incluyó elaboración y revisión técnica, consultas con expertos y actores claves del sistema de salud (hospitales, universidades y organismos internacionales), validación interna para garantizar la viabilidad de su aplicación y la aprobación interna por las autoridades del MINSA (ministro de salud).

Plan de análisis:

Los datos se procesaron a través del software “spss stadistic” versión 25.0. Una vez introducidos en el programa se procedió a revisar y verificar el llenado completo de los datos. Se realizó análisis estadístico univariados, se estimaron medidas de tendencia central para variables numéricas. Se mostraron tablas de frecuencia y porcentajes. Además, se realizó análisis estadísticos bivariados, tablas cruzadas a través de cruces de variables, (2x2) y se realizaron prueba de chi-cuadrado con cálculo del valor de P; con lo que evidenció significancia estadística.

Consideraciones éticas

La recolección de datos se hizo de forma anónima, por lo que ninguna participante fue perjudicada física, psicológica ni socialmente, a corto ni largo plazo. Se revisaron los criterios de Helsinki para valorar los aspectos éticos propios de esta investigación. Los resultados obtenidos del estudio no afectaron de forma negativa a la institución, por el contrario, se logró incidir en la calidad de atención, impulsando el cumplimiento de las pautas de selección de pacientes.

Operacionalización de variables

1- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de la población en estudio

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la fecha actual	20-24 25-34 35-44	Cuantitativa discreta
Peso corporal	Cantidad de masa que posee el cuerpo de una persona	< 45 45-54.9 55-64.9 65-74.9 ≥ 75	Cuantitativa continua
Talla	El tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones)	< 1.50 1.50-1.59 1.60 -1.69 ≥ 1.70	Cuantitativa continua
Procedencia	Lugar donde vive la paciente	Urbano Rural	Cualitativa nominal dicotómica

Nivel educativo	Nivel de educación más alto que ha terminado la persona	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria	Cualitativa ordinal politómica
Ocupación	Clase o tipo de trabajo al que se dedica	Ama de casa Comerciante Empleo profesional Otro	Cualitativa nominal politómica
Estado civil	Estado que tiene cada persona respecto con la legislación matrimonial	Soltera Casada Unión libre Divorciada	Cualitativa nominal politómica

2- Evaluar la selección de pacientes sometidas a esterilización quirúrgica

Índice de masa corporal	Es el peso de una persona dividido en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros	Normal Sobrepeso Obesidad	Cualitativa Ordinal politómica
Diabetes mellitus	Enfermedad caracterizada por niveles altos de glucosa en sangre	Si No	Cualitativa nominal
Hipertensión arterial	Enfermedad caracterizada por una elevación crónica de la presión arterial	Si No	Cualitativa nominal
Insuficiencia cardíaca	Enfermedad caracterizada por dificultad del corazón de bombear la sangre	Si No	Cualitativa nominal
Valvulopatías	Enfermedad estructural o funcional de las válvulas cardíacas	Si No	Cualitativa nominal

Clasificación ASA	Clasificación funcional de la asociación americana de anestesiología	ASA I ASA II ASA III ASA IV ASA V ASA VI	Cualitativa ordinal politómica
BHC	Biometría hemática completa	Si No	Cualitativa nominal
GLICEMIA	Niveles de glucosa en sangre	SI NO	Cualitativa nominal
EGO	Examen general de orina	Si No	Cualitativa nominal
EKG	Electrocardio gra ma a mayores de 40 años	Si No	Cualitativa nominal
PAP	Citología cervical	Si No	Cualitativa nominal

3- Mencionar las complicaciones de la cirugía y los indicadores de resultados

Hemorragia	Pérdida de sangre por ruptura de vasos sanguíneos	Si No	Cualitativa nominal
Infecciones	Enfermedad causada por agentes infecciosos	Si No	Cualitativa nominal
Deshicencia de herida	Separación parcial o total de los bordes de una herida	Si No	Cualitativa nominal
Lesión a órganos adyacentes	Lesión a órganos cercanos a una zona específica	Si No	Cualitativa nominal
Náuseas y vómitos postoperatorios	Presencia de náuseas y vómitos posterior a una cirugía	Si No	Cualitativa nominal
Somnolencia excesiva	Trastorno caracterizado por estar mucho tiempo somnoliento	Si No	Cualitativa nominal
Hospitalización previa	Hospitalización de pacientes con anterioridad	Si No	Cualitativa nominal
Retardo del alta	Tiempo prolongado en dar alta médica según lo establecido o esperado	Si No	Cualitativa nominal
Hospitalización post alta	Hospitalización dentro de los 30 días posteriores a un alta médica	Si No	Cualitativa nominal

USG abdominal	Ultrasonido de abdomen	Si No	Cualitativa nominal
---------------	------------------------	----------	---------------------

VIII. Resultados

Se encontró que la edad media de las participantes es de 29 años ($DE \pm 4.8$), con una edad mínima de 20 y máxima de 41 años. La mayoría de las participantes se encontraba en el grupo de edad de 25 a 34 años (71.8%), y los grupos de edades de 20 a 24 años y de 35 a 44 años con un porcentaje de 14.1% cada uno.

En cuanto al nivel educativo, el 78.2% de las participantes tenían la educación secundaria completa, el 12.8% educación primaria, y el 9% educación universitaria. Con respecto a la procedencia, el 79.5% es de área urbana y el 20.5% del área rural. Respecto al estado civil el 73.1% estaba en unión libre y el 26.9% fueron casadas. La ocupación principal fue Ama de casa con 82.1%, y el 14.1% comerciante. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes. N=78

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Edad	20-24 años	11	14.1
	25-34 años	56	71.8
	35-44 años	11	14.1
Escolaridad	Primaria	10	12.8
	Secundaria	61	78.2
	Universitarios	7	9
Procedencia	Rural	16	20.5
	Urbano	62	79.5
Estado civil	Unión libre	57	73.1
	Casada	21	26.9
Ocupación	Ama de casa	64	82.1
	Comerciante	11	14.1
	Profesional	2	2.6
	Estudiante	1	1.3

Fuentes: Secundaria

Se observó que la mayor parte de las pacientes presentaba un estado nutricional normal (48.7%), un porcentaje significativo se encontraba en sobrepeso (42.3%) y un menor porcentaje (9.0%) con obesidad. En cuanto a las enfermedades crónicas, un 62.8% de las pacientes no presentaba ninguna, mientras que un 19.2% padecía diabetes y un 17.9% tenía hipertensión arterial. Según la clasificación ASA se encontró que el 61.5% de las pacientes eran ASA I, un 29.5% fue clasificado como ASA II, y un 9 % como ASA III, correspondiente a pacientes con enfermedades graves, pero no incapacitantes.

Finalmente, en cuanto a los exámenes preoperatorios, la mayoría de las pacientes contó con hemograma completo (96.2%), el 100 % examen de glicemia, examen general de orina (93.6%) y ultrasonografía (94.9%). Solo el 25% de las pacientes que requerían un EKG se realizó un electrocardiograma. Además, todas las pacientes contaban con prueba de Papanicolaou. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Selección de pacientes sometidas a esterilización quirúrgica

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Estado Nutricional	Normal	38	48.7
	Sobrepeso	33	42.3
	Obesidad	7	9.0
Enfermedades crónicas preexistentes	Ninguna	49	62.8
	HTA	14	17.9
	Diabetes	15	19.2
Criterios ASA	ASA I	48	61.5
	ASA II	23	29.5
	ASA III	7	9.0

Fuentes: Secundaria

Exmenes preoperatorios	BHC	75	96.2
	GLI	78	100
	EGO	73	93.6
	EKG	1	25
	USG	74	94.9
	PAP	78	100

Fuentes: Secundaria

Se observó que un porcentaje de pacientes (33.3%) presentaron adherencias abdominales como hallazgos transoperatorios y el 66.7 % no presentaron complicaciones preoperatorias.

También se observó que un porcentaje de pacientes no presentó complicaciones posoperatorias (83.3%). Sin embargo, entre las complicaciones presentes, las infecciones del sitio quirúrgico fueron las más comunes con un 6.5%, seguidas de la dehiscencia de herida en menor proporción (3.8%). (Ver tabla 3)

Tabla 3. Complicaciones de la cirugía

		Frecuencia	%
Hallazgos transoperatorios	Ninguno	52	66.7
	Adherencias abdominales	26	33.3
Postoperatorias	Ninguna	70	89.7
	Infección del sitio quirúrgico	5	6.5
	Dehiscencia de herida	3	3.8

Fuentes: Secundaria

Los resultados mostraron que un porcentaje de pacientes no requirieron hospitalización (84.6%), mientras que otro grupo tuvo que ser hospitalizado previamente (5.1%) y un tercer grupo necesitó hospitalización posterior al alta (10.3%). (Ver tabla 4)

Tabla 4. Indicadores de resultados como cirugía ambulatoria

Indicadores de resultados	Frecuencia	%
Ninguna	66	84.6
Hospitalización no programada	4	5.1
Hospitalización posterior al alta	8	10.3

Fuentes: Secundaria

Tabla 5. Indicadores de resultados y sus causas

Se encontró que las causas de hospitalizaciones postalta posterior al procedimiento fueron en un 62.5 % a causa de infección del sitio quirúrgico, y el porcentaje restante a causa de dehiscencia de heridas.

	Hospitalización no programada	Hospitalización postalta
Ninguna	4	0
Postoperatorias		
Infección del sitio quirúrgico	0	5
Dehiscencia de herida	0	3

Fuente: Secundaria

Se encontró que de las pacientes que presentaron adherencias abdominales, el 85.7 % de estas habían tenido cirugías abdominales anteriores, siendo esta asociación estadísticamente significativa. Además, el 100 % de las pacientes que tuvieron cesáreas previas presentaron adherencias abdominales, demostrando significancia estadística entre estas variables ($P \leq 0.05$). Y se encontró que el 100 % de las pacientes con obesidad también presentaron adherencias abdominales. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Asociación entre cirugías previas, cesáreas y estado nutricional con la presencia de adherencias abdominales

Variables		Adherencias abdominales				P
		Si		No		
		n	%	n	%	
Cirugías anteriores	Ninguna	20	28.2	51	71.8	0.02*
	Abdominal	6	85.7	1	14.3	
Cesáreas previas	Si	14	100	-	-	0.00*
	No	12	18.8	52	81.2	
Estado nutricional	Normal	9	23.7	29	76.3	0.00*
	Sobrepeso	10	30.3	23	69.7	
	Obesidad	7	100	-	-	

Fuente: Secundaria

*= $P < 0.05$ = Significativo

Se encontró que de las pacientes que presentaron infección del sitio quirúrgico el 60% eran diabéticas, se encontró una asociación estadísticamente significativa. Además, el 100 % de las pacientes que presentaron dehiscencia de herida padecían diabetes mellitus como

patología previa, demostrando significancia estadística entre estas variables ($P \leq 0.05$). (Ver tabla 7)

Tabla 7. Asociación entre diabetes mellitus con infección del sitio quirúrgico y dehiscencia de herida

Variables		Diabetes mellitus				P
		Si		No		
		n	%	n	%	
Infección del sitio quirúrgico	Si	3	60	2	40	0.01*
	No	12	16.4	61	83.6	
Dehiscencia de herida	Si	3	100	0	0	0.00*
	No	12	16	63	84	

Fuente: Secundaria

***=P<0.05= Significativo**

Los resultados mostraron que de las pacientes que presentaron infección del sitio quirúrgico el 16.7 % eran obesas, no se encontró una asociación estadísticamente

significativa. Además, el 100 % de las pacientes que presentaron dehiscencia de herida tenían obesidad, demostrando significancia estadística entre estas variables ($P \leq 0.05$). (Ver tabla 8)

Tabla 8. Asociación entre obesidad con la presencia de infección del sitio quirúrgico y dehiscencia de herida

Variables		Obesidad				P
		Si		No		
		n	%	n	%	
Infección del sitio quirúrgico	Si	1	16.7	5	83.3	0.493
	No	6	8.3	66	91.7	
Dehiscencia de herida	Si	3	100	0	0	0.00*
	No	4	5.3	71	94.7	

Fuente: Secundaria

*= $P < 0.05$ = Significativo

IX. **Discusión de resultados**

Una vez analizados los resultados obtenidos durante la investigación se logró la evaluación de las pacientes sometidas a esterilización quirúrgica de intervalo en el hospital en estudio; se encontró que la edad media de las participantes fue de 29 años, con una edad mínima de 20 y máxima de 41 años, en su mayoría con secundaria completa, fue más frecuente la procedencia del área urbana, la mayoría se encontraba en unión libre y era ama de casa su ocupación principal.

Se consideró analizar la selección de las pacientes sometidas al procedimiento, así como identificar las complicaciones de la cirugía y los indicadores de resultados de la selección. Para ello, nos basamos en: estado nutricional, teniendo en cuenta que el mal estado nutricional sobrelleva a la aparición de complicaciones como el incremento de su estadía hospitalaria, mayor gasto por día de hospitalización y morbimortalidad aumentadas más en la desnutrición proteínico-calórica (Valverde-Eraza et al., Revista científica Dominio de las ciencias, 2022).

También enfermedades crónicas preexistentes puesto que, según Juan K. Urrea et al. (2015), en estos pacientes se requiere realizar interconsultas previas con internista, cardiólogo, anestesiólogo o médico familiar para determinar el riesgo perioperatorio tomando en consideración cualquier complicación inherente al procedimiento quirúrgico, mismas que requieren de su estabilización y manejo previos, reservando el acto quirúrgico para el momento más oportuno.

Y los criterios ASA que no son más que una escala de 6 categorías que se usa ampliamente para evaluar la salud general preoperatoria de los pacientes, es un sistema simple, basado exclusivamente en la evaluación clínica, es decir, sin la necesidad adicional de pruebas de laboratorio y diagnósticas o fórmulas matemáticas a menudo engorrosas, estos criterios se correlacionan bien con el riesgo perioperatorio, funcional y mortalidad (Yevenes et al., 2022); así mismo se tuvo en cuenta la toma de exámenes preoperatorios.

Con la evaluación, se demostró que el 48.7% presentaba un estado nutricional normal, lo que representa la mayoría en esta categoría, no obstante, un porcentaje significativo (42.3%) estaba en condición de sobrepeso, mientras que el 9.0% presentaba obesidad, estos dos últimos grupos se consideraron en riesgo por requerir mayor tiempo operatorio y asociarse a un mayor riesgo de complicaciones como tromboembolismo venoso, complicaciones renales, así como las propias de la herida (dehiscencia, infección del sitio quirúrgico) comparados con los que se encontraban en normo peso.

Respecto a las enfermedades crónicas preexistentes, un 62.8% de las pacientes no presentó ninguna, mientras que un 19.2% padecía diabetes y un 17.9% tenía hipertensión arterial, esto coincide con lo encontrado por Michael R. Mathis, et al., (2013) quienes en su estudio titulado “Selección de pacientes para cirugía ambulatoria elegible para casos” identificaron seis factores de riesgo independientes al controlar la complejidad quirúrgica: IMC con sobrepeso y obesidad, EPOC, antecedentes de ataque isquémico transitorio/accidente cerebrovascular, hipertensión, intervención quirúrgica cardíaca previa y tiempo operatorio prolongado; resultado que indica que los pacientes con dichas comorbilidades requieren una evaluación más específica y nos exhorta a realizar valoraciones rigurosas, manejo y estabilizaciones previos a la cirugía con el fin de reducir los riesgos y optimizar los resultados de la cirugía.

Respecto a los criterios ASA, el 61.5% de las pacientes se encontraba en ASA I, sin embargo, se encontró pacientes en los grupos ASA II en un 29.5%, incluyéndose en este grupo pacientes con un IMC 30-40, DM2 e HTA controladas; y ASA III en un 9.0%, correspondientes a pacientes con un IMC >40, DM2 y HTA no controladas. Al tener en cuenta lo planteado por Correa Martínez et al., (2019) quienes en su estudio pusieron en evidencia que las principales complicaciones que se presentan en las pacientes clasificadas como ASA I y ASA II son las infecciones del sitio quirúrgico y, menos frecuente, el seroma; mientras que para ASA III son trombosis venosa profunda, infarto de miocardio, hipoxemia y síndrome de hipoventilación; se revela la necesidad de realizar un manejo perioperatorio cuidadoso, especialmente en las pacientes clasificadas como ASA III quienes representan un grupo de mayor vulnerabilidad y nos exige diseñar estrategias personalizadas

que garanticen la seguridad del paciente en el contexto quirúrgico.

Acerca de los exámenes preoperatorios, 96.2% de las participantes se les había realizado una BHC, 93.6% contaban con un EGO, 25% contaban con EKG, 94.9% con USG y el 100% de las mismas constaban de Papanicolaou. Datos que se consideran adecuados, pues como lo plantea Adie Admas et al. en su estudio “Investigaciones preoperatorias para pacientes quirúrgicos electivos en un entorno de recursos limitados: revisión sistemática”, la investigación preoperatoria en pacientes quirúrgicos es importante para detectar afecciones que puedan afectar el resultado quirúrgico; ayuda al anestesista y al cirujano a planificar la anestesia perioperatoria y el tratamiento quirúrgico de manera adecuada. Sin embargo, entre el 60 y el 70% de las pruebas de laboratorio antes de la cirugía no son realmente necesarias, pues la indicación de las mismas, deben individualizarse de acuerdo con las comorbilidades y enfermedades del paciente, así como el tipo de cirugía planeada. Los pacientes con signos o síntomas de ciertos tipos de enfermedades deben ser evaluados con las pruebas adecuadas.

Se analizaron los indicadores de resultados teniendo en cuenta si hubo hospitalización no programada y/o hospitalización posterior al alta, parámetros que, además de evaluar la eficacia y seguridad de la atención brindada, evalúan la capacidad del sistema para prevenir complicaciones o recaídas. Se evidenció que el 84% de las pacientes no requirió hospitalización, estas pacientes fueron principalmente aquellas que no padecían enfermedades crónicas preexistentes; el 5.1% necesitó hospitalización no programada siendo en su mayoría pacientes diabéticas quienes fueron reingresadas por infección del sitio quirúrgico; mientras que el 10.3% tuvo hospitalización posterior al alta, cuyo motivo principal fue la dehiscencia de herida, mayoritariamente en pacientes en estado de obesidad.

En cuanto a las pacientes que presentaron adherencias abdominales, el 85.7% tenía antecedentes de cirugía abdominal previa; se evidenció que el 100% de pacientes que tenían cesáreas previas presentaban adherencias abdominales; así mismo, las presentaron el 100% de aquellas que se encontraban en estado de obesidad; todo indicando una

asociación estadísticamente significativa entre estas variables; esto se relaciona con lo planteado por Leslie Martín Calero Cuadra quien demostró que el 39.6% de la población en estudio presentaba un IMC de 30-34.9 (obesidad leve) y de estas, se prolongó el tiempo quirúrgico en el 38.9%, un 9.6% presentó adherencias abdominales y presentaron hospitalización no programada por dehiscencias el 17.2%.

Al contrario, con el estudio de Hernández-Avenidaño., et al. (2017), quienes concluyeron que, al contar con personal quirúrgico y anestésico capacitado, la tasa de complicaciones es baja y, según sus resultados, en ningún caso se tuvo la necesidad de reintervenir.

Las limitaciones de la investigación fueron el tamaño reducido de la muestra ya que no se pudo contar con un número amplio de pacientes, sin embargo, se incluyó al total de pacientes sometidas al procedimiento durante el periodo establecido, por lo que su validez no se ve afectada.

Entre las fortalezas se destaca la relevancia del tema, pues aborda un problema prioritario tanto para la población en estudio (pacientes) como para las instituciones en las que se realizan estos procedimientos quirúrgicos, dejando resultados aplicables en la práctica profesional.

Los aportes teóricos, antecedentes y sus coincidencias con la presente investigación resaltan la importancia de generar estrategias integrales que incluyan evaluaciones nutricionales, control de comorbilidades y capacitación del personal médico para garantizar procedimientos quirúrgicos seguros y efectivos.

X. Conclusiones

Caracterizamos de los aspectos sociodemográficos predominantes: grupo etario de 25-34 años, con una moda de 30 años, estado civil en unión libre, procedencia urbana y nivel educativo secundaria. La mayoría de las pacientes se dedicaban a labores de ama de casa. El perfil es de mujeres jóvenes adultas con nivel educativo medio y roles principalmente relacionados con el hogar, destacando pacientes del área urbana.

Los factores prevalentes en la selección de pacientes para esterilización quirúrgica de intervalo fueron: estado nutricional normal y sobrepeso, ausencia de enfermedades crónicas y sometidas a exámenes preoperatorios básicos. Las pacientes con diabetes e hipertensión arterial representaron un grupo relevante. El mayor riesgo anestésico se observó en pacientes clasificadas como ASA III. La selección de las pacientes fue adecuada, la mayoría de ellas presentaron un estado nutricional normal o sobrepeso y no tenían enfermedades crónicas, y las pacientes clasificadas como ASA III representaron el mayor riesgo.

En el ámbito postoperatorio, las complicaciones fueron la infección del sitio quirúrgico y la dehiscencia de herida. En cuanto a los indicadores de resultados el 15.4% requirió hospitalización distribuido entre hospitalizaciones no programadas y hospitalizaciones posteriores al alta. Además, se evidenció una asociación entre la presencia de adherencias abdominales y antecedentes de cirugías abdominales previas, así como el estado nutricional comprometido, siendo estas asociaciones estadísticamente significativas.

XI. **Recomendaciones**

- 1- Continuar promoviendo el acceso equitativo al procedimiento mediante estrategias adaptadas a las características sociodemográficas de la población en estudio.
- 2- Potenciar la capacitación del personal de salud en atención primaria sobre los criterios de selección, asegurando una identificación más precisa de los candidatos al procedimiento.
- 3- Optimizar el seguimiento postoperatorio mediante programas que permitan la detección y el manejo temprano de complicaciones. Asimismo, seguir fortaleciendo la calidad de la atención a través de auditorías clínicas periódicas que faciliten la mejora continua de los procedimientos.
- 4- Fomentar estudios comparativos con otras poblaciones para ampliar la aplicabilidad de los hallazgos encontrados y mejorar la toma de decisiones en salud.

XII. Bibliografía

1. Mathis M, Naughton N, Shanks A, et a. Selección de pacientes para cirugía ambulatoria elegible para casos: Identificar a las personas con alto riesgo de sufrir complicaciones importantes. *Anesthesiology*. 2013 diciembre; 119(6).
2. Hernández Avendaño V, Jiménez López M, Salazar C. Cirugía mayor ambulatoria: una opción real. Estudio de costo-beneficio en una unidad de segundo nivel. *Revista de especialidades médico-Quirúrgicas*. 2017 Julio- Septiembre; 22(3).
3. Correa, Enrique Aragón A. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en un Centro de Diagnóstico Integral Estado Sucre-Venezuela. *Revista de Ciencias médicas del Pinar del Río*. 2019 marzo; 23(2).
4. Calero Cuadra LM. Ingreso no programados de procedimientos quirúrgicos bajo el régimen de cirugía mayor ambulatoria del servicio de cirugía general del hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños de enero 1, a diciembre 31, 2019. Repositorio Institucional RIUMA. [Online].; 2020 [cited 2024 Mayo 2. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/13397>.
5. Avilés Peralta Y, Sánchez Quintero M, Valiente O. Factores socioeconómicos y el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Nicaragua. *Economía y sociedad*. 2020 noviembre; 1(2).
6. Maradiaga J, Sevilla F. Factores personales y sociales presentes en la preferencia a la esterilización quirúrgica (OTB) como método de planificación familiar de la clínica médica de occidente S.A. AMOCSA León II trimestre 2020. Repositorio Institucional, UNAN León. [Online].; 2021 [cited 2024 abril19. Available from: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/9240>

7. Braaten K, Dutton C. Descripción general de la anticoncepción femenina permanente. UpToDate. [Online].; 2024 [cited 2024 Mayo 11. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-female-permanent-contraception/print?search=DescripciC3B3n>.
8. Braaten K, Dutton C. Anticoncepción permanente de intervalo femenino. UpToDate. [Online].; 2023 [cited 2024 Abril 28. Available from: https://www.uptodate.com/contents/female-interval-permanent-contraception-procedures?search=anticoncepcion20permanente20de20intervalo&source=search_result&selectedTitle=17E150&usage_type=default&display_rank=1.
9. Stuart G, Ramesh S. Intervale Female Sterilization. Obstetrics & Gynecology. [Online].; 2018 [cited 2024 Abril 18. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2018/01000/interval_female_sterilization.16.aspx.
10. Mann. Gynecologic surgery: Overview of preoperative evaluation and preparation. UpToDate. [Online].; 2024 [cited 2024 Abril 12. Available from: https://www.uptodate.com/contents/gynecologic-surgery-overview-of-preoperative-evaluationandpreparation?search=cirugia20ginecologica20descripcion20general&source=search_result&selectedTitle=17E150&usage_type=default&display_rank=1.
11. Smetana G. Preoperative medical evaluation of the healthy adult patient. UpToDate. [Online].; 2023 [cited 2024 Abril 12. Available from: https://www.uptodate.com/contents/preoperative-medical-evaluation-of-the-healthy-adult-patient?search=evaluacion20medica20del20paciente20sano&source=search_result&selectedTitle=17E150&usage_type=default&display_rank=1.

12. Hoffmann B, Cunningham F, Schorge J, Schaffer J. Williams Ginecología. 4th ed. España: McGraw-Hill Interamericana de España S.L.; 2022.
13. Edelman A, Kaneshiro B. Contraception: Counseling for females with obesity. UpToDate. [Online].; 2023 [cited 2024 Abril 28. Available from: https://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-for-females-with-obesity?search=asesoramiento20para20mujeres20con20obesidad20&source=search_result&selectedTitle=17E150&usage_type=default&display_rank=1.
14. Sweitzer B. Preoperative evaluation for anesthesia for noncardiac surgery. UpToDate. [Online].; 2023 [cited 2024 Abril 22. Available from: https://www.uptodate.com/contents/preoperative-evaluation-for-anesthesia-for-noncardiac-surgery?search=evaluacion20preoperatoria20de20anestesia20&source=search_result&selectedTitle=17E150&usage_type=default&display_rank=1.
15. Trujillo P, Serrato K, Acevedo G. Paciente diabético: un riesgo de infección del sitio quirúrgico. Fundación universitaria del Área Andina. [Online].; 2018 [cited 2024 mayo 7. Available from: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/DT/article/view/1385>.
16. Center WH&E. Women's Health & Education Center. [Online].; 2019 [cited 2024 Mayo 10. Available from: www.womenshealthsection.com.
17. Nazar C, Zamora M, González A. Cirugía ambulatoria: Selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Revista Chilena de Cirugía. 2015 abril; 67(2).
18. Courtney T. Sabiston: Tratado de Cirugía: Fundamentos Biológicos de la Práctica Quirúrgica Moderna. 20th ed. Elsevier, editor. Barcelona, España; 2018.
19. Mirón Pozo B, Romera López A, García Cervantes M. Selección de pacientes para CMA. Cirugía Andaluza. 2022; 33(4).

20. González, Zamora M, Contreras J. Cirugía ambulatoria: ¿Qué hacer en el período posoperatorio? Desde el término de la cirugía hasta el control domiciliario. Revista Chilena de Cirugía. 2018; 70(5).
21. Aldrete JA, Guevara López U, Capmourteres E. Texto de Anestesiología Teórico-Práctica. 2nd ed. México: El Manual Moderno ; 2004.
22. Zaballos M, et al. Recomendaciones de pruebas operatorias en el paciente adulto para procedimientos en régimen de cirugía ambulatoria. Revista Española de Anestesiología. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2014.07.007>
23. Butterworth J, Mackey D, Wasnick J. Anestesiología clínica de Morgan y Mikhail, séptima edición. 7a ed. Columbus, OH, Estados Unidos de América: McGraw-Hill Education; 2022.

XIII. **Anexos**

Anexo 1: Instrumento de Recolección de Datos



Ficha N°:

Datos demográficos:

Edad :		Peso (kg):		Talla (metros):		IMC:	
Estado Civil:	Soltera		Casada		Unión de hecho estable		Viuda
Nivel educativo:	Analfabeta		Primaria		Secundaria		Universitaria Profesional
Procedencia:	Urbano		Rural		Ocupación:		

Antecedentes Médicos:

Enfermedades crónicas preexistentes:			Historial de cirugías previas:			Uso actual de medicamentos:		
HTA (descompensada)		Obesidad		General		Antibióticos		Otros
DM (descompensada)		Valvulopatías		Cardiaca		AINES		
ERC (especificar estadio)		Anemia		Ginecológica		Antihistamínicos		
Artritis Reumatoide		Insuficiencia Cardíaca (descompensada)		Cerebral		Antihipertensivos		

		a)					
Asma (Descompensada)		Cáncer		Ortopedia		Hipoglicemiantes	
Alergias conocidas:							

Historia Obstétrica:

Nº de hijos		Gestas		Partos		Abortos		Cesáreas	
Método anticonceptivo previo									

Criterios de Selección para Cirugía Ambulatoria según la ASA: Clasificación del estado físico de la paciente según la ASA

ASA I		ASA II		ASA III		ASA V		ASA VI	
-------	--	--------	--	---------	--	-------	--	--------	--

Exámenes Preoperatorios:

USG abdominal	
BHC	
EGO	
EKG	
PAP	
GLICEMIA	

Complicaciones

Intraoperatorias		Postoperatorias		Indicadores de resultados para cirugía ambulatoria	
Hemorragia		Infección del sitio quirúrgico		Hospitalización no programada	

Lesión de órganos adyacentes		Náuseas y vómitos postoperatorios		Hospitalización posterior al alta	
Otras complicaciones		Somnolencia excesiva		Retardo del alta	
(especificar)					

Observaciones Adicionales:
