



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico

Avaliando o indicador de desempenho suspensão cirúrgica, como fator de qualidade na assistência ao paciente cirúrgico

***Chaves Sá, SP., **Gomes do Carmo, T., ***Secchin Canale, L.**

*Profesora Titular del Departamento de Fundamentos de Enfermería y Administración. Escuela de Enfermería Aurora Afonso Costa – EEAAC de la Universidad Federal Fluminense – UFF. **Enfermera. Mestranda en Ciencias del Cuidado en Salud. Especialista en cardiología por la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro – UNIRIO . ***Médico. Residente de 2º año del Instituto Nacional de Cardiología de Laranjeiras. Brasil.

Palabras clave: Enfermería; Centros hospitalarios de cirugía; Gestores del hospital

Palavras-chave: Enfermagem; Centro cirúrgico do hospital; Gestores de hospital

Keywords: Nursing; Hospital surgery centers; Hospital managers.

RESUMEN

Este estudio crítico reflexivo tiene como objetivo identificar el número de cirugías de corazón realizadas y suspendidas en 2008 en el Instituto Nacional de Cardiología - RJ describiendo las causas de cancelación de cirugías. El estudio es exploratorio y descriptivo, con enfoque cuantitativo. Se consideró la suspensión de las cirugías de pacientes hospitalizados en unidades de hospitalización en cinco pisos del hospital, internándose pacientes mayores de 18 años para cirugía cardíaca. Para el análisis de los datos se utilizó la base de datos informatizada del hospital, realizando la encuesta mensual y anual de cirugías cardíacas realizadas y suspendidas en 2008, y los motivos de las suspensiones. Como resultado se observó que hubo 737 cirugías cardíacas y 170 suspensiones quirúrgicas que representan el 23% de todas las realizadas durante este período. Las suspensiones quirúrgicas tuvieron mayor costo para el hospital y un mayor riesgo de complicaciones clínicas para el paciente. Por lo tanto, se concluye que los problemas identificados a través de los resultados del estudio son importantes para adoptar las mejores soluciones, ya sean clínicas o administrativas.

RESUMO

Este estudo crítico reflexivo tem como objetivo identificar o número de cirurgias cardíacas realizadas e suspensas em 2008 no Instituto Nacional de Cardiologia - RJ descrevendo as causas do cancelamento das cirurgias. O estudo é de natureza exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. Considerou-se as suspensões de cirurgias dos pacientes internados nas unidades de internação compreendendo cinco andares do hospital, internando-se pacientes acima de 18 anos para cirurgia cardíaca. Para análise dos dados utilizou-se o banco de dados informatizado do hospital, realizando o levantamento mensal e anual das cirurgias cardíacas ocorridas e suspensas em 2008, e motivos das suspensões. Como resultado observou-se que ocorreram 737 cirurgias cardíacas e 170 suspensões cirúrgicas representando 23% de todas as ocorridas neste período. Pode-se levar em consideração que as suspensões cirúrgicas geraram maior custo para o hospital e maior risco de complicações clínicas para o paciente. Portanto, conclui-se que identificar os problemas através do levantamento dos achados são importantes para adequar as melhores soluções, sejam clínicos ou administrativos.

ABSTRACT

This study aims at a critically reflective approach to identify the number of heart surgeries performed and suspended in 2008 at the National Institute of Cardiology – RJ, and to describe the causes of the cancellation of surgeries. The study is exploratory and descriptive, with a quantitative approach. The suspension of surgeries of patients hospitalized in inpatient units comprising five floors of the hospital was considered, where there were patients over 18 years for heart surgery. Data analysis used the computerized database of the hospital, with the monthly and yearly surveys of heart surgery performed and suspended in 2008, and reasons for the suspensions. As a result, it was observed that there were 737 cardiac surgeries and 170 surgical suspensions, representing 23% of all suspensions for this period. One can consider that the suspensions produced higher surgical cost to the hospital and increased risk of medical complications for the patient. Therefore, we conclude that the problems identified through the survey findings are important to tailor the best solutions, whether clinical or administrative.

INTRODUCCIÓN

El objeto de investigación es la encuesta de las cirugías cardíacas suspendidas en adultos y los motivos de la ocurrencia en el Instituto Nacional de Cardiología, de esfera Federal.

Es sabido que son muchos los motivos para la cancelación de una cirugía que van desde problemas relacionados con el paciente que necesita del procedimiento, de los recursos humanos y de las cuestiones institucionales. Se pueden mencionar como causas hospitalarias: el atraso debido a cirugía anterior, evaluación pre-operatoria incompleta, falta de material o equipamiento, falta de cama, previsión de tiempo insuficiente para el procedimiento y sustitución por cirugía de urgencia¹.

La programación quirúrgica implica un número importante de personas como cirujanos, anestesistas, enfermeros, técnicos de enfermería (instrumentistas y circulantes) entre otros, además de gran cantidad de materiales y equipos especializados. De esta forma, tanto para el paciente como para la institución, son varios los inconvenientes de la suspensión de una cirugía. Para el paciente puede significar el aumento del periodo de internamiento, del riesgo de infección hospitalaria y consecuentemente el aumento de los costos para la institución². La suspensión de una cirugía implica un costo operacional y financiero para la institución, teniendo repercusiones negativas en la atención de la población, principalmente de aquella más carente³.

La literatura⁴ resalta que la suspensión de una intervención quirúrgica es un hecho significativo y que merece la debida atención por parte del equipo de salud y de la administración del propio hospital. Aparentemente las cancelaciones de cirugías programadas son tratadas como rutinarias e inherentes al sistema hospitalario, no causando gran inquietud en el equipo multiprofesional de los servicios de salud y los aspectos relativos a la importancia de ese acontecimiento para el paciente parecen olvidados. Entretanto, debe pensarse en las consecuencias para los pacientes y para las finanzas de la institución hospitalaria.

Hoy en día todos los procesos dentro de un hospital tienden a prestar una buena atención a sus clientes, con calidad y humanización, sin perder de vista que el efectivo control de gastos y optimización de los recursos obtenidos son primordiales para garantizar la vitalidad de la institución y la continuidad de sus actividades asistenciales⁵.

Los objetivos del estudio fueron: Identificar el número de cirugías cardíacas realizadas y suspendidas en el año 2008 en el Instituto Nacional de Cardiología en el Estado de Rio de Janeiro y describir las causas de cancelación de tales cirugías.

Solo hace poco más de cuatro décadas que la cirugía cardíaca, tal y como la conocemos hoy, comenzó a delinearse y desde entonces el progreso ha sido vertiginoso. La idea de que el corazón es un órgano central dominante del cuerpo hace que cualquier problema en su función sea interpretado como una metáfora de la mortalidad súbita, por eso con el avance científico del siglo XX fue posible desmitificar al corazón como sede del alma, colocándolo en un lugar jerárquico no muy distante de los demás órganos del cuerpo⁶.

Las técnicas operatorias en cirugía cardíaca continúan evolucionando, dando óptimos resultados a medio y largo plazo, con cortos periodos de entubación, corta permanencia en unidades de tratamiento intensivo y rápido retorno del paciente a sus actividades diarias⁷.

La cirugía cardíaca brasileña es una de las más respetadas en el mundo, con 116.821 procedimientos en 2008⁽⁸⁾. La intervención quirúrgica continúa al ser el sustento del tratamiento de la enfermedad cardíaca aunque las técnicas intervencionistas en cardiología, con el uso de catéter, continúan expandiéndose y el tratamiento clínico ha mejorado.

La vivencia de la hospitalización puede agravarse cuando implica la espera por una intervención quirúrgica, teniendo en cuenta que esta puede llevar al cliente a una serie de conflictos internos, como el miedo y la ansiedad, miedo a la invalidez o hasta incluso a la muerte, que son considerados riesgos inminentes en una cirugía. Estos sentimientos además de resultar en sintomatología psíquica, pueden generar síntomas orgánicos. Además, la cancelación del procedimiento quirúrgico aumenta los costos operacionales y financieros, causando prejuicios a la institución².

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de naturaleza exploratoria, descriptiva, con enfoque cuantitativo, realizado en el Instituto Nacional de Cardiología (INC), localizado en el Estado de Rio de Janeiro regido por el Sistema Único de Saúde (SUS) de esfera Federal. Para este estudio se tuvo en consideración las suspensiones de cirugías de los pacientes internados en las unidades de ingreso que comprende cinco plantas del hospital, lugar donde se interna a todos los pacientes mayores de 18 años para proceder a alguna cirugía cardíaca.

Fue excluido de este estudio el servicio de cardiopediatría, que está inserto en un piso del hospital con pacientes menores de 18 años.

El centro quirúrgico del Instituto Nacional de Cardiología tiene la capacidad de atender al mismo tiempo a cuatro cirugías cardíacas, ya que presenta un total de 04 (cuatro) salas de operaciones, estando una destinada a cirugías cardíacas pediátricas. Hay una previsión media de ocurrencia de 61 (sesenta y una) cirugías adultas de gran porte en la especialidad de cirugía cardíaca de entre las que podemos citar: revascularizaciones del miocardio, cambios de válvula, trasplante cardíaco y otras.

Además, ocurren procedimientos derivados de algún tipo de complicación del paciente durante su período de ingreso, como: retirada de hilo de acero, drenaje de pericardio, control de hemostasia, entre otros, y un porcentaje poco significativo de cirugías no cardíacas, que son de característica electiva y/o de emergencia. Cuando son de carácter de emergencia suceden por la imposibilidad de transferencia del paciente a otra red hospitalaria.

Atiende a pacientes internados o admitidos en el ambulatorio de cirugía, con programación quirúrgica desarrollada en el periodo de las 7 a las 19h, diariamente, de lunes a viernes. Los periodos nocturnos, fines de semana y vacaciones son destinados a los casos de emergencia. Las cirugías electivas son programadas vía mapa quirúrgico, desarrolladas diariamente y presentan datos como: tipo de cirugía, nombre del paciente (con datos antropométricos y tipo de sangre), horario a ser realizado y nombre del equipo de cirujanos responsables del acto quirúrgico.

Los datos fueron planteados junto a la base de datos del propio hospital y se consideró el período de enero a diciembre de 2008. Los datos colectados están presentados a través de cuadros y analizados a partir de bibliografías pertinentes al asunto. La investigación fue aprobada por el Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia, bajo protocolo nº 0269/26022010.

RESULTADOS

De acuerdo con los datos analizados se observó que se reunieron en el año 2008, un total de 737 cirugías cardíacas. Se suspendieron 170 cirugías en el mismo período.

Diversos fueron los motivos de la suspensión: Condición 1: Clínica desfavorable del paciente (**Cuadro 1**), Condición 2: Problemas institucionales, administrativos o logísticos (**Cuadro 2**) y Condición 3: Causa no identificable (**Cuadro 3**).

Según el **Cuadro 1**, que aborda los motivos de la suspensión relacionados a clínica desfavorable del paciente, se observa que 22 cirugías fueron suspendidas debido a la presencia de resfriados, infecciones diversas, anemia, metrorragia, alergia, exámenes y coagulograma con alteración, lesiones en la piel y detección de trombo en atrio izquierdo. 14 cirugías fueron suspendidas debido al uso de anticoagulantes, alimentación en menos de 8 horas antes de la cirugía, imposibilidad de sondaje y de intubación traqueal del paciente y detección de problemas odontológicos. Por último, 2 cirugías fueron suspendidas debido a inviabilidad del corazón del donante.

Cuadro 1: Suspensión Quirúrgica en el INC en 2008 por Clínica desfavorable del paciente.

	Nº Absoluto	CAUSAS
Paciente sin condiciones clínicas	22	Resfriados, infecciones, anemia, metrorragia, alergia, coagulograma alterado, lesiones de piel, exámenes alterados y trombo en atrio izquierdo.
Inviabilidad del corazón del Donante	2	Imposibilidad de trasplante de corazón.
Otros	14	Uso de anticoagulante días antes de la cirugía, el paciente se alimentó ocho horas antes de la cirugía, imposibilidad de sondaje vesical e intubación traqueal y problemas odontológicos.

Antes de enviar al paciente a cirugía cardíaca, se deben completar sus exámenes diagnósticos cardíacos, que incluyen el cateterismo cardíaco, prueba de esfuerzo para verificar áreas de isquemia, gammagrafías y ecocardiografías. Y estos exámenes para evaluar el estado clínico, deben hacerse antes de que el paciente sea admitido en el hospital. Momentos antes de la cirugía el enfoque debe ser sobre el examen físico completo, radiografía de tórax, electrocardiograma (ECG), hemograma completo, electrolitos séricos, tiempo de coagulación, tipo y prueba cruzada de sangre ⁷.

Los pacientes que se someten a cirugía de válvulas deben completar una evaluación y tratamiento dental antes de reparar o sustituir la válvula, para reducir la posibilidad de que la enfermedad dental sea una fuente de bacterias y posible endocarditis de la prótesis valvular⁷.

Por tratarse de una cirugía de gran tamaño, que implica considerable exactitud médica y de todo el equipo multiprofesional, se precisa una rigurosa atención en el pre-operatorio, minimizando así las complicaciones trans-operatorias y en gran parte de las veces evitando que estas sucedan. La evaluación de la enfermería en el periodo pre-operatorio debe ser completa y bien documentada porque propicia los datos de referencia para comparación post-operatoria. El histórico debe incluir una evaluación social de papeles de la familia y sistemas de soporte y una descripción del nivel funcional habitual del paciente y actividades típicas.

El paciente con dolencia cardíaca coronaria aguda puede ser hospitalizado apenas unas horas o días antes de la cirugía. Por tanto el acompañamiento de su estado clínico debe ser riguroso desde el momento de su ingreso.

De esta forma pacientes que tienen estado clínico deficiente no son sometidos a cirugía hasta que su estado se normalice y sus funciones orgánicas estén restablecidas. Toda vez que los resfriados, infecciones y lesiones de piel se presentan como problemas que se resuelven en corto espacio de tiempo y adecuadamente tratados, tienen buena evolución diagnóstica. Someter a los pacientes a intervención quirúrgica sin la resolución de esos problemas previamente, puede generar consecuencias desastrosas para el mismo.

Los problemas sobrevenidos de complicaciones relacionadas con la sangre, como anemias, metrorragia y coagulograma alterado pueden representar problemas más serios caso de que el paciente sea sometido a intervención quirúrgica sin la solución de los mismos. Se puede

afirmar que el paciente estará predispuesto a abundante hemorragia y, consecuentemente, con su tiempo de coagulación comprometido, ello puede desembocar en óbito. Por tanto, es obligado que su condición hematológica sea bien diagnosticada y tratada antes del acto operatorio.

Cuando el médico o cualquier otro componente del equipo multidisciplinar de salud, durante la evaluación pre-operatoria, se encuentra con un paciente en tratamiento de anticoagulación oral que va a someterse a cirugía cardíaca, debe interrumpir esa medicación o comunicar el uso de este al profesional responsable y evaluar su cambio o sustitución. En caso contrario, el paciente no debe ser operado ⁹.

En lo que respecta a los trasplantes cardíacos se debe tener un cuidado aún mayor, a fin de no generar daños al paciente que se sumen a los que ya posee. De esta manera se realiza una evaluación completa del receptor y cuando surge el donante esta evaluación es extremadamente crítica, siguiendo protocolos previamente estipulados. Así, caso de que ocurra algún inconformidad de los pacientes (o sea, del donante y/o receptor) la cirugía debe ser suspendida ¹⁰. Entre tanto, un paciente que va a ser sometido a trasplante cardíaco debe ser preparado para este hecho, no causando expectativa excesiva.

En el **Cuadro 2**, se presentan las causas de la suspensión relacionadas con los problemas de la propia institución, eventos administrativos y logísticos. Según el cuadro, 39 cirugías fueron suspendidas debido a la falta de hemoconcentrado en el hospital; 27 ocurre por la falta de vacante para el post-operatorio; 23 suspensiones ocurrieron a causa de la necesidad de realización de cirugías de urgencia; 14 por la falta de materiales; 9 debido a lo avanzado de la hora; 5 por falta de exámenes del paciente y 2 por falta del cirujano.

Cuadro 2: Suspensión Quirúrgica en el INC en 2008 por Problemas Institucionales, Administrativos o Logísticos.

	Nº Absoluto	CAUSAS
Problemas Institucionales, Administrativos o Logísticos	39	Falta de hemoconcentrados
	27	Falta de vacante en el post-operatorio adulto
	23	Sustitución de cirugía electiva por emergencia
	14	Falta de material
	9	Avanzado de la hora
	5	Falta de Exámenes
	2	Falta de cirujano

En primer lugar se percibe que la falta de hemoconcentrados lidera esta categoría como primera causa, siendo evidente que otras estrategias son necesarias para que este número disminuya como, por ejemplo, el uso de la llamada recuperación intra-operatoria de sangre (es una práctica de la medicina cuyo procedimiento implica la recuperación de la sangre perdida durante la cirugía y su reinfusión en el paciente).

Para la falta de vacante en el centro del tratamiento intensivo (post-operatorio adulto) es importante que la Institución cree algún mecanismo o disponga un mayor número de vacantes para atender a los pacientes que precisen de cirugía. Así, como intentar la existencia de un número satisfactorio de materiales que puedan suplir las necesidades del acto operatorio, sin causar riesgos o daño al paciente.

Estas causas representan los problemas que la Institución sufre en su funcionamiento y acaban comprometiendo su dinámica diaria, generando costos elevados para la misma y sentimiento negativo del paciente en relación a la atención hospitalaria. Las repercusiones catastróficas al paciente en las más diversas esferas, llegan hasta el rechazo psicológico de este procedimiento terapéutico por el mismo, pues la realización del acto quirúrgico es un acontecimiento importante en la vida de una persona, ya que mediante este procedimiento, esa persona espera vivir de forma más saludable, con mejor calidad de vida⁴.

En la actualidad podemos considerar al hospital una de las organizaciones más complejas. Como organización, puede ser analizado el macrosistema que incorpora el avance constante de los conocimientos, de aptitudes, de la tecnología y de los aspectos finales de esa tecnología representada por las instalaciones y equipamientos.

Cuando hablamos de cirugía estamos enfocando el centro quirúrgico que es uno de los sectores hospitalarios que sufre fuerte transformación en función de la evolución de las técnicas quirúrgicas, anestésicas y de los recursos materiales y de equipamientos utilizados en los procedimientos quirúrgicos.

Requiere soporte adecuado, de modo que los aspectos técnico-administrativos referentes a la planta física y localización, a los equipamientos, al régimen, normas, rutinas, y a los recursos humanos estén asegurados como mecanismos que contribuyen a la prevención y al control de los riesgos y sustenten la práctica, la protección ético-legal del equipo, de la institución y del paciente.

La cancelación de la cirugía acarrea prejuicios para la institución, atraso en la programación quirúrgica y también prejuicios para otros pacientes que aguardan su turno para operarse; implica un costo operacional y financiero para la institución, repercutiendo negativamente en la atención a la población, principalmente en aquella más carente¹¹.

De acuerdo con el **Cuadro 3** algunas causas de suspensión de cirugía se describieron como no identificables, pues se referían a las suspensiones que fueron descritas como efectuadas por el cirujano o por el clínico sin otra causa apuntada.

Cuadro 3: Suspensión quirúrgica en el INC en 2008 por Causa no identificable.

	Nº Absoluto	CAUSAS
Causa no identificables	13	Se caracterizaron por las cirugías suspendidas por el cirujano y/o clínico sin otra justificativa.

DISCUSIÓN DE LOS DATOS

Así conforme el cuadro 4, de las 170 cirugías suspendidas en el Instituto de Cardiología, 38 ocurrieron debido a las condiciones clínicas adversas del paciente que sería sometido al procedimiento. En su mayoría, cerca de 119 se debieron a problemas institucionales, administrativos y/o logísticos del hospital y 13, a problemas no identificables.

Cuadro 4: Suspensiones quirúrgicas – Instituto Nacional de Cardiología - 2008.

Suspensiones quirúrgicas			
Clínicas/paciente	Institucional/administrativo/logístico	No identificable	Total
38	119	13	170
23%	70%	8%	100%

Con el crecimiento de los costos en el área de salud y las limitaciones presupuestarias, es necesaria la adopción de un sistema que proporcione informaciones capaces de evitar despilfarros, mejorar los servicios prestados, evaluar incentivos de calidad e impulsar la mejora continua por medio del gerenciamiento de las acciones.

El desarrollo de Programas de Garantía de Calidad es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación desde el punto de vista ético y moral. Toda institución hospitalaria, dada su misión esencial a favor del ser humano, debe preocuparse por la mejora permanente, de tal forma que consiga una integración armónica de las áreas médica, tecnológica, administrativa, económica, asistencial y, si fuera el caso, de las áreas docentes y de investigación.

Al contrario de otras empresas, la materia prima básica de los hospitales es el enfermo, y a ellos cabe reintegrarlo a la sociedad en condiciones de retomar, en cuanto sea posible, las funciones que desempeñaba anteriormente. Así, el concepto de “persona humana” se encuentra íntimamente asociado a la existencia de estas instituciones, que solo adquieren pleno sentido cuando son concebidas en razón y al servicio de las personas.

Otros factores faltan al principio de humanización necesario para la atención al cliente quirúrgico, como: las suspensiones quirúrgicas, generando repercusiones negativas que causan molestias y generan más angustia, no solo a este cliente que experimenta un enlace de confianza roto en relación a la institución, sino también para el equipo de enfermería que dobla su jornada de trabajo, aumenta el tiempo y el consumo de recursos materiales y en consecuencia disminuye la calidad de la asistencia y de la propia Institución que pierde credibilidad.

Las pérdidas financieras causadas por el proceso deficiente se evidencian en la reserva de la sala de cirugía y pérdida de oportunidad para agendar otro paciente, salas de cirugía infrautilizadas, hospitalizaciones más largas (y riesgo de infección hospitalaria) y, consecuentemente, aumento en la cama / día, precio y disponibilidad de camas reducidas. Otras fuentes de pérdidas son el despilfarro de material esterilizado, re-trabajo del personal implicado en la preparación de la sala de cirugía y en el proceso de esterilización.

Si pensamos en la situación de la cancelación de una cirugía para el paciente, entendemos que en ese caso el paciente tiene necesidad de una intervención de enfermería igual que si estuviese siendo atendido en la cirugía. El cuidado es imprescindible en todas las situaciones de las enfermedades, incapacidades y durante el proceso de morir¹².

En ese sentido parece que los profesionales de enfermería, tal como los demás profesionales del equipo de salud, ignoran al paciente que acaba de recibir la noticia de la cancelación de su cirugía¹³. Por poco excepcional que eso pueda parecer a los profesionales, sea cual fuere el motivo, para el paciente este es su mayor problema, lo que requiere una intervención responsable y comprometida con la necesidad de la persona.

CONCLUSIÓN

A pesar de que los resultados mostraron la experiencia de un hospital de enseñanza público, y por tanto, no pudieron ser representantes de otros hospitales, los autores esperan que estos descubrimientos puedan ayudar a las demás Instituciones a desarrollar estrategias que reduzcan la cancelación de cirugías programadas y su impacto en la gestión de costos.

Así, a través de los datos levantados se pueden trazar consideraciones finales que reflexionan sobre una mejor asistencia al paciente quirúrgico y, además de esto, una adecuada estructura organizacional del hospital en cuestión toda vez que los datos mostraron una realidad preocupante: la mayor tasa de suspensión de cirugías ocurrió por motivos administrativos, institucionales y/o logísticos de esa institución.

Sabemos que las suspensiones quirúrgicas generan mayor costo para los hospitales y mayor riesgo de complicaciones clínicas para el paciente. Por tanto, tales informaciones levantadas deben ser utilizadas para identificar los principales problemas y a partir de entonces, ser posible adecuar las mejores soluciones, que deben ser, sobre todo resolutivas en todos los ámbitos, sean clínicos o administrativos.

Todo el equipo multiprofesional tiene mucho que decir y desarrollar en sus actividades diarias que tiendan a la disminución de la suspensión de una cirugía en el día del acto operatorio. Creando mecanismos que eviten que los pacientes se expongan al estrés y a la ansiedad referentes al acto quirúrgico y el mismo sea cancelado pocas horas antes de que era planeado, la mayoría de las veces aconteciendo en el propio centro quirúrgico.

En la atención al paciente pre-quirúrgico, el equipo de enfermería es responsable de su preparación, estableciendo y desarrollando diversas acciones de cuidados de enfermería, de acuerdo con la especificidad de la cirugía. Esos cuidados, a su vez, son ejecutados de acuerdo con conocimientos especializados, para atender a las necesidades derivadas del tratamiento quirúrgico. Estos cuidados incluyen orientación, preparación física y emocional, evaluación y enrutamiento al centro quirúrgico con la finalidad de disminuir el riesgo quirúrgico, promover la recuperación y evitar complicaciones en el pos-operatorio, toda vez que estas generalmente están asociadas a una preparación pre-operatoria inadecuada.

Además de estos cuidados el enfermero, así como los demás profesionales que prestan atención y que están dispuestos a realizar un cuidado de calidad al paciente quirúrgico, pueden ser parte principal en lo que concierne a la suspensión de la cirugía en el momento en que el paciente ya está en el centro quirúrgico, aumentando considerablemente su estrés e insatisfacción en relación a los cuidados recibidos.

Considerando las características específicas del paciente quirúrgico, diversos trabajos apuntan y resaltan la importancia de los esfuerzos para la obtención de la mejora de la calidad de la asistencia de enfermería.

Evitar la suspensión de cirugías a través de una asistencia multidisciplinar planeada y articulada de forma interdisciplinar y transdisciplinar, con la elaboración de un plan administrativo eficiente, debe ser uno de los objetivos del equipo administrativo de la institución hospitalaria.

Mucho se puede reflexionar todavía sobre esta problemática, para que nuevas contribuciones a través de informaciones y sugerencias tengan un objetivo común: ofrecer al paciente el cuidado que se merece.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. Rev eletrônica enferm. [periódico online]. 2004 [capturado 2010 jan 22]; 6(3):[10 telas] 400-409. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/pdf/13_Revisao3.pdf
2. Antonio PS, Munari, DB, Costa HK. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. Rev eletrônica enferm. [periódico online]. 2002 [capturado 2009 abr 20]; 4(1):[7 telas]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/744/807>
3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
4. Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. Rev latino amer enferm. 2000; 8(4):59-65.
5. Jorgetto GV, Noronha R, Araújo IE. Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa. Rev eletrônica enferm. [periódico online]. 2005 [capturado 2010 jan 22];7(3):[5 telas]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_03.htm
6. Moraes PA. Percepção de pacientes coronariopatas sobre sua doença. Rev. Soc. Cardiol. Estado de SP, 1999 Jul/Ago; 9(4):1-11.
7. Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. Enfermagem em Cardiologia. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde: Departamento de Informática do SUS (Datasus). Dados fornecidos diretamente pelo Datasus sob pedido formal. Brasília, 2009.
9. Liberman A, Freitas EV, Savioli NF, Taddei CFG. Tratamento e Diagnóstico em Cardiologia Geriátrica. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2005.
10. Associação Brasileira de Transplantes de órgãos - ABTO. Registro brasileiro de transplantes. São Paulo, Ano XIV, 2008 Jan/Jun (1):24.
11. Pittelkow E, Carvalho R. Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. Rev. Einstein. 2008; 6(4):416-21.
12. Waldow VR. Cuidado Humano: o resgate necessário. 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.
13. Christoforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. Rev. Esc Enferm USP. [periódico online]. 2009 [capturado 2010 jan. 22];43(1):[9 telas] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia