

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CURSO DE ANESTESIOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.

VALORACIÓN PRE ANESTESICA. ESTUDIO DE 100 CASOS
EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. O.D.

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
ORGANISMO DECENTRALIZADO



TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA
P R E S E N T A :
DR. ROBERTO MARTÍN ROSAS CASTAÑEDA

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

ASESOR DE TESIS: DR. JUAN HUMBERTO MUÑOZ CUEVAS



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

MÉXICO, D.F. MAYO DEL 2004

SECRETARÍA DE SALUD
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.
[Firma]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. CESAR AUGUSTO MACIAS CHAPULA.

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O D .**




DR. JUAN HEBERTO MUÑOZ CUEVAS.

**JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
ASESOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O D .**



DR. JOSE C . ALVAREZ VEGA.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO
UNIVERSITARIO DE ANESTESIOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. O . D .**



DR. ROBERTO MARTÍN ROSAS CASTAÑEDA.

DEDICATORIA.

El terminar una tesis es la culminación de estudios de formación y el inicio de actividad profesional , pero mas que todo es el inicio de una actividad medica especifica en mi caso es la culminación de algo pendiente ya que la actividad especifica siempre se encuentra presente.

El termino de un pendiente que después de formación de éxitos , de errores , satisfacciones y sin sabores el conocer grandes amigos profesores maestros y sobre todo pacientes motiva para continuar el camino y prepararse mas.

El termino fue dificil después de gran actividad de residente , gran actividad profesional siempre con la mística impuesta por el **HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO** , con el padecer de *E. V. C.* salir de las secuclas , sufrir un *I. A. M* recuperar la rehabilitación cardiaca y sobre todo el tener el placer y orgullo de conocer a mi hijo *ROBERTO*.

El agradecer y dedicar este pequeño esfuerzo es primeros a DIOS por permitirme vivir ya en tres ocasiones , a mis **PADRES Y HERMANAS CON SUS RESPECTIVOS ESPOSOS E HIJAS** por darme la vida y el ejemplo sobre todo de lucha , a mi **ESPOSA** a sus padres y hermanos con respectivos esposos esposas e hijos por ser el motivo para conocer a mi hijo, a ti *ROBERTO* hijo que llegó en un gran momento

A mi **JEFE DE ANESTESIA Y TUTOR DE TESIS DR. MUÑOZ CUEVAS** a maestros como **DRA. LOPEZ HERRANZ** y **DRA. QUINTERO** compañeros todos , y sobre todo a los pacientes que alguna vez atendí , y al **HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO** que es un momento muy especial en mi vida. *LOS VIENTOS FRESCOS DE LA MONTAÑA SEGUIRAN.*

DR. ROBERTO MARTÍN ROSAS CASTAÑEDA.

INDICE**PAGINAS**

ANTECEDENTES	1
ESTUDIOS DE LABORATORIO.....	3
HISTORIA CLINICA	4
CLASIFICACION DE ALCOHOLISMO.....	11
CLASIFICACION DE FUMADORES DE TABACO	11
CLASIFICACION DE OBESIDAD	11
CLASIFICACION DE HIPERTENSIÓN.....	12
RIESGO EN CARDIOPATAS	12
VALORACIÓN PULMONAR	12
CLASIFICACION DE LA A . S . A	13
INDICE DE MORTALIDAD A . S . A	13
VALORACIÓN DEL RIESGO ANESTESICO	14
RIESGO TROMBOEMBOLICO.....	15
CLASIFICACION S . A . P . S	16
CLASIFICACION S . A . P . S Y MORTALIDAD.....	17
INDICE DE SEVERIDAD DEL TRAUMA GRAVE.....	17
CLASIFICACION DE MALLAMPATI	18
CLASIFICACION DE PATIL ALDRETI.....	18
CLASIFICACION DE CORMACK AND LEHANE.....	19
CLASIFICACION DE BELI HOUSE.....	19
VALORACIÓN DEL ANGULO MANDIBULAR.....	19
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	20
CLASIFICACION DE FISHER.....	21
CLASIFICACION DE HUNT HESS.....	21
RIESGO DE MORTALIDAD DE HUNT HESS	22
HUNT HESS Y ESCALA DE GLASGOW	22
CLASIFICACION DE BECKER GADE.....	22
CLASIFICACION DE LA N . Y . H . A	23
CLASIFICACION DE KILLP KIMBAL	24
CAUSAS DE ALTERACIONES DE LA FRECUENCIA CARDIACA	24
FUNCION CARDIACA	25
CLASIFICACION TOPOGRÁFICA DE IAM	25
CLASIFICACION DE GOLDMAN	26
CLASIFICACION DEL ESTADO DE CHOQUE.....	27
CAMBIOS ECG CON EL POTASIO SERICO.....	28
CRITERIOS DE EAGLE.....	28

VALORACIÓN DE ACUERDO A LA FRACCION DE EYECCIÓN.....	29
PARÁMETROS DE FUNCION RESPIRATORIA	29
INDICE DE SEVERIDAD DEL DAÑO PULMONAR	30
CLASIFICACION DE CHILD PULGH.....	31
GRADO DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA	32
CRITERIOS DE RANSON	33
MORBI MORTALIDAD DE RANSON	33
ESCALA DE KARNOFSKY	34
JUSTIFICACIÓN	35
HIPÓTESIS.....	36
OBJETIVOS	37
DISEÑO Y DURACIÓN	38
MATERIAL Y METODOS.....	39
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	40
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	42
ASPECTOS ETICOS.....	42
RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS.....	42
RECURSOS DISPONIBLES.....	42
RESULTADOS.....	45
RESULTADOS DE LOS 100 CASOS	63
ANÁLISIS.....	66
CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72

ANTECEDENTES

La finalidad última de la evaluación preoperatoria de los pacientes es reducir la morbilidad de la operación. Esta finalidad se logra colocando en condiciones óptimas la salud del paciente antes de las intervenciones y planeando la conducta preoperatoria más apropiada.

Inicialmente la valoración médica preoperatoria se basaba en realizar una historia precisa y una exploración, más tarde en la década de 1960 se añadieron las pruebas de laboratorio de elección para la detección de enfermedades sintomáticas.

La cirugía mayor representa en general una agresión brutal para el organismo humano, el cuerpo humano ha desarrollado un elaborado mecanismo de defensa para responder a la agresión y ayudarse a escapar de ella. La tarea de anestesiólogo no es simplemente el dormir al paciente y despertarlo cuando se acaba la cirugía. Si no también mantener la homeostasis durante la agresión u operación, debe interferir en la respuesta del estrés que induce el dolor.

Respecto al sistema cardiovascular, hay que asegurarse que el paciente no tiene insuficiencia cardíaca congestiva, miocardiopatía, cardiopatía isquémica inestable, lesión cardíaca valvular o subvalvular, hipertensión, alteraciones del ritmo cardíaco, pericarditis, arteritis u otras manifestaciones de arteriosclerosis, etc.

Respecto al sistema responsable del intercambio gaseoso, las consideraciones más importantes son asegurar la permeabilidad de la vía aérea, ya que los problemas en esta entrañan un riesgo sustancial, la búsqueda de obstrucción de la vía aérea y de restricción de los movimientos del cuello y mandíbula, también la exposición de sustancias tóxicas (ambientales o el tabaco) enfisema, bronquitis e infecciones crónicas.

La existencia, presente o previa, de hepatopatías aumenta el riesgo de ciertas intervenciones quirúrgicas, en ocasiones contribuyen a la existencia de trastornos de la coagulación y de farmacocinéticas anormales de fármacos y pueden entrañar implicaciones medicolegales. Las enfermedades hepáticas también aumentan el riesgo de la cirugía para problemas no hepáticos. Las enfermedades gastrointestinales pueden aumentar el riesgo de aspiración de contenido gástrico, también incrementan el riesgo de deshidratación, trastornos electrolíticos y anemia.

La hemorragia puede ocurrir como consecuencia de un déficit hereditario de factores de coagulación o de anomalías de la función plaquetaria o vascular causadas por enfermedades o fármacos.

Las enfermedades renales pueden contribuir a la hemorragia a causa de un déficit funcional plaquetario que se asocia a la lesión renal, además la insuficiencia renal puede aumentar el riesgo por que produce anemia, alteraciones electrolíticas, neuropatía periférica y anomalías en el metabolismo y excreción de los fármacos.

Las alteraciones endocrinas y los efectos sobre órganos diana de la diabetes o de las enfermedades de tiroides, paratiroides, suprarrenales pueden aumentar sustancialmente el riesgo preoperatorio.

Habitualmente interrogamos sobre potenciales enfermedades del sistema músculo esquelético cuando se investigan las enfermedades de la vía aérea y del pulmón pues la artritis influye sobre la capacidad para garantizar una vía aérea adecuada

Con relación a las enfermedades neurológicas en concreto la exploración puede añadir información significativa a las impresiones que uno tiene y reducir las necesidades de algunas preguntas como la presencia de crisis convulsivas, ictus, parálisis, temblor, cefalea, si ha recibido algún trauma con la pérdida del sentido de la alerta, la ingesta de medicamento anticonvulsivante para la ansiedad insomnio.

También deben incluirse puntos generales como si ha recibido atención medica reciente, la presencia de alergias, transfusiones, uso de drogas, riesgo de HIV etc.

En la exploración clínica se requiere de toma de signos vitales la exploración de los pulsos de precordial búsqueda intencional de soplos de 3 y 4 ruidos y agregados, la búsqueda de estertores sibilancias roncus, la observación de la marcha la revisión de los ojos y la presencia de movimientos anormales. En la piel la presencia de ictericia, cianosis, en las uñas los llamados en “ palillo de tambor”, los movimientos del cuello la boca, la buena semiológica y anamnesis encaminada a la búsqueda intencional de patologías o estados patológicos dentro de un orden dentro de la anestesiología nos permite encasillar a nuestros pacientes dentro de diferentes clasificaciones para determinar el real riesgo anestésico y quirúrgico.

El anestesiólogo debe de visitar a todos los pacientes quirúrgicos en su cama el día anterior a su intervención quirúrgica electiva. Durante la visita es necesario valorar por completo al paciente incluyendo antecedentes personales y familiares, intervenciones quirúrgicas y experiencias a la anestesia. Alergias, uso habitual de medicamentos. los hábitos como el alcoholismo, tabaquismo, usan de drogas etc.

Determinar el estado físico mediante una anamnesis y semiología directa debiéndose anotarse en un expediente clínico, con el nombre completo el servicio el padecimiento quirúrgico, la edad, el peso, la complexión física, la nutrición, características faciales, la higiene dental, las vías respiratorias como la cavidad bucal, el tamaño de la lengua, del paladar, la traquea, el timbre de voz, las permeabilidad de las fosas nasales la búsqueda de patologías congénitas o adquiridas (1, 2)

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

Es posible que en la valoración preoperatoria del paciente se requieran ciertos procedimientos de laboratorio que deben de considerarse como pruebas de selección y siempre que se observa un dato positivo deben investigarse y llevarse a cabo exámenes mas detallados. Los exámenes básicos son la biometría hematina completa, los tiempos de protombina y parcial de tromboplastina tiempo de sangrado, cuenta de plaquetas, electrolitos sericos completos química sanguínea (glucosa, urea, creatinina) radiografía de tórax y electrocardiograma estos dos últimos en mayores de 40 años o en patología cardiopulmonar sistémica. Además de grupo sanguíneo y rh.

Pruebas selectivas por indicaciones medicas generales: fosfocinasa de creatinina, células falciformes, prueba de embarazo, serologia para sífilis, antígeno de hepatitis y hiv.

Las pruebas para paciente con compromiso medico especifico como los asmáticos controlados se requiere de valor sanguíneo o serico del broncodilatador además de pruebas de función respiratoria , en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se requiere de pruebas de función pulmonar , radiografía de tórax, gases arteriales , en los diabéticos el valor serico de glucemia , en la terapéutica digital es necesario la determinación serica de digital y un electrocardiograma en el hepatopata en general las pruebas de función hepática hipertensión arterial sistémica se requiere radiografía de tórax electrocardiograma electrolitos sericos , en el infarto de miocardio hiperagudo crónico o angina se requiere de radiografía de tórax , electrocardiograma , prueba de esfuerzo , ecocardiograma , medicina nuclear , cateterismo y la valoración por el cardiólogo . Alteraciones de la tiroides se requiere de valores de T3 y T4 en sangre, trastornos convulsivos, se requiere concentraciones en sangre de fenobarbital u otros fármacos anticonvulsivos, en artritis reumatoide, se necesita radiografía de cervicales.

Algunas pruebas funcionales las podemos realizar en la primera entrevista como la prueba de la respiración sostenida la cual consiste en mantener una inspiración profunda por 40 segundos el que no detiene una inspiración profunda por 30 segundos tendrá unas pruebas de función pulmonar alteradas tiene disminuida la reserva respiratoria y posiblemente tenga un problema cardiopulmonar. La prueba de vasalva y la toma de tensión arterial un incremento de la tensión sistólica y diastólica mas de 40 cmHg el incremento de la frecuencia cardiaca o se puede presentar lo contrario decremento de la frecuencia cardiaca y tensión arterial se puede sospechar grados variables de congestión pulmonar y disfunción cardiaca, insuficiencia cardiaca, insuficiencia ventricular izquierda, estenosis mitral, aortica, o diseña requiere valoración por el cardiólogo, la prueba de tos se le pide que trate o tosa al paciente se determina la capacidad al toser, la fuerza, la eficacia una prueba normal es una respuesta " seca " en estos enfermos no se desarrollaran complicaciones respiratorias importantes e la respuesta de tos " húmeda " productiva o que se continua por si mismo, es un candidato para complicaciones pulmonares.

La finalidad última de la evaluación médica preoperatoria de los pacientes es el reducir la morbilidad de la operación. Esta conducta se basa en descubrir las patologías ocultas que podrían ocasionar problemas durante la operación y después de ella (1, 2,3)

Se presenta un modelo de **HISTORIA CLÍNICA.**
FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE:
EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:
SEXO:
LUGAR DE ORIGEN:
LUGAR DE NACIMIENTO:
ESTADO CIVIL:
ESCOLARIDAD:
OCUPACIÓN:
RELIGIÓN:
GRUPO ÉTNICO Y SOCIAL:
TIPO DE INTERROGATORIO:

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:
CAUSAS Y EDADES DE MORBI MORTALIDAD EN FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

TABAQUISMO.
ALCOHOLISMO.
TOXICOMANÍAS.
EJERCICIO Y DEPORTE.
SEXUALIDAD.
HIGIENE.
HABITACIÓN.
HACINAMIENTO Y PROMISCUIDAD
ESTADO NUTRICIONAL
INMUNIZACIONES
PRÓTESIS

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:

MENARCA
MENSTRUACIÓN
EUMENORREA Y DISMENORREA
FECHA ÚLTIMA DE MENSTRUACIÓN
VIDA SEXUAL ACTIVA
GESTAS
PARAS
ABORTOS

CESÁREAS
LACTANCIA
COMPLICACIONES
CONTRACEPCIÓN
MENOPAUSIA
CITOLOGÍAS

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

CONGÉNITAS
INFANCIA
QUIRÚRGICOS
TRAUMÁTICOS
ALÉRGICOS
TRAS FUSIÓNALES
INTOXICACIONES
ENFERMEDADES
HOSPITALIZACIONES
TERAPÉUTICA EMPLEADA

PADECIMIENTO ACTUAL:

MOTIVO DE LA CONSULTA
SINTOMATOLOGÍA
INICIO
NATURALEZA Y CURSO
EVOLUCIÓN
ESTADO ACTUAL Y TRATAMIENTOS
LISTA DE PROBLEMAS

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

SÍNTOMAS GENERALES

VALORACIÓN PONDERAL
APETITO Y SED
FIEBRE Y ESCALOFRÍOS
DIAFORESIS
ASTENIA Y ADINAMIA
FATIGA Y DEBILIDAD
MALESTAR GENERAL
PRURITO

SENTIDOS:

VISIÓN (AGUDEZA BORROSA DIPLOPÍA)
FOSFENOS
DOLOR OCULAR
FOTOFOBIA
XEROFTALMIA
AMAUROSIS
OTALGIA
OTORREA Y OTORRAGIA HIPOACUSIA Y TINITUS
OLFACCIÓN EPISTAXIS
SECRESION Y SENOS PARANASALES
GUSTO
GARGANTA
FONACIÓN

CARDIOPULMONAR:

DISEÑA
TOS
ESPUTO
HEMOPTISIS
PRECORDAGIA.
PALPITACIONES
SIBILANCIAS.
CIANOSIS
SINCOPE
EDEMA
ORTOSTATISMO.

URINARIO:

DISURIA
ORINA
POLI POLAQUIURIA
NOCTURIA ENURESIS
HEMATURIA
MICCIÓN Y CHORRO
PUJO Y TENESMO
NICTAMERO.
INCONTINENCIA
PROSTATISMO.

GENITAL:

ERECCIÓN
EYACULACION.
LIBIDO
COITO ORGASMO
INFERTILIDAD
MENO-METRRORRAGIA
MAMAS
MASAS
PEZÓN

DIGESTIVO:

HALITOSIS
MASTICACIÓN
DEGLUCIÓN
PIROSIS
AGRURAS
ANOREXIA
NAUSEAS
VOMITO
DOLOR ABDOMINAL
METEORISMO
FLATULENCIA
HABITO INTESTINAL
COSTIPACION.
DIARREA
RECTORRAGIA.
MELENA
DEFECACIÓN
PUJO
TENESMO
ICTERICIA
COLURIA.
ACOLIA

HEMATOLÓGICO:

PALIDEZ
PICA
PETEQUIAS
PURPURA.
EQUIMOSIS
HEMATOMAS
SANGRADO
ADENOMEGALIAS.

ENDOCRINO:

BOCIO
LETARGIA.
BRADIPSQUIA.
BRADILALIA
INTOLERANCIA AL CALOR
INTOLERANCIA AL FRIÓ.
NERVIOSISMO
HIPERQUINESIS.
CARACTERÍSTICAS SEXUALES.
GALACTORREA.
GINECOMASTIA
OBESIDAD
RUBORIZACION.

NERVIOSO:

CEFALEA
CONCIENCIA
SINCOPE
CONVULSIONES
DÉFICIT TRANSITORIO
VÉRTIGO
CONFUSIÓN
OBNUBILACIÓN
VIGILIA
SUEÑO
PARÁLISIS
MARCHA
EQUILIBRIO
SENSIBILIDAD

PSIQUÁTRICO:

PERSONALIDAD
ANSIEDAD
DEPRESIÓN
AFECTIVIDAD
EMOTIVIDAD
AMNESIA
VOLUNTAD
PENSAMIENTO
ATENCIÓN
IDEAS SUICIDAS
DELIRIOS

REUMATOLÓGICO:

GANGLIOS
ULCERAS ORALES
XEROFTALMIA
FOTOSENSIBILIDAD
ARTRALGIAS
MIALGIAS
RAYNAUD

PIEL:

CAMBIOS DE COLORACIÓN
DOLOR
LESIÓN
PRURITO
RASH
PARESTESIA

EXPLORACIÓN FÍSICA:

SIGNOS VITALES:

FRECUENCIA CARDIACA: FRECUENCIA RESPIRATORIA: TEMPERATURA:
PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA: PRESIÓN VENOSA CENTRAL: PRESIÓN
ARTERIAL INVASIVA: PESO: TALLA: OTRAS:

HABITUS EXTERIOR:

SEXO: EDAD APARENTE: CONSCIENTE: ORIENTADO: FASCIES: ACTITUD:
INTEGRIDAD: CONFORMACIÓN: ESTADO NUTRICIONAL: MOVIMIENTOS
ANORMALES: MARCHA: BIOTIPO:

CABEZA:

CRÁNEO (CABELLO, SENOS PARANASALES) OJOS, NARIZ, OÍDO,
BOCA.

PARES CRANEALES:

CUELLO
TÓRAX (INCLUYE RUIDOS CARDIACOS Y RESPIRATORIOS)
ABDOMEN
MIEMBROS TORÁXICOS
MIEMBROS PÉLVICOS
GENITALES

TACTO VAGINAL Y RECTAL
ANO Y RECTO

INTERROGATORIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS
INTERROGATORIO DE SÍNDROMES
DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS Y SINDROMATICOS
EVALUACIÓN E INTEGRACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y DE
GABINETE
INTEGRACIÓN DE DIAGNÓSTICOS RADIOLÓGICOS O POR OTROS ESTUDIOS
INCLUYENDO LOS ANATOMOPATOLÓGICOS OBTENIDOS POR BIOPSIAS CON
LOS CLÍNICOS Y SINDROMATICOS
PLAN DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.
PRONOSTICO.
COMENTARIOS.
(1, 2, 3, 4, 5)

A continuación se mencionaran las clasificaciones mas frecuente con que se cuenta para encasillar a nuestros pacientes para determinar su riesgo y morbimontandar.

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA BASE DE LA INGESTA DE ALCOHOL

1.	ABSTEMIOS.
2.	CONSUMIDORES SOCIALES O CULTURALES.
3.	ALCOHÓLICOS SINTOMÁTICOS.
4.	ALCOHÓLICOS ADICTOS.
5.	ALCOHÓLICOS AVANZADOS.

(6)

CLASIFICACIÓN DE LOS FUMADORES DE TABACO.

1.	NO FUMADOR.
2.	EXFUMADOR.
3.	FUMA DE 1 A 14 g/día.
4.	FUMA DE 15 a 24 g/día.
5.	FUMA MAS DE 24 g/día.

EN ESTA CLASIFICACIÓN 1 g ES UN GRAMO DE TABACO LO QUE EQUIVALE A 1 CIGARRILLO UN TABAQUILLO O UN PURO PEQUEÑO EQUIVALE A 2 g. DE TABACO Y UN PURO NORMAL A 5 g DE TABACO.

(6)

CLASIFICACIÓN DE OBESIDAD.

GRADO DE OBESIDAD	ÍNDICE DE MASA CORPORAL IMC (%)
MODERADA	30 A 35
INTENSA	36 A 40
PATOLÓGICA	40 A 50
MÓRBIDA	MAYOR DE 50

LA OBESIDAD MÓRBIDA INCLUYE LOS SÍNDROMES DE HIPO VENTILACIÓN Y DE PICKWICK.

(6, 7)

CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN

CATEGORÍA	SISTÓLICA (mmhg)	DIASTÓLICA (mmhg)
OPTIMA	<120	<80
NORMAL	<130	<85
ARRIBA DE LO NORMAL	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN: ESTADO I	140-159	90-99
ESTADO II	160-179	100-109
ESTADO III	>189	>110

(8,9)

FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO ANESTÉSICO-QUIRÚRGICO DURANTE UNA VALORACIÓN PREANESTÉSICA A PACIENTES CARDIÓPATAS

1.-	PACIENTES MAL DIGITALIZADOS
2.-	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA RECIENTE (EN EL TRANSCURSO DE 2 MESES)
3.-	GRAVEDAD FUNCIONAL DE LA CARDIOPATÍA
4.-	CARDIOMEGALIA
5.-	FIBRILACIÓN AURICULAR
6.-	ARTERIOSCLEROSIS Y ANGINA
7.-	INFARTO DEL MIOCARDIO EN EL TRANSCURSO DE UN AÑO
8.-	VALVULOPATIA

(6)

INDICACIONES PARA LA VALORACIÓN PULMONAR PREOPERATORIO

HALLAZGOS EN LA HISTORIA CLÍNICA	HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA
ANTECEDENTES DE TABAQUISMO	CIANOSIS
EDAD > DE 60 AÑOS	TAQUIPNEA
SÍNTOMAS PULMONARES	ANOMALÍAS
AFECCIÓN PULMONAR CONOCIDA	SIBILANCIAS
PESO CORPORAL > DEL 20% DE LA IDEAL	ESPIRACIÓN FORZADA
OPERACIÓN TORÁCICA PROGRAMADA	DEBILIDAD
OPERACIÓN EN ABDOMEN ALTO PROGRAMADA	DISMINUCIÓN DEL ESTADO MENTAL

(6)

CLASIFICACIÓN DE EL ASA (SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGOS)

CLASE	DESCRIPCIÓN
I	SUJETO NORMAL CON PROCESO LOCALIZADO SIN AFECCIÓN
II	PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTÉMICA LEVE
III	PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTÉMICA GRAVE NO INCAPACITANTE
IV	PACIENTE CON ENFERMEDAD GRAVE INCAPACITANTE LA QUE CONSTITUYE ADEMÁS UNA AMENAZA PARA LA VIDA
V	ENFERMO MORIBUNDO CUYA EXPECTATIVANO EXCEDE DE LAS 24 HORAS DE HAGA

INDICE DE MORTALIDAD RELACIONADO CON LA CLASIFICACIÓN ASA

CLASE	INDICE DE MORTALIDAD
I	.06 - .08 %
II	.27 - .4 %
III	1.8 - 4.3 %
IV	7.8 - 23.0
V	9.4 - 51.0 %

(7 , 10 , 11 , 12 , 13 , 14 ,)

**SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL JONHONS HOPKINS SURGICAL O
VALORACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO**

CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS
I	-PACIENTE CON RIESGO INDEPENDIENTE DE LA ANESTESIA - PROCEDIMIENTO MINIMAMENTE INVASIVO CON PEQUEÑA O NULA PERDIDA DE SANGRE -BIOPSIA VASECTOMÍA CIRCUNCISIÓN
II	-PROCEDIMIENTO DE MINIMO A MODERADAMENTE INVASIVO -PERDIDA DE SANGRE MENOR DE 500 ML - PACIENTE CON RIESGO MODERADO INDEPENDIENTE DE LA ANESTESIA -HERNIA INGUINAL HERNIA UMBILICAL AMIGDALECTOMIA SEPTO PLASTIA Y RINOPLASTIA
III	- PROCEDIMIENTO DE MODERADO A SIGNIFICATIVAMENTE INVASIVO -POTENCIALMENTE PERDIDA DE SANGRE DE 500 A 1500 ML - PACIENTE CON RIESGO MODERADO INDEPENDIENTE DE LA ANESTESIA -TIROIDECTOMÍA HISTERECTOMÍA COLECISTECTOMIA
IV	- PROCEDIMIENTO ALTAMENTE INVASIVO - GRAVE PERDIDA SANGUÍNEA CON MAS DE 1500 ML - RECONSTRUCCIÓN MAYOR DE TUBO DIGESTIVO - REPARACIÓN VASCULAR MAYOR POSTOPERADO DE UCI
V	- PROCEDIMIENTO ALTAMENTE INVASIVO - PERDIDA SANGUÍNEA MAYOR A 1500 ML - PACIENTE CON RIESGO CRITICO INDEPENDIENTE DE LA ANESTESIA - PROCEDIMIENTOS INTRACRANEALES

(7 , 10)

RIESGO TROMBO EMBOLICO

1 PUNTO	PO R	<ul style="list-style-type: none"> - SEXO FEMENINO - PACIENTE , MAYOR O IGUAL A 50 AÑOS - SOBRE PESO MAYOR O IGUAL AL 20% - CARDIOPATÍA - NEUROPATÍA - DIABETES MELLITUS - TRATAMIENTO CON ESTRÓGENOS - TRATAMIENTO CON PROGESTAGENOS - REPOSO PROLONGADO - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MENOR DE 3 hrs.
5 PUNTOS	PO R	<ul style="list-style-type: none"> - CRECIMIENTO CARDIACO - FIBRILACIÓN AURICULAR - ARTERITIS - FLEBITIS - VARICES EN MIEMBROS INFERIORES - ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - TROMBO EMBOLIA PULMONAR PREVIA - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE 3 hrs. O MÁS
15 PUNTOS	PO R	<ul style="list-style-type: none"> - ¿LAPAROTOMÍA EXPLORADORA? - CIRUGÍA DE CADERA - CIRUGÍA DE FÉMUR - CIRUGÍA DE PRÓSTATA

MÍNIMO I	5	PUNTOS
MODERADO II	5 A 14	PUNTOS
ELEVADO III	15	PUNTOS

(14 , 15)

SAPS (SIMPLIFIED ACUTE PHYSIOLOGY SCORE)

VARIABLES	4	3	2	1	0
EDAD	-	-	-	-	<45
FRECUENCIA CARDIACA	<180	140-179	110-139	-	70-109
PRESIÓN SISTÓLICA (mmhg)	>190	-	150-189	-	80-149
TEMPERATURA RECTAL (GRADOS CENTÍGRADOS)	>41	39-40.9	-	38.5-38.9	36-38.4
FREC. RESPIRATORIA POR MINUTO	>50	35-49	-	25-34	12-24
VENTILACIÓN MECÁNICA (CPAB)	-	-	>5	3.5-4.9	0.7-3.49
DIURESIS L/24 HRS.	-	>5	3.5-5	0.7-3.4	-
BUN mg/dl	>146	96.1-146	77.4-95.7	20-77.1	9.34-19.75
HEMATOCRITO	>60	-	50-59.9	46-49.9	30-45.9
CÉLULAS BLANCAS (10 AL CUBO /mm CUADRADO)	>40	-	20-39.9	15-19.9	5-14.9
GLUCOSA mg/dl	>807	505-807	-	254-503.6	70.9-252
POTASIO SERICO	>7	6-6.9	-	5.5-5.9	3.5-5.4
SODIO SERICO	>180	161-179	156-160	151-155	130-150
BICARBONATO	-	>40	-	30-39.9	20-29.9
GLASGOW	-	-	-	-	13-15
CIRUGÍAS	-	-	-	-	-

VARIABLES	1	2	3	4
EDAD	44-55	56-65	66-75	>75
FRECUENCIA CARDIACA	-	55-69	40-54	<40
PRESIÓN SISTÓLICA (mmhg)	-	55-79	-	<55
TEMPERATURA RECTAL (GRADOS CENTÍGRADOS)	34-35.9	32.33.9	30-31.9	<30
FREC. RESPIRATORIA POR MINUTO	10-11	6-9	-	<6
VENTILACIÓN MECÁNICA (CPAB)	-	.5-0.69	0.2-0.5	<5
DIURESIS L/24 HRS.	0.5-0.69	0.2-0.5	<5	-
BUN mg/dl	<9.34	-	-	-
HEMATOCRITO	-	20-29.9	-	<20
CÉLULAS BLANCAS (10 AL CUBO /mm CUADRADO)	-	1-2.9	-	<1
GLUCOSA mg/dl	-	50.9-69	29-49	<29
POTASIO SERICO	3-3.4	2.5-2.9	-	<2.5
SODIO SERICO	-	120-129	110-119	<110
BICARBONATO	10-19.9	-	5-9.9	<5
GLASGOW	10-12	7-9	4-6	3
CIRUGÍAS	ESC. LOC	GEN	RAD	TORAX.ABD

(16)

SAPS (SIMPLIFIED ACUTE PHYSIOLOGY SCORE) Y EL RANGO DE MORTALIDAD

PUNTOS	RANGO DE MORTALIDAD
4	
5-6	10.7 mas menos 4.1
7-8	13.3 3.9
9-10	19.4 7.8
11-12	24.5 4.1
13-14	30.0 5.5
15-16	32.1 5.1
17-18	44.2 7.6
19-20	50.0 9.4
> 0-21	81.1 5.4

(16)

INDICE DE SEVERIDAD DEL TRAUMA GRAVE

PARÁMETRO	VALOR	PUNTOS
ESCALA DE GLASGOW		0 A 5
FRECUENCIA RESPIRATORIA	10-24 24-35 36 1-9 APNEA	4 2 36 1 0
EXPANSIÓN RESPIRATORIA	NORMAL	1
RETRACCIÓN (USOS DE MUSCULOS ACCESORIOS)		0
PRESIÓN SISTÓLICA	<90 mmHg 70-89 mmHg 50-69 mmHg 0-49 mmHg SIN TA	4 3 2 1 0
LLENADO CAPILAR	NORMAL > 2 SEGUNDOS SIN LLENADO	2 1 0

(14)

ESCALAS DE ACUERDO AL PUNTAJE OBTENIDO Y PORCENTAJE DE MORTALIDAD

ESCALA	PUNTOS	MORTALIDAD
V	14 A 16	1 %
IV	11 A 13	7 %
III	8 A 10	40 %
II	5 A 7	85 A 97 %
I	3 A 4	98 A 100 %

(14)

MALLAMPATI

CLASE	ESTRUCTURAS
I	* PILARES Y UVULA VISIBLES
II	*PALADAR BLANDO Y UVULA RELATIVAMENTE VISIBLES PORQUE OCULTA POR LA BASE DE LA LENGUA
III	* PALADAR BLANDO Y BASE DE LA UVULA VISIBLE
IV	* PALADAR BLANDO NO VISIBLE

(7, 10, 11, 12, 17, 18)

PATIL-ALDRETI

A	DISTANCIA TIRO-MENTONIANA > DE 6.5 cm.	SIN PROBLEMAS PARA INTUBAR.
B	DISTANCIA TIRO-MENTONIANA DE 6.5 A 6.0 cm	LARINGOSCOPIA O INTUBACIÓN DIFÍCIL.PERO NO IMPOSIBLE
C	DISTANCIA TIRO-MENTONIANA < DE 6,0 cm	IMPOSIBLE

(7, 10, 11, 12, 17, 18)

CORMACK AND LEHANE

GRADO	CARACTERÍSTICAS (ESTRUCTURAS OBSERVADAS)
I	* APERTURA GLÓTICA EXPUESTA (SIN DIFICULTAD A INTUBACIÓN)
II	* SOLAMENTE SE OBSERVA LA COMISURA POSTERIOR DE LA GLOTIS EXPUESTA
III	NO HAY EXPOSICIÓN DE LA GLOTIS (DIFICULTAD SEVERA PARA LA INTUBACIÓN)
IV.	NO HAY EXPOSICIÓN DE LA GLOTIS NI SE OBSERVAN LOS CARTÍLAGOS CORNICULADOS INTUBACIÓN IMPOSIBLE SOLO POR MÉTODOS ESPECIALES.)

(7, 10, 11, 17, 18)

CLASIFICACIÓN DE BELL—HOUSE CP DORE C

ESTA CLASIFICACIÓN SIRVE PARA VALORAR LA MOVILIDAD CERVICAL O MOVIMIENTO ATLANTOOCIPITAL

ESTADIO	MOVILIDAD EN GRADOS DE ANGULACIÓN
1	MOVIMIENTOS DE 35 GRADOS
2	MOVIMIENTO DE 2/3 23.3 GRADOS
3	MOVIMIENTO DE 1/3 O 11.6 GRADOS
4	NO HAY MOVIMIENTO

(17, 42)

VALORACIÓN DEL ÁNGULO MANDIBULAR

ESTA VALORACIÓN NOS DA TAMBIÉN UNA DE LA CLASE DE INTUBACIÓN QUE VAMOS A TENER

ÁNGULO	TIPO DE INTUBACIÓN
< DE 90 GRADOS	INTUBACIÓN FÁCIL
DE 90 A 105 GRADOS	INTUBACIÓN DIFÍCIL

(18)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

PARÁMETRO	RESPUESTA	PUNTACIÓN
APERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	AL ESTÍMULO VERBAL	3
	AL ESTÍMULO DOLOROSO	2
	SIN RESPUESTA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	INCOMPRESIBLE	2
	SIN RESPUESTA	1
RESPUESTA MOTORA	OBEDECE ORDENES	6
	LOCALIZA DOLOR	5
	RETIRA AL DOLOR	4
	FLEXIÓN AL DOLOR	3
	EXCITACIÓN AL DOLOR	2
	SIN RESPUESTA	1

GRAVE 3 A 8 PUNTOS
 MODERADO 9 A 12 PUNTOS
 MENOR 13 A 15 PUNTOS
 (14 , 19)

CLASIFICACIÓN DE FISHER

GRADOS	RESULTADOS DE EL TAC
1	NO SE DETECTA SANGRE
2	HEMORRAGIA DIFUSA O CAPAS VERTICALES DE MENOS DE 1 mm DE GROSOR
3	SE OBSERVAN CAPAS VERTICALES DE SANGRE DE MAS DE 1 mm DE GROSOR
4	SE OBSERVA LA HEMORRAGIA PARENQUIMATOSA O INTRAVENTRICULAR Y PUEDE O NO HABER HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DIFUSA

(14 , 16)

CLASIFICACIÓN DE HUNT-HESS

GRADO	DESCRIPCIÓN
0	* ANEURISMA NO ROTO
1	* ASINTOMÁTICO LIGERA CEFALEA Y POCA RIGIDEZ DE NUCA
1 ^a	* NO HAY REACCIÓN MENÍNGEA AGUDA PERO SI HAY DÉFICIT NEUROLÓGICO
2	PARÁLISIS DE UN NERVIIO CRANEAL GENERALMENTE EL III Y EL IV HAY CEFALEA MODERADA O SEVERA Y RIGIDEZ DE NUCA
3	* HAY DÉFICIT FOCAL, LEVE LETARGIA Y CONFUSIÓN
4	* HAY ESTUPOR HEMIPARESIA MODERADA O SEVERA Y DATOS DE RIGIDEZ DE NUCA Y DESCEREBRACIÓN TEMPRANA
5	* HAY COMA PROFUNDO RIGIDEZ DE DESCEREBRAACIÓN. HAY APARENCIA DE MORIBUNDO. EN ESTE PUNTO SE DEBE AÑADIR 1 GRADO CUANDO HAY ENFERMEDAD SISTÉMICA GRAVE: HIPERTENSIÓN, DIABETES MELLITUS, ATEROESCLEROSIS, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, ETC. EN ESTOS CASOS GENERALMENTE SE OBSERVA SEVERO VASOESPASMO EN LA ARTERIOGRAFÍA

(14 , 16)

RIESGO DE MORTALIDAD CON LA ESCALA HUNT-HESS

GRADO	RIESGO
1	0 – 5 %
2	2 – 10 %
3	10 – 15 %
4	60 – 70 %
5	70 – 100 %

(14 , 16)

ESCALA DE HUNT-HESS RELACIONADA CON EL RIESGO DE SANGRADO Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEL PACIENTE BASADO EN LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

GRADO	RIESGO DE SANGRADO	DÉFICIT NEUROLÓGICO	GLASGOW
0	-	-	-
1	22 %	AUSENTE	15 P
2	33 %	AUSENTE	13 A 14 P
3	52 %	PRESENTE	13 A 14 P
4	53 %	PRESENTE O AUSENTE	7 A 12 P
5	> DEL 74 %	PRESENTE O AUSENTE	3 A 6 P

(14 , 16)

CLASIFICACIÓN DE BECKER GADE

GRADO DE TCE	CARACTERÍSTICAS
I	HAY PERDIDA TRANSITORIA DE LA CONCIENCIA. ACTUALMENTE ALERTA ORIENTADO SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO PUEDE HABER CEFALEA NAUSEAS Y VOMITO
II	EL ESTADO DE CONCIENCIA SE ENCUENTRA ALTERADO SIN EMBARGO SIGUE ORDENES SENCILLAS, PUEDE ESTAR ALERTA Y HAY DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL
III	EL PACIENTE SE ENCUENTRA IMPOSIBILITADO PARA SEGUIR ORDENES POR ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA O USA PALABRAS INAPROPIADAS. LA RESPUESTA MOTORA VARIA DESDE LA LOCALIZACIÓN DEL DOLOR LA DECORTICACIÓN, LA DESCEREBRACIÓN O NINGUNA
IV	NO HAY EVIDENCIA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL. POR LO TANTO HAY MUERTE CEREBRAL

(16)

CLASIFICACIÓN FUNCIONALES DE LOS PACIENTES DESDE EL PUNTO DE VISTA CARDIOCIRCULATORIO DEE ACUERDO CON LA NEW YORK HERAT ASSOCIATION (NYHA) Y SU CORRELACIÓN CON LA APARICION DE INSUFICIENCIA CARDIACA O EDEMA PULMONAR EN EL POSTOPERATORIO EN PORCENTAJES

CLASE	CRITERIOS	EDEMA PULMONAR%	INSUFICIENCIA CARDIACA
I	SIN LIMITACIÓN LA ACTIVIDAD FÍSICA NORMAL NO CAUSA FATIGA DISEÑA O PALPITACIONES INDEBIDAS (ENF. CARDIACA ASINTOMÁTICO)	3	5
II	LIMITACIÓN LIGERA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA ESTOS PACIENTES ESTAN COMODOS EN REPOSO. LA ACTIVIDAD FÍSICA USUAL CAUSA FATIGA PALPITACIONES DISEÑA O ANGUINA (ASINTOMÁTICO EN REPOSO /SINTOMATICO)	7	7
III	LIMITACIÓN NOTABLE DE LA ACTIVIDAD FÍSICA AUNQUE LOS PACIENTES ESTÁN COMODOS EN REPOSO UNA ACTIVIDAD MENOR DE LA USUAL ORIGINAARÁ SÍNTOMAS (ASINTOMÁTICO EN REPOSO / CON SÍNTOMAS CON ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMA)	6	18
IV	INCAPACIDAD PARA LLEVAR A CABO CUALQUIERA ACTIVIDAD FÍSICA SIN MOLESTIAS. PRESENCIA DE SÍNTOMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA INCLUSO EN EL REPOSO. CON CUALQUIER ACATIVIDAD FÍSICA AUMENTAN LAS MOLESTIAS (SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA EN REPOSO)	25	31

(1 , 7 , 19 , 11 , 12 , 14 , 15)

**CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA FUNCIÓN DEL MIOCARDIO
(KILLP – KIMBAL) O CLASIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN CARDIACA**

CLASE	CRITERIO
I	SIN FALLAS CARDIACA O SIGNOS CLÍNICOS DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA. NO HAY ESTERTORES NI GALOPE
II	FALLA CARDIACA CON MAS DEL 50% ESTERTORES PULMONARES. GALOPE O HIPERTENSIÓN VENOSA
III	FALLA CARDIACA SEVERA CON EDEMA PULMONAR
IV	CHOQUE CARDIOGÉNICO

(1 , 14)

CAUSAS DE ALTERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA

TAQUICARDIA	BRADICARDIA
DOLOR	ESTADO PREVIO
SOBRECARGA DE VOLUMEN	BLOQUEO B
HIPOVOLEMIA	SOBREDOSIS DE OPIACEOS
EFFECTOS DE FÁRMACOS	BLOQUEO CARDIACO
HIPERtermIA	TONO VAGAL AUMENTADO
ALTERACIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL	HIPOXEMIA SECUNDARIO
HIPOXIA	HIPOTERMIA
HIPERCAPNIA	LESIÓN DEL TRONCO CEREBRAL

(1 , 7 , 10 , 12 , 14 , 15)

PARÁMETROS PARA VALORAR LA FUNCIÓN CARDIACA

FRECUENCIA CARDIACA
PRESIÓN ARTERIAL
PRESIÓN VENOSA CENTRAL
PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR
PRESIÓN CAPILAR PULMONAR ENCLAVADA
GASTO CARDIACO
INDICE CARDIACO

(1 , 7 , 10 , 12 , 14 , 15)

CLASIFICACIÓN TOPOGRAFÍA DEL INFARTO AL MIOCARDIO

APICAL	ONDA Q EN V2 Y V3 SEGMENTO ST ELEVADO EN DIII Y AVF
ANTEROSEPTAL	ONDA Q EN V1 Y V2
ANTERIOR	ONDAS Q O COMPOLEJOS QS DE V1 V6
ANTERO-LATERAL	ONDAS Q EN V4 A V6 D1 Y AVL
PARED-LATERAL	ONDAS Q EN D1 AVL
POSTERO INFERIOR	OONDAS Q EN DII DIII Y AVL. ONDAS R ALTA EN D1 Y AVL
PARED POSTERIOR	R / S MAYOR A 1.0 EN V1 Y V2 ONDA Q EN V6

(14 , 20)

**VALORACIÓN CARDIOLÓGICO DE GOLDMAN O
INDICE MULTIFACTORIAL DE RIESGO CARDIACO**

FACTOR	PUNTOS
RITMO DE GALOPE O DISTENSIÓN YUGULAR EN EL PREOPERATORIO	11
INFARTO AL MIOCARDIO EN LOS ULTIMOS 6 MESES	10
RITMO DIFERENTE AL SINUSAL O EXTRASISTOLES AURICULARES EN EL ECG PREOPERATORIO	7
MAS DE 5 EXTRASISTOLES VENTRICULARES POR MINUTO REGISTRADAS EN CUALQUIER MOMENTO PREVIO A LA CIRUGÍA	7
EDAD MAYOR A 70 AÑOS	5
CIRUGÍA DE EMERGENCIA	4
CIRUGÍA INTRAPERITONEAL INTRATORACICA O AORTICA	3
ESTENOSIS VALVULAR AORTICA IMPORTANTE	3
POBRE ESTADO GENERAL	3

SE DEFINE COMO POBRE ESTADO GENERAL CUANDO EXISTEN ESTOS FACTORES:

	< DE 60
P a O ₂	
K	< DE 3 m Eq / lt
UREA	> DE 50 m Eq / lt
P c O ₂	> DE 50
HCO ₃	< DE 30 m Eq / lt
CREATININA	> DE 3 m Eq / lt
TRANSAMINASAS ELEVADAS	
SIGNO DE ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA	
PACIENTE QUE PERMANECE EN CAMA POR CAUSAS NO CARDIACAS	

TOTAL 53 PUNTOS

EN ESTA VALORACIÓN DE ACUERDO AL NÚMERO DE PUNTOS HAY 4 CATEGORÍAS O NIVELES.

CATEGORÍAS	NIVEL		COMPLIC.(%)	MORTALIDAD (%)
1	I	DE 0 A 5 PUNTOS	0.7	0.2
2	II	DE 6 A 12 PUNTOS	5	2
3	III	DE 13 A 25 PUNTOS	11	2
4	IV	DE 25 A 53 PUNTOS	22	56

DE LOS 53 PUNTOS SOLO 28 SON CLÍNICAMENTE CONTROLABLES TERAPÉUTICAMENTE Y CUANDO EL PACIENTE CAR DENTRO DE LA CATEGORÍA 4 SOLO SE HACE CIRUGÍA SI ES LA ÚNICA OPORTUNIDAD PARA EL PACIENTE.

(7 , 10 , 11 , 11 , 12 , 14 , 15 , 16 , 23)

**CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE CHOQUE
PARÁMETROS**

	GRADOS			
PÉRDIDAS SANGUÍNEAS (L.)	0.75	1 A 1.5	1.5 A 1.8	2 A 2.5
FRECUENCIA CARDIACA	72-84	>100	>120	>140
TA	118/82	110/80	70-90/50-60	50 DIAST
FRECUENCIA RESPIRATORIA	14-20	20-30	30-40	35
GASTO URINARIO (ml)	30-35	25-30	5-15	NULO
ESTADO MENTAL	ANSIOSO, MUY ANSIOSO, CONFUSO, LETARGO			
REEMPLAZO DE LÍQUIDOS	CRISTALOIDES CRISTALOIDES + SANGRE			

(14)

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS CON RELACIÓN AL NIVEL DE POTASIO POTASIO SÉRICO (m E q/l)

	CAMBIOS DEL ELECTROCARDIOGRAMA
< 2.5	* APARECE LA ONDA U DEPRESIÓN DEL SEGMENTO ST
2.5-3.5	* APLANAMIENTO DE LA ONDA T
5.5-7.5	* NORMAL
7.5-9	* ONDAS P PLANAS Y ENSANCHADAS INTERVALO PR. PROLONGADO INTERVALO QRS ANCHO
9-10	*ONDA P NO VISIBLE COMPLEJO QRS ANCHO ONDA T. PLANA TAQUICARDIA VENTRICULAR
> DE 10	PARO CARDIACO

(14)

CRITERIOS DE EAGLE PARA CIRUGÍA VASCULAR

CRITERIOS	HISTORIA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
	EDAD DE > DE 70 AÑOS
	ENFERMEDAD CARDIACA CONGESTIVA
	DIABETES MELLITUS
	ANGINA U ONDAS Q EN EL E C G

DE ACUERDO AL MUNDO DE CRITERIOS SE VALORA EL RIESGO EN:

**NULO
BAJO
MEDIO
ALTO**

CRITERIOS	EXAMEN ADICIONAL SOLICITADO
0	* NO SE SOLICITAN EXÁMENES ADICIONALES
1	* ECO TRANSTORÁCCICO
2 o 3	* PRUEBA DE ESTRÉS CON DOBUTAMINA
4 o 5	* EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DE REVASCULARIZACIÓN POR

(15)

VALORACIÓN DE ACUERDO A LA GRACCIÓN DE EYECCIÓN

FRACCIÓN DE EYECCIÓN	HALLAZGOS EN EL PACIENTE
> DEL 60 %	CORAZÓN SANO
40 a 50%	SIN ESTRÉS = NO HAY DATOS CLÍNICOS CON ESTRPES = HAY ANGOR
30 a 40%	ANGOR EN REPOSO Y ROBO CORONARIO

(15)

COMBINACIONES DE CIFRAS DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL Y PRESIÓN EN CUÑA

PVC	PRESIÓN EN CUÑA	DIAGNÓSTICO
ALTA	NORMAL	* HIPERTENSIÓN PULMONAR (PROBABLE TROMBOEMBOLIA PULMONAR)
BAJA O NORMAL	NORMAL O BAJA	* HIPOVOLEMIA
NORMAL	ALTA	* FALLA DE VENTRÍCULO IZQ.
ALTA	ALTA	FALLA DE AMBOS VENTRÍCULOS

(14)

PARÁMETROS PARA VALORAR LA FUNCIÓN RESPIRATORIA

- * AUSCULTACIÓN
- * FRECUENCIA RESPIRATORIA
- * PATRÓN RESPIRATORIO
- * VOLUMEN CORRIENTE
- * CAPACIDAD VITAL
- * PRESIÓN INSPIRATORIA NEGATIVA
- * PCO2 ARTERIAL
- * PO2 ARTERIAL

(1 , 11 , 12)

ÍNDICE DE SEVERIDAD DEL DAÑO PULMONAR

PARÁMETRO	VALOR	PUNTAJE
<ul style="list-style-type: none"> • RADIOGRAFÍA DE TORAX NORMAL • CONSOLIDACIÓN ALVEOLAR 		0
	1 CUADRANTE	1
	2 CUADRANTES	2
	3 CUADRANTES	3
	TOTAL	4
RELACIÓN DE KIRBY (P a O ₂ /FIO ₂)	<300	0
	225-299	1
	175-224	2
	100-174	3
	>100	4
* DISTENSIBILIDAD EN VENTILADOR (COMPLIANCE)	>80 ml/cm H ₂ O	0
	60-79	1
	40-59	2
	20-39	3
	<19	4
* NIVEL DE PEEP	< 5 cm H ₂ O	0
	6-8	1
	9-11	2
	>11	3

EL VALOR FINAL SE OBTIENE DIVIDIENDO EL NÚMERO DE COMPONENTES Y SE CLASIFICA EN:

FALTA DE LESIÓN PULMONAR = 0

LESIÓN PULMONAR DE LEVE A MODERADA = 0.1 a 2.5

LESIÓN PULMONAR SEVERA (SIRPA) = > a 2.5

(14)

CLASIFICACIÓN DE CHILD-PLUGH
ESTA CLASIFICACIÓN VALORA EL RIESGO QUIRÚRGICO EN PACIENTES
CON DAÑO HEPÁTICO

PARÁMETRO	PUNTOS	1	2	3
BILIRRUBINAS SÉRICA		1 a 2	2 a 3	> de 3
ALBÚMINA		> de 3 a 5	2.8 a 3.5	< de 2.8
ASCITIS		no	LEVE	SI
ENCELOPATÍA HEPÁTICA		no	1 a 2	3 a 4
TIEMPOS PROLONGADA (TP)		> 1 a 4 seg.	> de 4 a 6 seg.	> de 6 seg.

EN BASE A LOS PUNTOS OBTENIDOS EL RIESGO QUIRÚRGICO SE CLASIFICA EN A B y C y CON ESTO SE ESTABLECE UN % DE MORTALIDAD

A = BAJO 5 a 6 PUNTOS % DE MORTALIDAD A = > 1%
 B = MODERADO 7 a 9 PUNTOS % DE MORTALIDAD B = 15.20%
 C = ALTO 10 a 15 PUNTOS % DE MORTALIDAD C = >50%

(7 , 19 , 12 , 14)

GRADO DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

GRADO	CONCIENCIA	PERSONALIDAD O INTELLECTO	ALTERACIÓN MUSCULAR
0	NORMAL	NORMAL	NORMAL
I (LEVE)	HIPERSOMNIA INSOMNIO	EUFORIA DEPRESIÓN ATENCIÓN REDUCIDA	TEMBLOR ESCRITURA ALTERADA
II (MODERADA)	INVERSIÓN SUEÑO- VIGILIA RESPUESTA LENTA Y LETARGO	CONDUCTA INDADECUADA ATAXIA Y AMNESIA	ASTERIXIS HABLA FARFULLANTE REFLEJOS BAJOS
III (GRAVE)	SOMNOLENCIA CONFUSIÓN SEMI- ESTUPOR (SOPOR)	AMNESIA PARANOIA COLERA INCAPACIDAD DE CÁLCULO	REFLEJOS HIPERACTIVOS NISTAGMO MIOCLONUS Y RIGIDEZ
IV	ESTUPOR O COMA	PÉRDIDA DE LA AUTOPERCEPCIÓN	PUPILAS DILATADAS Y OPISTOTONOS

(14)

CRITERIOS DE RANSON

ESTOS CRITERIOS VALORAN LA GRAVEDAD DE LA PANCREATITIS ALCOHOLICA Y NO ALCOHOLICA

AL INGRESO

(ALCOHOLICA)

- 1- MAYOR DE 55 AÑOS
- 2- LEUCOCITOS MAYOR DE 1600/ml
- 3- GLUCEMIA MAYOR DE 200 mg/d
- 4.- LDH SERICA MAYOR DE 350 UI/L
- 5.- AST o TGO MAYOR DE 250 U / I

CRITERIOS DESPUÉS O DENTRO DE LAS 48 HRS SIGUIENTES QUE PRONOSTICAN EMPEORAMIENTO

- 1.- CAÍDA DEL HEMATOCRITO MAYOR DE 10%
- 2.- AUMENTO DEL BUN MAYOR DE 5 mg/dl
- 3.- PO2 ARTERIAL MENOR DE 60 mm Hg
- 4.- DEFICIT DE BASE MAYOR DE 8 4 m E q / l
- 5.- CALCIO SERICO MENOR DE 8 mg/dl
- 6.- SECUESTRO ESTIMADO DEL LÍQUIDO MAYOR DE 6 lts.

DURANTE LAS 48 HRS

(NO ALCOHOLICAS)

- 1.- LEUCOCITOS > 15 000/mm³
- 2.- HIPERGLICEMIA > 180 mg/dl
- 3.- BUN > 45 mg/dl
- 4.- PaO₂ < 60 TORR
- 5.- CALCIO < 8.0 mg / dl
- 6.- ALBUMINEMIA SERICA < 3.2 g /dl
- 8.- TGO o TGP > 200 U/L

(14 , 21)

RELACION ENTRE LA TASA DE MORBI-MORTALIDAD Y ÉL NUMERO DE CRITERIOS DE RANSON

NUMERO DE CRITERIOS	TASA DE MORBI-MORTALIDAD
0 - 2	1 %
3 - 4	16 %
5 - 6	40 %
7 - 8	1000 %
(14, 21)	

ESCALA DE KARNOFSKY

VALORA EL ESTADO FUNCIONAL EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO

ESCALA EN PUNTOS

SIGNIFICADO

- | | |
|-----|---|
| 100 | NORMAL NO HAY QUEJAS NO HAY EVIDENCIA DE ENFERMEDAD |
| 90 | CAPACES DE LLEVAR UNA VIDA NORMAL LOS SÍNTOMAS SON MENORES |
| 80 | ACTIVIDAD NORMAL CON ESFUERZOS HJAY ALGUNOS SÍNTOMAS |
| 70 | SE CUIDA ASI MISMO INCAPAZ DE LLEVAR UNA VIDA NORMAL |
| 60 | REQUIERE ASISTENCIA OCASIONAL |
| 50 | REQUIERE ASISTENCIA CONSIDERABLE Y CUIDADO FRECUENTE |
| 40 | DISCAPACITADO REQUIERE CUIDADO ESPECIAL Y ASISTENCIA |
| 30 | SEVERAMENTE DISCAPACITADO HOSPITALIZADO NO HAY MUERTE INMINENTE |
| 20 | MUY ENFERMO REQUIERE CUIDADOS DE SOPORTE ACTIVO |
| 10 | MORIBUNDO PROCESO FATAL QUE PROGRESA RAPIDAMENTE |
| 0 | MUERTO |
- (60)

JUSTIFICACION

La evaluación medica preoperatoria es de gran importancia en la practica medica del Anestesiólogo, además se puede determinar eventos mórbidos previos durante y después del acto anestésicos y poder evaluar y atender en forma mas integra al paciente.

Por medio de evaluación clínica con una buena semiológica y aprovechando las múltiples clasificaciones de valoración preanestésica se puede determinar eventos mórbidos que pueden presentarse durante el acto anestésicos y evitar complicaciones graves que pone el riesgo la vida del paciente, además se puede prever el método mas adecuado y la técnica anestésica más adecuada para la edad el sexo las patologías no quirúrgicas y quirúrgicas del paciente.

El presente trabajo es determinar el número de valoraciones pre anestésicas que se realizaron en determinado tiempo en el área de **CIRUGÍA GENERAL** ya que en las diferentes especialidades quirúrgicas hay una valoración específica para cada servicio en específico.

También es determinar por sexo, grupo de edad, patologías pre existentes no quirúrgicas y quirúrgicas que pueden modificar el riesgo pre anestésico establecido previamente al acto quirúrgico durante la valoración pre anestésica.

También se pretende mencionar las patologías pre existentes las patologías quirúrgicas y las múltiples clasificaciones mas ocupadas durante la valoración pre anestésica.

También es determinar si la valoración pre anestésico realizada por **LA CLINICA DE VALORACIÓN MEDICA PRE ANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO** es igual a la realizada por el Anestesiólogo que intervino en el acto anestésico quirúrgico y si se presentaron incidentes o accidentes durante el acto anestésico quirúrgico.

No se pretende con el trabajo presente el evaluar a la **CLINICA DE VALORACIÓN MEDICA PRE ANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO** o la valoración realizada por el **ANESTESIOLOGO** que participo en el acto anestésico quirúrgico si no el determinar que patologías pre existente pueden determinar mas en el acto anestésico incrementar la morbi mortalidad de los pacientes.

También se pretende que el medico residente de Anestesiología del curso de pos grado del **HOSPITAL GENERAL DE MEXICO** tenga mayor información al respecto y pueda en el futuro brindar mayor beneficios al paciente, poder plantear mejor el método anestésico más adecuado dependiendo de las patologías pre existente que afectan al paciente y la patología quirúrgica.

HIPOTESIS

- 1.-Si al utilizar mas clasificaciones o criterios en la visita medica en la **CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO** la presencia de incidentes o accidentes durante el acto anestésico-quirúrgico NO se presentaran.
- 2.-Si la valoración pre anestésica realizada por la **CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO** es igual a la realizada por el **ANESTESIOLOGO** de turno de los quirófanos centrales **DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO** que intervino en el acto anestésico quirúrgico o es más amplia la realizada por el **ANESTESIOLOGO** en turno que intervino en el acto anestésico quirúrgico.
3. -Si se presentan incidentes o accidentes durante el acto anestésico quirúrgico es por que NO se realizo una amplia valoración preanestesica por la **CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO** o por la valoración pre anestésica realizada por el **ANESTESIOLOGO** en turno que participo en el acto anestésico quirúrgico.

OBJETIVOS

PRIMARIOS

1. -Determinar el número de valoraciones preanestésicas realizadas por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA en los QUIRÓFANOS CENTRALES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL , GASTROENTEROLOGÍA , ORTOPEDIA y UROLOGÍA en los últimos doce meses.
2. -Determinar el número de cancelaciones de actos quirúrgicos por parte de la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO y si es posible la causa.
3. -Enumerar las más frecuentes clasificaciones y criterios utilizadas en la valoración preanestésica por parte de la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.
4. -Mencionar cual es la patología o patologías quirúrgicas más frecuentes en los servicios de CIRUGÍA GENERAL ,GASTROENTEROLOGÍA , ORTOPEDIA y UROLOGÍA que se someterán al acto quirúrgico y que serán valoradas por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA EN LOS QUIRÓFANOS CENTRALES DEL HOSPITAL GENERAL.
5. -Mencionar cuales son las patologías pre existentes más frecuentes valoradas por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.
6. -Enumerar por sexo, edad a los pacientes valorados por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.
7. -Mencionar si el ANESTESIOLOGO en turno que participara en el acto anestésico quirúrgico SUSPENDE el evento anestésico quirúrgico si suspende la anestesia, la causa, si fue previamente valorada por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.
8. -Mencionar el número de casos que el ANESTESIOLOGO en turno que participo en el acto anestésico quirúrgico modifico o amplio la valoración pre anestésica determinada previamente por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO , como la modifico y él por que.

9. -Solamente participaran aquellos pacientes que fueron previamente valorados por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO que serán intervenidos por el servicio de CIRUGÍA GENERAL, GASTROENTEROLOGIA, UROLOGÍA y ORTOPEDIA en las instalaciones de QUIRÓFANOS CENTRALES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO previamente programados.

DISEÑO Y DURACION

El tipo de estudio es PROSPECTIVO LINEAL tomando en cuenta antecedentes previos estadísticos tomados directamente de la estadística proporcionada por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

La estadística se tomara de los últimos doce meses directamente de la clínica el numero de valoraciones realizadas específicamente de cirugías programadas en quirófanos centrales DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO participando los servicios de CIRUGÍA GENERAL, GASTROENTEROLOGIA , UROLOGÍA y ORTOPEDIA PRINCIPALMENTE.

Participaran en el estudio CIRUGÍAS YA REALIZADAS PREVIAMENTE VALORADAS POR EL SERVICIO DE CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. Tomando datos directos de la HOJA DE VALORACIÓN Y DE ANESTESIA recopiladas en el área de recuperación anestésica de quirófanos centrales DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

El numero de actos anestésicos quirúrgicos participantes son en promedio de cien casos tomados alchatoriamente tomando en cuenta el numero de cirugías programadas en el turno matutino entre los días de lunes a viernes de la semana.

Se tiene programado realizar un promedio de cien casos en estudio en aproximadamente cuatro semanas unos treinta casos por semana.

La recopilación estadística de la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO de los antecedentes de los doce últimos meses se realizara en seis días de examinar los archivos de la propia CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

MATERIAL Y METODOS

POBLACIÓN Y MUESTRA

Participaran en promedio cien actos anestésicos quirúrgicos previamente valorados por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA programados a realizar en los QUIRÓFANOS CENTRALES de los casos quirúrgicos de los servicios de CIRUGÍA GENERAL, GASTROENTEROLOGIA, UROLOGÍA Y ORTOPIEDIA.

Participaran solamente actos anestésico quirúrgicos programados, los pacientes operados pueden ser de cualquier sexo y cualquier edad solamente participaran los pacientes operados por el servicio de CIRUGÍA GENERAL, GASTROENTEROLOGIA, UROLOGÍA y ORTOPIEDIA, con relación a la patología PRE existente puede ser cualquiera siempre y cuando lo autorice la clínica de valoración PRE anestésica y el servicio quirúrgico en sus valoraciones correspondientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Participara cualquier caso anestésico quirúrgico previamente programado y valorado por la clínica de valoración PRE anestésico de los servicios de CIRUGÍA GENERAL GASTROENTEROLOGIA ,UROLOGÍA y ORTOPIEDIA que fueron operados en los QUIRÓFANOS CENTRALES.

Los casos en que desafortunadamente fallecieron durante el acto anestésico quirúrgico por un incidente o accidente se mencionaran.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Son los casos que no son programados como las urgencias, que no fueron valoradas previamente por la clínica de valoración PRE anestésico y que no pertenezcan a los servicios de CIRUGÍA GENERAL, GASTROENTEROLOGIA ,UROLOGÍA y ORTOPIEDIA.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Los casos que fueron programados valorados por la clínica que son de los servicios participantes pero por fallas técnicas (como falta de material falla en el equipo etc.) se cancelaron el acto anestésico quirúrgico.

VARIABLES Y EVENTOS DE INTERES

Se estudiara como el nombre del paciente, edad, sexo, diagnostico (os) quirúrgico, diagnostico (os) PRE existente, valoración por parte de la CLINICA DE VALORACIÓN PRE ANESTESICA, valoración por el ANESTESIOLOGO en turno a realizar el acto anestésico, otras valoraciones, fecha que se realizo la valoración PRE anestésica por parte de la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA, tipo de anestesia, incidentes o accidentes, observaciones.

Previa autorización por parte del servicio de Anestesia y del Comité de Ética y de Investigación del Hospital General de México. S.S. Se realizara la revisión de la hoja de valoración PRE anestésica realizada por la CLINICA DE VALORACIÓN PREANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO en el área de recuperación post anestésica de los quirófanos centrales de mencionado hospital el paciente que fue sometido al acto anestésico quirúrgico previamente fue programado y valorado por la clínica, como lo indica los criterios de inclusión.

Los antecedentes estadísticos de doce meses previos serán recopilados directamente de los archivos de la CLINICA DE VALORACIÓN PRE ANESTESICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO serán como el numero de valoraciones realizadas principalmente de cirugías programadas en quirófanos centrales.

El que realizara el estudio es un ANESTESIOLOGO y solamente recopilara datos de la hoja de valoración preanestésica y de la anestésica.

**HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
ESTUDIO DE VALORACIÓN PRE ANESTESICA
FECHA:**

1. -NOMBRE:
2. -EDAD:
3. - SEXO:
4. -DIAGNOSTICO (s) QUIRÚRGICO (s):
5. -DIAGNOSTICO (s) PRE EXISTENTE (s):
6. -VALORACIÓN PRE ANESTESICA POR LA CLINICA DE VALORACIÓN PRE.
.. ANESTESICA: SÍ o NO
6a : INDICACIONES GENERALES MEDICAS:
6 b: FÁRMACOS INDICADOS;
7. -FECHA DE REALIZACIÓN DE LA VALORACIÓN POR LA CLINICA:
8. -VALORACIÓN PRE ANESTESICA POR EL ANESTESIOLOGO EN TURNO:
8 a; FECHA:
8 b: INDICACIONES GENERALES MEDICAS:
8 c: FÁRMACOS INDICADOS:
9. -OTRAS VALORACIONES:
10. -TIPO DE ANESTESIA:
10 a: USO DE MEDICAMENTOS DIFERENTES A LOS ANESTESICOS SÍ o NO. .
CUALES:
10 b: USO DE MEDICAMENTOS ESPECIFICOS PARA EL POST-OPERATORIO:
10 c: DOLOR: SÍ o NO CUALES:
10 d: NAUSEAS Y VOMITO: SÍ o NO CUALES:
11. - DURACIÓN DE LA ANESTESIA:
12. - TIPO DE MONITOREO:
13. -INCIDENTES:
14. -ACCIDENTES:
14 a: SE UTILIZO FÁRMACOS OARA ANTAGONIZAR: SÍ o NO CUALES:
14 b: DOLOR:
14 c: MIORRELAJACION:
14 d: SE REALIZO ALGUN PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL ANESTESIOLOGO.
EN TURNO PARA EL POST-OPERATORIO: SÍ o NO CUAL
15. -OBSERVACIONES:

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estudio prospectivo lineal.

Se realizara por porcentajes la relación de sexos, la edad por intervalos se enumerara los diagnósticos quirúrgicos y si es necesario se tomaran porcentajes al igual en las enfermedades pre existente, se hará énfasis y se enumerara y sacara porcentajes en las valoraciones pre anestésico por parte de la clínica de valoración pre anestésico y de las realizadas por el anesthesiologo en turno además se correlacionaran, se correlacionara la fecha de valoración pre anestésica por la clínica con la fecha de realización de la cirugía, se mencionara y se enumerara y sacara porcentaje el tipo de monitoreo y si hay algún tipo de correlación con la valoración pre anestésica realizada por la clínica y por el anesthesiologo en turno, se enumerara y mencionara los incidentes y accidentes. Se utilizaran porcentajes en la mayoría, intervalos para la edad y correlación se realizaran pruebas de Chi, t de studes, campana de Gauss y se determinara la p.

ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Bajo la autorización del servicio de ANESTESIA y del comité de ETICA E INVESTIGACIÓN se realizara el estudio sin cuestionar, preguntar mucho menos intervenir en los actos de post anestesia para no exponer al paciente propiamente como tal no será participe ya que se utilizara en si las hojas de valoración PRE anestesia y de anestesia tampoco se intervendrá con los médicos tratantes del servicio quirúrgico.

Los datos que se recopilen son de gran interés tanto para el personal en formación como el residente de Anestesia a si como al Anesthesiologo del servicio y como a los médicos Anesthesiologos de la CLINICA DE VALORACIÓN PRE ANESTESICA.

RELEVANCIAS Y EXPECTATIVAS

Es determinar un diagnostico de RESGO ANESTESICO que hay en los pacientes programados para cirugía en los quirófanos centrales la importancia que tiene la CLINICA DE VALORACIÓN PRE ANESTESICA como servicio y como parte de la formación del medico residente además el aporte de un acervo de información en caminata para una mejor valoración integral de los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente. Un documento que puede servir en la formación del medico Residente de Anestesia.

RECURSOS DIPONIBLES

Tenemos los pacientes que serán sometidos quirúrgicamente las instalaciones adecuadas (clínica, quirófanos, unidad de cuidados post anestésicos etc.) médicos Residentes del servicio de Anestesia, médicos de Anestesia del servicio y de la CLINICA.

RECURSOS A SOLICITAR POR PARTIDA

NO.

CARTA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR EL TIPO DE ESTUDIO QUE SOLAMENTE SE TOMARAN DATOS DE LA HOJA DE POST ANESTESIA NO SE REQUIERE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE YA QUE AL MISMO (AL PACIENTE) NO SE INVESTIGARA DIRECTAMENTE.

MÉXICO DF A 15 DE MAYO DEL 2003.

DR. RUBEN BURGOS VARGAS.
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

PRESENRE:

A través de este conducto esto presentando a UD. El protocolo titulado **VALORACIÓN PRE ANESTESICA. ESTUDIO DE 100 CASOS** y la Carta de información y consentimiento respectiva para ser sometida a Evaluación por las Comisiones de Investigación, Ética y en caso necesario Bioseguridad. Tanto el protocolo como la carta de información y consentimiento se encuentran apegadas a la Ley General de Salud y su reglamento En Materia de Investigación y a las Guías de la Conferencia Internacional De Harmonización (ICH) SOBRE LA Buena Practica Clínica (GCP).

El protocolo ahora presente resulta de la iniciativa de: seleccionar una o más De las siguientes posibilidades de un servidor (en referencia al investigador) Y su grupo de colaboradores y será llevado al cabo en seleccionar una o más de Las siguientes posibilidades este centro hospitalario. Además de su servidor el equipo de trabajo en esta institución estará integrado por ROBERTO MARTÍN ROSAS CASTAÑEDA medico ex residente del servicio De ANESTESIOLOGIA.

Finalmente, ratifico a UD. Mi conocimiento e intencion de apegarme a los reglamentos Y normas científicas, éticas y administrativas vigentes en nuestra institución.

Atentamente,

DR. JUAN HEBERTO MUÑOZ CUEVAS
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

RESULTADOS :

Con la autorización de la dirección de INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, la autorización del JEFE DE SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, los médicos adscritos a los servicios de VALORACIÓN PRE ANESTESICA y de la unidad de POST-ANESTESIA además personal de enfermería y administrativo de dichos servicios se procedió a realizar el estudio, el cual se dividió en tres fases, la primera en recolección de datos estadísticos en la CLINICA DE VALORACIÓN PRE ANESTESICA, la segunda en poner en práctica el cuestionario en la unidad de cuidados POST ANESTESICOS, y tercera la realización estadística.

LA PRIMERA FACE se recopilo datos directos de la libreta de control diario de la clínica de valoración preanestesia de la fecha JULIO A DICIEMBRE DEL 2002, y de las hojas diarias de la clínica de valoración PRE anestésico de ENERO A JUNIO DEL 2003, dos formatos diferentes los cuales se especificaran.

LA SEGUNDA FACE el cuestionario se practicó en 100 casos en total en la unidad de cuidados post anestésicos los cuales se especificaran.

LA TERCERA FACE se presentaran los resultados estadísticos de las dos primeras fases en particular en general y porcentaje y se darán conclusiones.

JULIO 02

-HOMBRES = 160 (38.0%)

a) SEXO

MUJERES = 260 (61.9%)

420

B) PABELLONES	C) DIAGNOSTICO
1.- 303 = 49 = (11.6%)	1 HERNIOPLASTIA = 72 (17.1%)
2.- 306 = 49 0 (11.6%)	2.- COLECISTECTOMÍA = 79 (16.6%)
3.- 107 = 48 (11.4%)	3.- HISTERECTOMÍA = 28 (6.6%)
4.- 109 = 45 (10.7%)	4.- RESECCIÓN LIPOMA = 17 (4.0%)
5.- 104 = 45 = (10.7%)	5 EVENT POST QX = 17 (4.0%)
6.- 105 = 40 (9.5%)	6.- FISTOLECTOMÍA ANAL = 11 (3.8%)
7.- 106 = 34 (8.0%)	7.- RINOPLASTIA = 15 (3.5%)
8.- 302 = 30 (7.1%)	8.- TIROIDECTOMÍA = 15 (3.5%)
9.- 307 = 27 = (6.4%)	9 SAFENECTOMÍA = 14 (3.3%)
10.- 111 = 16 (3.8%)	10.- SECUELAS DE QUEMADURA = 10 (2.3%)
11.- 109b = 15 (3.5%)	11.- HERNIA DE DISCO = 10 (2.3%)
12.- 304 = 15 (3.5%)	12.- LIBERACIÓN TUNEL = 8 (1.9%)
13.- 305 = 11 = (2.6%)	13.- HEMORROIDECTOMÍA = 8 (1.9%)
14.- 305b = 4 (0.9%)	14.- PLÁSTIA DE HIATO = 7 (1.6%)
15.- 405 = 1 (0.23%)	15.- PROSTACTECTOMÍA = 6 (1.4%)
16.- 109a = 1 (0.23%)	16.- PROTESIS DE CADERA = 6 (1.4%)
17.- 404 = 1 (0.23%)	17.- LAPE = 6 (1.4%)
	18.- LPH = 5 (1.1%)
432	19 DERMOLIPECTOMÍA = 5 (1.1%)
	20.- PRÓTESIS DE MAMA = 5(1.1%)
	21.- OTROS = 68 (16.1%)

AGOSTO 02

-HOMBRES = 388 (44.5%)

a) SEXO

MUJERES = 482 (55.4%)

870

B) PABELLONES	C) DIAGNOSTICO
1.- 306 = 102 (11.7%)	1 HERNIOPLASTIA = 172 (19.7%)
2.- 104 = 76 (8.7%)	2.- CCL = 131 (15.0%)
3.- 305 = 74 (8.5%)	3.- HISTERECTOMÍA = 80 (9.3%)
4.- 107 = 73 (8.3%)	4.- PLASTIA DE PARED = 55 (6.30%)
5.- 302 = 64 (7.3%)	5 RESECCIÓN DE LIPOMA= 55 (6.4%)
6.- 307 = 61 (7.0%)	6.- RINOPLASTIA = 54 (6.2%)
7.- 105 = 40 (6.8%)	7.- SECUELAS DE CICATRIZ = 49 (5.6%)
8.- 303 = 57 (6.5%)	8.- CISTOCELE = 48 (5.5%)
9.- 304 = 47 (5.4%)	9 FÍSTULA ANAL = 44 (5.5%)
10.- 306b = 42 (4.8%)	10.- RITIS ABDOMINAL = 24 (2.7%)
11.- 109b = 31 (3.5%)	11.- PIELONEFRITIS= 13(1.4%)
12.- 105 = 31 (3.5%)	12.- MASTECTOMÍA = 12 (1.3%)
13.- 302 = 31 = (3.5%)	13.- NEFRECTOMÍA = 11 (1.2%)
14.- 111 = 24 (2.7%)	14.- COXARTROSIS= 11(1.2%)
15.- 305b = 23 (2.6%)	15.- TIROIDECTOMÍA = 11 (1.2%)
16.- 103 = 22 (2.5%)	16.- PLASTIA DE HIATO= 11 (1.2%)
17.- 105A = 21 (2.4%)	17.- LITIASIS DE URETRA = 10 (1.14%)
18.- 404 = 21 (22%)	18.- SAFENOCTOMÍA = 10 (1.14%)
840	19 LPH = 9 (1.03%)
	20.- PRÓTESIS DE MAMA = 8(0.91%)
	21.- OTROS = 65 – (7.47%)

SEPTIEMBRE 02

-HOMBRES = 214 (37.4%)

a) SEXO

MUJERES = 358 (65.5%)

572

B) PABELLONES	C) DIAGNOSTICO
1.- 306 = 87 = (15.2%)	1 HERNIOPLASTIA = 125 (21.8%)
2.- 109 = 83 (14.5%)	2.- CCL = 105 (18.3%)
3.- 104 = 60 (10.4%)	3.- HISTERECTOMÍA = 30 (5.2%)
4.- 303 = 49 (8.5%)	4.- EVENT POST QX = 26 (4.5%)
5.- 302 = 48 = (8.3%)	5 QUISTE SINOVIAL = 21 (3.6%)
6.- 303 = 46 (8.0%)	6.- FÍSTULA ANAL = 21 (3.6%)
7.- 107 = 44 (7.6%)	7.- TIROIDECTOMÍA = 21 (3.6%)
8.- 105 = 42 (7.3%)	8.- RESECC. LIPOMA = 21 (3.6%)
9.- 305 = 36 = (6.2%)	9.- RET. MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS = 16 (2.7%)
10.- 106 = 32 (5.5%)	10.- LAPE = 12 (2.0%)
11.- 304 = 31 (5.4%)	11.- HERNIA DE HIATO = 11(1.9%)
12.- 111 = 5 (0.8%)	12.- RINOPLASTIA = 11 (1.9%)
13.- 306b = 2 = (0.3%)	13.- LPH = 11 (1.9%)
14.- 404 =2 (0.3%)	14.- HEMORROIDECTOMÍA= 11(1.96%)
15.- 407 = 2 (0.3%)	15.- PROSTACTECTOMÍA = 9 (1.5%)
571	16.- SAFENECTOMÍA= 9 (15%)
	17.- MICROTIA= 7 (1.2%)
	18.- SEC. QUEMADURAS = 7 (1.2%)
	19 TUNEL DEL CARPO= 7 (1.2%)
	20.-PIELOLITOMÍA = 7 (1.2%)
	21.- OTROS = 78- (13.6%)

OCTUBRE 02

-HOMBRES = 223 (36.0%)

a) SEXO

MUJERES = 395 (63.9%)

618

B) PABELLONES	C) DIAGNOSTICO
1.- 109 = 104 = (16,8%)	1 HERNIOPLASTIA = 132 (24.5%)
2.- 104 = 95 (15.3%)	2.- CCL = 104 (16.8%)
3.- 303b = 75 (12.1%)	3.- RESECCIÓN LIPOMA = 34 (6.3%)
4.- 306 = 70 (11.3%)	4.- HISTERECTOMÍA = 28 (4.5%)
5.- 106 = 69 = (1.1%)	5 EVENT POST QX = 24 (3.8%)
6.- 107 = 57 (9.2%)	6.- LAPE = 22 (3.5%)
7.- 307 = 50 (8.0%)	7.- RINOPLASTIA = 18 (2.9%)
8.- 105 = 44 (7.1%)	8.- SATENECTOMÍA = 14 (2.2%)
9.- 302 = 40 = (6.4%)	9.- FÍSTULA ANAL = 16 (2.7%)
10.- 304 = 37 (5.9%)	10.- LAPE = 14 (2.2%)
11.- 305 = 35 (5.6%)	11.- HERNIA HIATAL = 13 (2.1%)
12.- 111 = 7 (1.1%)	12.- TIROIDECTOMÍA = 11 (1.9%)
13.- 306b = 7 = (1.1%)	13.- SEC. QUEMADURA = 11 (1.7%)
14.- 103 = 2 (0.3%)	14.- LPH = 10 (1.6%)
15.- 505 = 2 (0.3%)	15.- MASTECTOMÍA = 8 (1.2%)
16.- 404 = 1 (0.16%)	16.- RITIS ABDOMINAL = 8 (1.2%)
695	17.- PRÓTESIS CADERA = 7 (1.1%)
	18.- RITIS FACIAL = 7 (1.1%)
	19 OOFORECTOMÍA = 7 (1.1%)
	20.- CISTOCELE = 6 (0.9%)
	21.- OTROS = 101 (16.3 %)

NOVIEMBRE 02

-HOMBRES = 212 (37.5%)

a) SEXO

MUJERES = 353 (62.4%)

565

B) PABELLONES	C) DIAGNOSTICO
1.- 109 = 70 (12.3%)	1 HERNIOPLASTIA = 118 (20.8%)
2.- 105 = 61 (10.7%)	2.- CCL = 115 (20.3%)
3.- 306 = 61 (10.7%)	3.- HISTERECTOMÍA = 25 (4.4%)
4.- 104 = 49 (8.6%)	4.- PIELONEFRITIS = 24 (4.2%)
5.- 302 = 45 (7.9%)	5 RESECC. DE LIPOMA= 23 (4.0%)
6.- 107 = 45 (7.9%)	6.- GENOVARO = 23 (4.0%)
7.- 304 = 38 (6.7%)	7.- CISTOCELE = 23 (4.0%)
8.- 106 = 38 (6.7%)	8.- LAPE = 17 (3.0%)
9.- 303 = 37 (6.5%)	9.- EVENTO POST QX = 16 (2.8%)
10.- 305 = 34 (6.0%)	10.- TIROIDECTOMÍA = 16 (2.8%)
11.- 307 = 34 (6.0%)	11.- PROSTACTECTOMÍA = 14 (2.4%)
12.- 306b = 34 (6.0%)	12.- FÍSTULA ANAL = 14 (2.4%)
13.- 111 = 2 (0.3%)	13.- RINOPLASTIA= 14 (2.4%)
14.- 404 = 2 (0.3%)	14.- DERMOLIPECTOMÍA = 13 (2.3%)
15.- 103 = 2 (0.3%)	15.- SAFENECTOMÍA = 13 (2.3%)
16.- 505 = 2 (0.3%)	16.- SECUELAS DE QUEMADURA = 13 (2.3%)
17.- 505b = 2 (0.3%)	17.- HERNIA HIATAL= 10 (1.7%)
601	18.- OOFORECTOMÍA = 9 (1.5%)
	19 QUISTE SINOVIAL = 8 (1.4%)
	20.- NEFRECTOMÍA = 8 (1.4%)
	21.- OTROS = 56 (9.9%)

DICIEMBRE 02

-HOMBRES = 90 (34.2%)

a) SEXO

MUJERES = 173 (65.7%)

263

B) PABELLONES	C) DIAGNOSTICO
1.- 109 = 51 (19.3%)	1 CCL = 47 (17.8%)
2.- 306 = 38 (14.4%)	2.- HERNIOPLASTIA = 38 (14.4%)
3.- 104 = 34 (12.9%)	3.- LAPE = 27 (10.2%)
4.- 107 = 25 (9.5%)	4.- HISTERECTOMÍA = 13 (4.9%)
5.- 106 = 21 (7.9%)	5 RESECC. DE LIPOMA= 11 (4.1%)
6.- 302 = 21 (7.9%)	6.- SECUELAS DE QUEMADURA = 11 (4.1%)
7.- 105 = 16 (6.0%)	7.- EVENTO POST QX = 10 (3.8%)
8.- 307 = 16 (6.0%)	8.- RINOPLASTIA = 9 (3.4%)
9.- 303 = 12 (4.5%)	9.- TUNEL DE CARPO = 9 (3.4%)
10.- 304 = 11 (4.1%)	10.- TIROIDECTOMÍA = 8 (3.0%)
11.- 111 = 4 (1.5%)	11.- DERMOLIPECTOMÍA = 8 (3.0%)
12.- 305b = 4 (1.5%)	12.- NEFRECTOMÍA = 6 (2.2%)
13.- 306b = 3 (1.1%)	13.- MASTECTOMÍA SIMPLE= 5 (1.9%)
14.- 305 = 3 (1.1%)	14.-CONDILOMAS ANALES = 5 (1.9%)
15.- 405 = 1 (0.3%)	15.-CISTOCELE = 5 (1.9%)
16.- 406 = 1 (0.3%)	16.-AMPUTACIÓN DE MP = 15 (1.9%)
17.- 404 = 1 (0.3%)	17.- FÍSTULA ANAL= 4 (1.5%)
18.- 103 = 1 (0.3%)	18.- ORQUIECTOMÍA 4 (1.5%)
263	19 PIELOLITOMÍA= 4 (1.5%)
	20.-EXT CUERPO EXTRAÑO = 4 (1.5%)
	21.- OTROS =30 (11.4 %)

ENERO 03

a) Tipo de consulta

1ª VEZ = 335 (81.9 %)
 SUBSECUENTE = 74 (18.0 %)
 409

b) Edades

0 - 6 d		7 - 27 d		28 - 364d		1a - 4 a	
M	F	M	F	M	F	M	F
0	0	0	0	1	1	2	2
		(0)	(0)	(0.2%)	(0.2%)	(0.48%)	(0.48%)

15 - 2 4a		25 -34a		34 - 44a		45 - 54a	
M	F	M	F	M	F	M	F
22	32	26	44	26	54	31	71
(5.3%)	(7.8%)	(6.3%)	(10.7%)	(6.3%)	(13.2%)	(7.5%)	(17.2%)

35 - 64		65 - 74		+ 75	
M	F	M	F	M	F
25	40	16	21	12	7
(6.1%)	(9.7%)	(3.9%)	(5.1%)	(2.4%)	(1.7%)

c) DIAGNÓSTICO

- 1.- HERNIOPLASTIA =100 (24.4 %)
- 2.- CCL = 65 (15.8 %)
- 3.- HISTERECTOMÍA = 42 (10.2 %)
- 4.- TIROIDECTOMÍA = 29 (7.0 %)
- 5.- SAFENECTOMÍA= 18 (4.4 %)
- 6.- RINOPLASTIA = 16 (3.9 %)
- 7.- EVENT. POST QX = 13 (3.1 %)
- 9.- LAPE = 10 (2.4 %)
- 10.- FISTULA ANAL =10 (2.4 %)
- 11.- CISTOCELE = 10 (2.4 %)
- 12.- HERNIA HIATAL = 8 (1.9 %)
- 13.- NEFRECTOMÍA = 8 (1.9 %)
- 14.- LITIASIS VESICAL = 8 (1.9 %)
- 15.- BLEFAROPLASTIA= 6 (1.4 %)
- 16.- LITIASIS DE URETRA = 5 (1.2 %)
- 17.- MASTECTOMÍA = 4 (0.9 %)
- 18.- HERNIA DE DISCO = 4 (0.9 %)
- 19.- OOFORRECTOMÍA= 4 (0.9 %)
- 20.- LPH = 4 (0.9 %)

21 OTROS = 58 (14.1 %)

FEBRERO O3

a) Tipo de consulta

1ª VEZ = 548 (84.1 %)

SUBSECUENTE = 103 (15.8 %)
651

d) Edades

(0) 0 - 6 d		(0) 7 - 27 d		(1) 28 - 364d		(6) 1a - 4 a	
M	F	M	F	M	F	M	F
0	0	0	0	1 (0.15%)	0 (0.)	3 (0.46%)	3 (0.46%)

(9) 5 - 14a		(73) 15 - 24a		(99) 25 - 34a		(155) 35 - 44a		(144) 45 - 54a	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1 (0.15%)	8 (1.2%)	25 (3.8%)	38 (5.8%)	35 (5.3%)	58 (8.9%)	57 (8.7%)	98 (15.0%)	37 (5.6%)	101 (16.4%)

(77) 55 - 64		(64) 65 - 74		(26) + 75	
M	F	M	F	M	F
45 (6.94%)	32 (4.9%)	24 (4.45%)	32 (4.25%)	14 (2.15%)	12 (1.89%)

e) DIAGNÓSTICO

- 1.- HERNIOPLASTIA = 14 (21.6 %)
- 2.- CCL = 140 (21.5 %)
- 3.- HISTERECTOMÍA = 53 (8.14 %)
- 4.- RINOPLASTIA = 42 (6.4 %)
- 5.- PROSTACTECTOMÍA = 23 (3.5 %)
- 6.- RESECC. LPH = 16 (2.4 %)
- 7.- FISTULA ANAL = 16 (2.4 %)
- 8.- LAPE = 15 (2.3 %)
- 9.- TIROIDECTOMÍA = 15 (2.3 %)
- 10.- CISTOCELE = 10 (1.5 %)
- 11.- MASTECTOMÍA = 10 (1.5 %)
- 12.- SAFENECTOMÍA = 10 (1.5 %)
- 13.- LITIASIS URETRAL = 1 (1.3 %)
- 14.- EVENT. POST QX = 8 (1.2 %)
- 15.- HEMORROIDECTOMÍA = 8 (1.2 %)
- 16.- RITIS ABDOMINAL = 8 (1.2 %)
- 17.- OOFORRECTOMÍA = 8 (1.2 %)
- 18.- PLASTIA DE URETRA = 7 (1.0 %)
- 19.- HERNIA DE DISCO = 7 (1.0 %)
- 20.- MAMA SUPRA NUMERARIA = 6 (0.99 %)

21.- OTROS = 100 (15.3 %)

MARZO 03

a) Tipo de consulta

1ª VEZ = 424 (82.3 %)

SUBSECUENTE = 91 (17.6 %)

515

f) Edades

0 - 6 d		(2) 7 - 27 d		(1) 28 - 364d		(3) 1a - 4 a	
M	F	M	F	M	F	M	F
0	0	1 (0.19%)	1 (0.19%)	0	1 (0.19%)	1 (0.19%)	2 (0.38%)

(16) 5 - 14a		(38) 15 - 24a		(36) 25 - 34a		(89) 35 - 44a		(112) 45 - 54a	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
11 (2.1%)	5 (0.97%)	22 (4.2%)	16 (3.1%)	25 (4.8%)	661 (11.8%)	22 (4.2%)	67 (13.64%)	33 (1.4%)	79 (15.3%)

(82) 55 - 64		(47) 65 - 74		(239 + 75	
M	F	M	F	M	F
38 (3.3%)	44 (8.5%)	20 (3.8%)	27 (5.2%)	27 (5.2%)	12 (2.3%)

g) DIAGNÓSTICO

- 1.- CCL = 115 (22.6 %)
- 2.- HERNIOPLASTIA = 102 (19.8 %)
- 3.- PROSTACTECTOMÍA = 43 (8.3 %)
- 4.- HISTERECTOMÍA = 41 (7.9 %)
- 5.- AMPUTACIÓN MP= 40 (7.36 %)
- 6.- TIROIDECTOMÍA = 40 (7.36 %)
- 7.- EVENT. POST QX = 24 (4.60 %)
- 8.- RINOPLASTIA = 19 (3.68 %)
- 9.- NEFRECTOMÍA = 13 (2.52 %)
- 10.- RESECC. LIPOMA = 13 (2.52 %)
- 11.- SAFENECTOMÍA = 13 (2.52 %)
- 12.- SX TÚNEL DEL CARPO = 10 (1.94 %)
- 13.- FISTULA ANAL = 10 (1.94 %)
- 14.- LPH = 10 (1.94 %)
- 15.- COXARTROSIS = 10 (1.94 %)
- 16.- PIELONEFRITIS = 8 (1.55 %)
- 17.- ASIMETRÍA FACIAL = 7 (1.35 %)
- 18.- CA DE COLON = 5 (1.35 %)
- 19.- PLASTIA DE HIATO = 5 (1.35 %)

20.- RITIS ABDOMINAL = 5 (1.35 %)

21.- OTROS = 64 (12.4 %)

ABRIL 03

a) Tipo de consulta

1ª VEZ = 584 (85.4 %)

SUBSECUENTE = 100 (14.5 %)

689

b) Edades

0 - 6 d		(1) 7 - 27 d		(5) 28 - 364d		(9) 1a - 4 a	
M	F	M	F	M	F	M	F
0	0	0	1 (0.14%)	3 (0.43%)	2 (0.29%)	3 (0.43%)	6 (0.87%)

(17) 5 - 14a		(63) 15 - 2 4a		(123) 25 -34a		(140) 35- 44a		(133) 45 - 54a	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
9 (1.3%)	8 (11.7%)	26 (3.73%)	37 (5.37%)	40 (5.8%)	83 (12.0%)	43 (6.2%)	97 (14.0%)	46 (6.6%)	87 (12.69%)

(97) 55 - 64		(74) 65 - 74		(27) + 75	
M	F	M	F	M	F
40 (5.8%)	57 (8.2%)	33 (5.9%)	27 (4.7%)	14 (2.0%)	13 (1.8%)

c) DIAGNÓSTICO

1.- HERNIOPLASTIA =136 (19.6 %)

2.- CCL = 116 (16.8 %)

3.- HISTERECTOMÍA = 47 (6.8 %)

4.- RESECC. LPH = 40 (5.8 %)

5.- AMPUTACIÓN MP= 40 (5.8 %)

6.- MASTECTOMIA = 29 (4.2 %)

7.- CISTOCELE = 24 (3.4 %)

8.- RINOPLASTIA = 25 (3.6 %)

9.- OSTEOSÍNTESIS= 23 (3.3 %)

10.- SAFENECTOMÍA =22 (3.1 %)

11.-TIROIDECTOMÍA = 22 (3.1 %)

12.-PIELONEFRITIS = 15 (2.1 %)

13.-EVENT. OIS QX = 14 (2.0 %)

14.- SECUELAS DE QUEMADURAS= 14 (2.0 %)

15.- LPH = 11 (1.5 %)

16 HERNIA HIATAL= 10 (1.4 %)

17.- FISTULECTOMÍA= 10 (1.4 %)

18.- COXARTROSIS = 10 (1.4 %)

19.- MICROTIA=9 (1.3 %)

20.- FISTULA ANAL = 9 (1.3 %)

21.- OTROS = 76 (11.0 %)

MAYO 03

a) Tipo de consulta

1ª VEZ = 850 (87.08 %)

SUBSECUENTE = 126 (12.9 %)

976

b) Edades

0 - 6 d		7 - 27 d		(31) 28 - 364d		(66) 1a - 4 a	
M	F	M	F	M	F	M	F
0	0	0	0	31	0	34	37
				(3.1%)		(3.4%)	(3.7%)

(73) 5 - 14a		(144) 15 - 24a		(181) 25 - 34a		(115) 35 - 44a		(157) 45 - 54a	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
36	37	68	76	68	115	43	72	51	106
(3.6%)	(3.7%)	(6.9%)	(7.7%)	(6.9%)	(11.74%)	(4.4%)	(7.3%)	(5.2%)	(10.8%)

(90) 55 - 64		(73) 65 - 74		(46) + 75	
M	F	M	F	M	F
31	59	39	34	16	30
(3.1%)	(6.0%)	(3.9%)	(3.4%)	(1.6%)	(3.0%)

d) DIAGNÓSTICO

- 1.- CCL = 166 (17.0 %)
- 2.- HERNIOPLASTIA = 155 (15.8 %)
- 3.- EVENT. P Q = 73 (7.4 %)
- 4.- TIROIDECTOMÍA = 72 (7.3 %)
- 5.- RINOPLASTIA = 72 (7.3 %)
- 6.- LAPE = 72 (7.3 %)
- 7.- AMPUTACIÓN MP = 70 (7.1 %)
- 8.- RESECC. LPH = 60 (6.1 %)
- 9.- HISTERECTOMÍA = 22 (2.25 %)
- 10.- FX TOBILLO = 15 (1.5 %)
- 11.- PROSTACTECTOMÍA = 15 (1.5 %)
- 12.- = 10 (1.0 %)
- 13.- HERNIA HIATAL = 10 (1.0 %)
- 14.- CISTOCELE = 8 (0.8 %)
- 15.- COXARTROSIS = 8 (0.8 %)
- 16.- PIELONEFRITIS = 8 (0.8 %)
- 17.- QUISTE SINOVIAL = 8 (0.8 %)
- 18.- CONDILOMAS ANALES = 8 (0.8 %)

19.- ESTENOSIS DE CUELLO = 8 (0.8 %)

20.- FÍSTULA ANAL = 8 (0.8 %)

21.- OTROS = 91 (9.3 %)

JUNIO 03

a) Tipo de consulta

1ª VEZ = 466 (82.3 %)

SUBSECUENTE = 100 (17.6%)

566

b) Edades

0 - 6 d		(1) 7 - 27 d		(1) 28 - 364d		(7) 1a - 4 a	
M	F	M	F	M	F	M	F
0	0	1 (0.17%)	0	1 (0.17%)	0	6 (1.0%)	1 (0.17%)

(9) 5 - 14 a		(54) 15 - 24a		(104) 25 - 34a		(111) 35 - 44a		(114) 45- 54a	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
6 (1.09%)	3 (0.5%)	28 (4.9%)	26 (4.5%)	50 (8.8%)	54 (9.54%)	49 (8.6%)	62 (10.9%)	33 (5.8%)	81 (14.3%)

(77) 55 - 64a		(55) 65 - 74		(33) + 75	
M	F	M	F	M	F
33 (5.4%)	44 (7.7%)	25 (4.4%)	30 (5.3%)	13 (2.2%)	20 (3.5%)

C) DIAGNÓSTICO

1.- HERNIOPLASTIA = 112 (19.7 %)

2.- CCL = 112 (19.7 %)

3.- AMPUTACIÓN MP = 36 (6.3 %)

4.- HISTERECTOMÍA = 25 (4.4 %)

5.- EVENT. PQ = 22 (3.8 %)

6.- SAPENECTOMIA = 17 (3.0 %)

7.- LAPE = 16 (2.8 %)

8.- TIROIDECTOMÍA = 14 (2.4 %)

9.- NEFRECTOMÍA = 14 (2.4 %)

10.- RINOPLASTIA = 14 (2.4 %)

11.- FÍSTULA ANAL = 14 (2.4 %)

12.- PROSTACTECTOMÍA = 13 (2.3 %)

13.- LPH = 12 (2.2 %)

14.- HERNIA HIATAL = 11 (1.9 %)

15.- RESECC. LPH = 11 (1.9 %)

16 CISTOCELE = 10 (1.7 %)

17.- FX RADIO - CUBITO = 10 (1.7 %)

18.- HERNIA DE DISCO = 9 (1.5 %)

19.- CONDILOMAS ANALES = 7 (1.2 %)

20.- MASTECTOMÍA = 7 (1.2 %)

21.- OTROS = 80 (14.1 %)

RESULTADOS

JULIO 02 – DICIEMBRE 02

a) sexo:

- hombres = 1287 (38.9 %)

- mujeres = 2021 (61.0%)

- 3308

b) pabellones

1.- 306 = 407 (12.3 %)

2.- 104 = 358 (10.8 %)

3.- 109 = 354 (10.79 %)

4.- 107 = 267 (8.0 %)

5.- 105 = 244 (7.3 %)

6.- 302 = 244 (7.3 %)

7.- 307 = 234 (7.0 %)

8.- 106 = 144 (5.8 %)

9.- 305 = 190 (5.7 %)

10.- 303 = 133 (4.1 %)

11.- 305b = 31 (0.9 %)

12.- 404 = 28 (0.8 %)

13.- 104b = 12 (0.3 %)

14.- 405 = 2 (0.06 %)

15.- 109a = 2 (0.06 %)

2967

otros = 454 (13.7%)

c) DIAGNÓSTICO:

1.- HERNIOPLASTIA = 677(20.4 %)

2.- CCL = 572 (17.2 %)

3.- HISTERECTOMÍA = 204 (6.1 %)

4.- RES. LIPOMAS = 166 (5.0 %)

5.- RINOPLASTIA = 121 (3.6 %)

6.- FISTULA ANAL = 117 (3.5 %)

7.- SEC. QUEMADURAS = 10 (3.0 %)

8.- EVENT PQ = 93 (2.8 %)

9.- TIROIDECTOMÍA = 84 (2.5 %)

10.- LAPE = 84 (2.5 %)

11.- CISTOCELE = 82 (2.4 %)

12.- PIELONEFRITIS = 61 (1.8 %)

13.- SAFENECTOMÍA = 60 (1.8 %)

14.- DERMOLIPECTOMÍA = 57 (1.7 %)

15.- HERNIA HIATAL = 44 (1.3 %)

16.- LPH = 35 (1.0 %)

17.- PROSTACTECTOMÍA = 29 (0.8 %)

18.- NEFRECTOMÍA = 25 (0.7 %)

19.- MASTECTOMÍA = 25(0.7%)

20.- LIB. TUNERL DEL CARPO = 24 (0.7 %)

21.- HEMORROIDECTOMÍA = 19 (0.5 %)

22.- PROTESIS DE CADERA = 13(0.3%)

23.- COXARTROSIS = 7(0.24 %)

24.- PLASTIA DE URETRA = 7 (0.2 %)

(3308) 2767

25.- OTROS = 601 (18.1 %)

RESULTADOS

ENERO 03 a JUNIO 03

a) Tipo de consulta

1ª VEZ = 3212 (84.3 %)

SUBSECUENTE = 594 (15.6%)

3806 (100%)

b) Edades

0 - 6 d		7 - 27 d		28 - 364d		1a - 4 a	
M	F	M	F	M	F	M	F
0	0	2 (0.05%)	2 (0.05%)	37 (0.97%)	4 (0.10%)	49 (1.2%)	49 (1.2%)

5 - 14 a		15 - 24a		25 - 34a		35 - 44a		45- 54a	
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
66 (1.7%)	64 (1.6%)	191 (5.0%)	225 (5.9%)	242 (6.4%)	415 (10.9%)	240 (6.3%)	450 (11.5%)	231 (6.0%)	525 (13.7%)

55 - 64a		65 - 74		+ 75	
M	F	M	F	M	F
212 (5.5%)	276 (3.2%)	170 (4.4%)	177 (4.6%)	96 (2.5%)	94 (2.4%)

D) DIAGNÓSTICO

1.- HERNIOPLASTIA =746 (22.8 %)

2.- CCL = 714 (21.8 %)

3.- HISTERECTOMÍA = 230 (7.0 %)

4.- TIROIDECTOMÍA = 192 (5.8 %)

5.- RINOPLASTIA = 188 (5.7 %)

6.- AMPUTACIÓN MP = 186 (5.7 %)

7.- RESC LIPOMA= 140 (4.2 %)

8.- LAPE = 113 (3.4 %)

9.- PROSTACTECTOMÍA = 104 (3.1%)

10.-SAFENECTOMÍA =80 (2.4 %)

11.-FÍSTULECTOMÍA= 67 (2.0 %)

12.- CISTOCELE = 62 (1.9 %)

- 13.- MASTECTOMÍA = 50 (1.5 %)
- 14.- HERNIA HIATAL= 44 (1.3 %)
- 15.- LPH = 37 (1.1 %)
- 16.- PIELONEFRITIS = 31 (0.9 %)
- 17.- NEFRECTOMÍA = 31 (0.9 %)
- 18.- COXARTROSIS = 28 (0.8 %)
- 19.- OSTEOSÍNTESIS = 23 (0.7 %)
- 20.- HERNIA DE DISCO= 20 (0.6 %)
- 21.- MICROTIA = 19 (0.5 %)
- 22.- FX DE TOBILLOS = 15 (0.4 %)
- 23.- LITIASIS DE URETRA =14 (0.4 %)
- 24.- SEC. QUEMADURAS = 14 (0.4 %)
- 25.- RITIS ABDOMINAL = 13 (0.3 %)
- 26.- CONDILOMAS ANALES = 13 (0.3 %)
- 27.- OOFORECTOMIA = 12 (0.3 %)
- 28.- TUNEL DEL CARPO =10 (0.3 %)
- 29.- FX CÚBITO Y RADIO = 10 (0,3%)
- 30.- HEMORROIDECTOMÍA = 8 (0.2 %)
- 31.- ESTENOSIS DE CUELLO = 8 (0.2 %)
- 32.- QUISTE SINOVIAL = 8 (0.2 %)
- 33.- ASIMETRÍA FACIAL =7 (0.2 %)
- 34.- LITIASIS VESICAL = 7 (0.2 %)
- 35.- BLEFAROPLASTIA= 6 (0.1 %)
- 36.- MAMA SUPRANUMERARIA = 6 (0.19 %)
- 37.- CA DE COLON = 3 (0.1 %)

3261

- 38.- OTROS = 545 (16.7 %)

RESULTADOS

JULIO 02 – DICIEMBRE 02

b) sexo:

- hombres = 1287 (38.9 %)
- -mujeres = 2021 (61.0%)
- 3308

b) pabellones

- 1.- 306 = 407 (12.3 %)
- 2.- 104 = 358 (10.8 %)
- 3.- 109 = 354 (10.79 %)
- 4.- 107 =267 (8.0 %)
- 5.- 105 = 244 (7.3 %)
- 6.- 302 = 244 (7.3 %)

- 7.- 307 = 234 (7,0 %)
- 8.- 106 = 144 (5,8 %)
- 9.- 305 = 190 (5,7 %)
- 10.- 303 = 133 (4,1 %)
- 11.- 305b = 31 (0,9 %)
- 12.- 404 = 28 (0,8 %)
- 13.- 104b = 12 (0,3 %)
- 14.- 405 = 2 (0,06 %)
- 15.- 109a = 2 (0,06 %)

2967

otros = 454 (13,7%)

c) DIAGNÓSTICO:

- 1.- HERNIOPLASTIA = 677(20,4 %)
- 2.- CCL = 572 (17,2 %)
- 3.- HISTERECTOMÍA = 204 (6,1 %)
- 4.- RES. LIPOMA = 166 (5,0 %)
- 5.- RINOPLASTIA = 121 (3,6 %)
- 6.- FISTULA ANAL = 117 (3,5 %)
- 7.- SEC. QUEMADURAS = 10 (3,0 %)
- 8.- EVENT PQ = 93 (2,8 %)
- 9.- TIROIDECTOMÍA = 84 (2,5 %)
- 10.- LAPE = 84 (2,5 %)
- 11.- CISTOCELE = 82 (2,4 %)
- 12.- PIELONEFRITIS = 61 (1,8 %)
- 13.- SAFENECTOMÍA = 60 (1,8 %)
- 14.- DERMOLIPECTOMÍA = 57 (1,7 %)
- 15.- HERNIA HIATAL = 44 (1,3 %)
- 16.- LPH = 35 (1,0 %)
- 17.- PROSTACTECTOMÍA = 29 (0,8 %)
- 18.- NEFRECTOMÍA = 25 (0,7 %)
- 19.- MASTECTOMÍA = 25(0,7%)
- 20.- LIB. TUNERL DEL CARPO = 24 (0,7 %)
- 21.- HEMORROIDECTOMÍA = 19 (0,5 %)
- 22.- PROTESIS DE CADERA = 13(0,3%)
- 23.- COXARTROSIS = 7(0,24 %)
- 24.- PLASTIA DE URETRA = 7 (0,2 %)

(3308) 2707

RESULTADOS FINALES

Julio - Dic 02 - Enero - Junio 03

a) CONSULTAS 7114 (100%)

b) DIAGNÓSTICOS

- 1.- HERNIOPLASTIA =1423 (20.0 %)
- 2.- CCL = 1286 (18.0 %)
- 3.- HISTERECTOMIA = 434 (6.1 %)
- 4.- RINOPLASTIA = 309 (4.3 %)
- 5.- RES. LIPOMA = 306 (4.3 %)
- 6.- TIROIDECTOMÍA =176 (3.8 %)
- 7.- LAPE = 197 (2.7 %)
- 8.- AMP. MP = 186 (2.6 %)
- 9.- FÍSTULA ANAL =184 (2.5 %)
- 10.- CISTOCELE = 144 (2.0 %)
- 11.- SAFENECTOMÍA = 140 (1.9 %)
- 12.- PROSTACTECTOMÍA = 133 (1.8 %)
- 13.- SEC. QUEMADURAS = 115 (1.6 %)
- 14.- EVENTR PQ = 93 (1.3 %)
- 15.- PIELONEFRITIS = 92 (1.2 %)
- 16.- HERNIA HIATAL = 88 (1.2 %)
- 17.- MASTECTOMÍA = 75 (1.0 %)
- 18.- LPH = 72 (1.0 %)
- 19.- DERMOLIPECTOMÍA = 70 (0.9 %)
- 20.- NEFRECTOMÍA = 56 (0.7 %)
- 21.- OSTEOSÍNTESIS =23 (0.3 %)
- 22.- HERNIA DE DISCO = 20 (0.2 %)
- 23.- MICROTÍAS =19 (0.2 %)
- 23.- LITIASIS DE URETRA = 14 (0.1 %)
- 25.- CONDILOMAS ANALES = 13 (0.1 %)
- 26.- OOFERECTOMÍA =12 (0.1 %)
- 27.- SX TUNEL DE CARPO = 10 (0.1 %)
- 28.- FX CUBITO Y RADIO = 10 (0.1 %)
- 29.- ESTENOSIS DE CUELLO = 8 (0.1 %)
- 30.- QUISTE SINOVIAL = 8 (0.1 %)
- 31.- FX DE TOBILLO = 8 (0.1 %)
- 32.- ASIMETRÍA FACIAL = 7 (0.09 %)
- 33.- LITIASIS VESICAL =7 (0.09 %)
- 34.- = 6 (0.08 %)
- 35.- MAMA SUPRANUMERARIA = 6 (0.08 %)
- 36.- CA DE COLON =5 (0.07 %)
- 37 OTROS =1259 (17.6 %)

RESULTADOS 100 CASOS

1.- SEXO

- A) ---MASCULINO = 35 (35%)
- B) FEMENINO = 65 (65%)

2.- EDADES:

- A) MINIMA = 15a
- B) MÁXIMA = 82 a
- C) LA MAS FRECUENTE = 49 a (9)

3.- DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO=

- A) COLECISTECTOMÍA = 30 (30%)
- B) HEMOPLASTIA = 13 (13%)
- C) AMPUTACIÓN INFRACONDILEA= 7 (7%)
- D) PLASTIA DE PARED = 6 (6%)
- E) HISTERECTOMÍA AABDOMINAL = 6 (6%)
- F) AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA = 4 (4%)
- G) OTRAS = 23 (23%)

4.- DIAGNÓSTICO PRE - EXISTENTE

SI = 65 (65%) NO = 35 (35%)

- A) HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA 26 (40%)
- B) DIABETES MELLITUS TIPO II = 20 (30.7%)
- C) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA = 2 (3.0%)
- D) OBESIDAD = 4 (6.1%)
- E) TABAQUISMO = 2 (3.0%)
- F) SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL = 2 (3.0%)
- G) OTRAS = 9 (13.8%)

5.- VALORADO POR LA CLÍNICA DE ANESTESIA

SI = 71 (71%) NO = 29 (29%)

CAUSAS: 1.- NO LA PUSIERON = 4 (13.7%)

2.- FALTA DE EXÁMENES = 15 (51.7%)

3.- FALTA DE VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA = 10 (34.4%)

Nota. Si se realizó la cirugía se reprogramó

6.- VALORACIÓN POR LA CLINICA DE ANESTESIA

- 1.- ASAII = 50 (49%)
- 2.- ASA III = 29 (21%)
- 3.- ASA I = 21 (16%)
- 4.- ASA IV = 1 (1.4%)
- 5.- Ny MA I = 2 (2.5%)
- 6.- Ny MA II = 2 (2.5%)
- 7.- Ny MA III = 0
- 8.- Ny MA I = 0
- 9.- Goldman I = 2 (2.5%)
- 10.- Goldman II = 2 (2.5%)

7.- FECHA DE REALIZACIÓN DE LA VALORACIÓN

- a) 24 hrs = 41 (41%)
- b) 5 días = 14 (14%)
- c) 15 d días = 12 (12%)
- d) 3 días = 10 (10%)
- e) 7 días = 10 (10%)
- f) 48 hrs. = 6 (6%)
- g) 1 mes 6 (6%)
- h) 2 meses 1 (1%)

8.- VALORACIÓN PRE-ANESTESIA POR EL ANESTESIÓLOGO EN TURNO

SI = 72 (72 %) NO = 28 (28 %)

- 1.- ASA II = 44 (61.1 %)
- 2.- ASA I = 14 (19.4 %)
- 3.- ASA III = 12 (16.6 %)
- 4.- ASA IV = 20 (27.7 %)
- 5.- MALLAMPATI I = 20 (27.7 %)
- 6.- MALLAMPATI II = 2 (2.7 %)
- 7.- PATIL I = 15(20.8 %)
- 8.- PATIL II. = 6(8.3 %)
- 9.- RIESGO TROMBOEMBÓLICO LEVE = 3 (4.1 %)
- 10.- RIESGO TROMBOEMBÓLICO MODERADO = 4 (5.5 %)
- 11.- OBESIDAD = 3 (4.1 %)
- 12.- GOLDMAN I = 1 (1.3 %)
- 13.- GOLDMAN II = 1 (1.3 %)

9.- OTRAS VALORACIONES

SI = 57 NO = 43

- A) Cardiología = 56 (99 %) b) Neuomología = 1 (1 %)
- 1.- Ny HAI = 32 (57.1 %)
- 2.- Ny HAI I = 17 (30.3 %)
- 3.- Ny HAI I = 3 (5.3 %)
- 4.- GOLDMAN II = 3 (5.3 %)

10.-TIPO DE ANESTESIA

- a.- Anestesia General Balanceada = 50. (50 %)
- b.- Bloqueo Peridural = 39 (39 %)
- c.- Bloqueo mixto = 8 (8 %)
- d.- Anestesia endovenosa = 2 (2 %)
- e.- Sedación = 1 (1 %)

11.- DURACIÓN

- a.- 1.45 h = 33 (33 %)
- b.- 1 h. = 20(20 %)
- c.- 1.30 hrs. 13 = (13 %)
- d.- 1.15 hrs. 7 = (7 %)
- e.- 2.30 hrs. = 6 (6 %)
- f.- 3 hrs. = 6 (6 %)
- g.- 2.15 hrs. 4 = (4 %)
- h.- 3.30 hrs. = 4 (4 %)
- i.- 3.30 hrs. = 4 (2 %)
- j.- 4 hrs. = 2(2 %)
- k.- 3.45 hrs = 1 (1 %)
- l.- 2.45 hrs = 0(0 %)

12.- MONITOREO

- 1.- EGC, TA, SaO₂% = 66 (66 %)
- 2.- EGC, TA, SaO₂%, PCO₂% = 34 (34 %)

13.- INCIDENTES

- a.-Hipotensión = 1 (1 %)

14.- ACCIDENTES = NO

15.- OBSERVACIONES = NO

ANÁLISIS:

Se reporto de JULIO DE 2002 a DICIEMBRE DEL 2002 3308 consultas de las cuales MUJERES fueron 2021 (61%) y HOMBRES de 1287 casos (38.9%).

En cuestión de PABELLONES se reportaron 454 (13.7%) en otros pabellones , como el 111 , 109 b, 304 , 109^a, 306 b , 109 b , 105 , 302 , 103 , 105^a , 407 , 505 y 406.

Y en total 7114 (100%) consultas de las cuales en los diagnósticos EN OTROS se reportaron 1259 (17.6%) muy variado los casos , por debajo de 0.9% en cada caso como:

Cambio válvula cardiaca , fistulectomia perineal , quiste pilonidal , parálisis facial , cáncer vesical , esplenectomia , coartacion de aorta ,reseccion de nevó ,pie neuropatico ,absceso anal ,cierre de persistencia del conducto arterioso ,estenosis pilorica , pancreatitis ,status de colostomia ,cáncer de esófago ,prótesis de caderas ,biopsia hepática ,tumor retroperitoneal ,acalasia , ,hallux valgus ,reparación de tendón de aquiles ,tatuajes ,criptorquidia , incontinencia anal ,oclusión turbaria ,circuncisión ,válvula de pudens , corrección de hipertrofia mamaria e implantes mamaros.

Participan servicios como Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía y Cirugía plástica motivos diversos como falta de quirófanos, mantenimiento en sus servicios correspondientes.

Por EDADES en los casos de ENERO A JULIO DEL 2003 en menores de 6 días sin casos reportados, el mayor porcentaje fue en el grupo de 45 -54 años en especifico en el sexo femenino con 525 casos (13.7%), le sigue el grupo de 25-34años en el sexo femenino con 415 casos (10.9%).

El total de 3806 (100%) de los casos el 59.9% son MUJERES y el 40.9% son HOMBRES. Hay algunos pocos casos de edad PEDIATRICA 273 CASOS QUE ES EL 7.17% DE LOS CASOS TOTALES.

Con relación a los 100 casos el 65% son MUJERES y el 35% MASCULINOS, la EDAD más frecuente es de 49 años y la cirugía más frecuente es la COLECISTECTOMIA en un 30%, HERNIOPLASTIA 13% TIROIDECTOMÍA 11% AMPUTACIÓN INFRACONDILEA 7%, PLASTIA DE PARED 6%, HISTERECTOMÍA 6% AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA EL 4%.

Se presento como OTRAS el 23% de los casos los cuales fueron: CIERRE DE FÍSTULA ANAL (6%), SAFENECTOMIA(3%), LAVADOS QUIRÚRGICOS(3%), CIERRE DE COLOSTOMIA (3%), RESECCION DE QUISTES (3%), PLASTIA DE HIATO (1%), CISTOCELE(1%), EXTIRPACIÓN DE LIPOMA(1%), HEMMORROIDECTOMIA(1%) DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL (1%).

Participaron los servicios extras de INFECTOLOGÍA y NEUROCIRUGÍA motivos mantenimiento de sus quirófanos.

Encontramos que el 65% de los casos tenían ENFERMEDAD PRE EXISTENTE como HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA EN 26 CASOS (40%), DIABETES MELLITUS TIPO II en 20 casos (30.7%) OBESIDAD (no se refiere el tipo) en 4 casos (6.1%) ENFERMEDAD OBSTRUTIVA CRÓNICA en 2 casos él (3.0%), TABAQUISMO en 2 casos él (3.9%), SECUELAS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN 2 casos él (3.0%).

En el 35% de los casos los nacientes sin ENFERMEDADES PRE EXISTENTE.

En otras en 9 casos él (13.8%) en 2 casos él (3.0%) con ASMA BRONQUIAL, PANCREATITIS CRÓNICA en 2 casos (3.0%), NEUROCISTICERCOSIS en 2 casos, CARDIOPATIA ISQUEMICA en 2 casos (3.0%) y en 1 caso (0.9%) ESQUIZOFRENIA.

Todos los casos bajan control y valorados.

%Fueron valorados por la CLINICA DE VALORACIÓN PRE ANESTESICA el 71% de los casos y el 29% NO FUERON VALORADOS PERO SI REPROGRAMADOS la causa falta de exámenes de laboratorio en 15 casos(51. /%) falta de valoración por cardiología en 10 casos (34.4%) y en 4 casos (14.7%) NOLA PUSIERON.

La CLINICA valoro pacientes los cuales los clasifico: ASA II en 35 casos (49%) ASA III en 15 (21%) ASA I en 12 (16%) ASA IV en 1 (1.4 %) NYHA I en 2 (2.5%) NYHA II 2(2.5%) NYHA III 0(0%) NYHA IV 0(9%) GOLDMAN I 2(2.5%) GOLDMAN II 2 (2.5%).

La realización de la valoración en las primeras 24 hrs. 41 (41%) 5 días 14 (14%) 15 días 12 (12%) 3 d 10(10 %) 7 días 10 (10%) 48 hrs. 6 (6%) 1 mes 6 (6%) 2 meses (1%).

La valoración PRE anestésico por el ANESTESIOLOGO que participo en el acto quirúrgico si se realizo en el 72% de as casos y no se realizo en él (28%) de los casos la causa no la refirió en la nota correspondiente, el ASA II: 44 (61.1%) ASA I: 14 (19.4%) ASA III: 12 (16.6%) ASA IV: 2 (2.7%) MALLAMPATI I: 20 (27.7%) MALLAMPATI II: 2 (2.7%)

PATIL HI: 15 (20.8%) PATIL II: 6 (8.3%) RIESGO TROMBOEMBOLICO LEVE: 3 (4.1%)

RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO: 4 (5.5%) OBESIDAD: 3 (4.1%).

Otros servicios que participaron en las valoraciones en el SÍ: 57% y el NO: 43 %.

De los cuales CARDIOLOGÍA en 56 casos (99%) y NEUMOLOGÍA en: 1 (1%)

Los cuales reportaron NYHA HI: 32 (57.1%) NYHA II: 17 (30.3%) NYHA III: 5 (8.9%)

GOLDMAN II: 3 (5.3%).

En el tipo de anestesia la ANESTESIA GENERAL BALANCEADA EN 50 CASOS ÉL(50%), BLOQUEO PERIDURAL en 39 (39%) BLOQUEO MIXTO 8 (8%) en ANESTESIA ENDOVENOSA TOTAL en 2 (2%) SEDACION 1 (1%).

En la duración de la anestesia en 1.45 h: 33 (33%) 1 h:20 (20%) 1.30 h :13(13%)

1.15 :7(7%) 2.30 :6 (6%) 3 h :6(6%) 2.25 h:4(4%) 3.30 h:4 (4%) 3.30:4(4%) 4 h:2(2%)

3.45 h:1 (1%) .

Con relación al MONITOREO la utilización de ELECTROCARDIOGRAMA (monitor en derivación DII) SATURACION DE OXIGENO , BAUMANOMETRO en 66 casos (66%)

Con el uso de ELECTROCARDIOGRAMA 8monitor en derivación DII) SATURACIÓN DE OXIGENO PRECION DE BIÓXIDO DE CARBONO ,BAUMANOMETRO en 34 (34%).

Se reporto un incidente por hipotensión la cual respondió a manejo con cristaloides y coloide no se refiere la causa , sin accidentes y sin observaciones.

CONCLUSIONES:

De JULIO DE 2002 a DICIEMBRE DEL 2002 se realizaron 3308 consultas de los cuales HOMBRES fueron el 38.9% y MUJERES el 61% , el pabellón 306 con el 12.3% , la principal patología quirúrgica es la HERNIOPLASTIA el 17.2%.

De ENERO del 2003 a JUNIO del 2003 se realizaron 3806 consultas las cuales de I VEZ el 84.3% y SUBSECUENTE el 15.6% , la edad más frecuente es la de 45 a 54 a con 756 casos el 19.8% , los cuales son MUJERES el 13.7% , la patología quirúrgica mas frecuente es la HERNIOPLASTIA con el 22.8%.

Un total de 7114 consultas que es el 100% , la patología quirúrgica más frecuente es la HERNIOPLASTIA con el 20%.

De los 100 casos el del sexo FEMENINO son el 65% y del sexo MASCULINO el 35% ,con la edad más frecuente es de 49 años ,el diagnostico quirúrgico más frecuente es la HERNIOPLASTIA con 1423 casos el 20% de los casos , la enfermedad PRE existente más frecuente asociada es la HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA en el 40% de los casos, fueron valorados por la CLINICA el 71% de los casos el resto 29% NO fueron valorados la causa mas frecuente la FALTA DE EXAMENES en el 15% de los casos pero si se realizo la cirugía se reprograma , la VALORACIÓN mas frecuente por la CLINICA fue ASA II en el 49 % de los casos. Se realizaron la VALORACIÓN por la CLINICA en el 41% de los casos ,el ANESTESIOLOGO que participo en el acto quirúrgico realizo la valoración en el 72% de los casos , de loas cuales el ASA II con el 44% la mas frecuente no se realizo en el 28% de los casos la causa NO FUE REFERIDA por el ANESTESIOLOGO que participo en el acto quirúrgico.

Cardiología fue el principal servicio en el 99% de los casos valorados y NEUMOLOGÍA en el 1% de los casos.

Se realizo ANESTESIA GENERAL BALANCEADA en el 50% , la duración del acto anestésico más frecuente fue de 1.45 hrs. En el 33% de los casos, se realizo MONITOREO con ELECTROCARDIOGRAFO en derivación DII TENSIÓN ARTERIAL y saturación de oxígeno en el 66% de los casos ,con la utilización de ELECTROCARDIOGRAFO con derivación DII TENSIÓN ARTERIAL SATURACIÓN DE OXIGENO Y PRESION DE BIÓXIDO DE CARBONO en 34% de los casos ,todos monitoreo no invasivo. Solamente el 1% de los casos presenta hipotensión con rápida respuesta a cristaloides y coloide sin accidentes no observaciones.

En la atención PRE-Anestésica en el Hospital General de México, en la hoja correspondiente se inicia con el NOMBRE SEXO EDAD EXPEDIENTE UNIDAD O PABELLÓN CAMA FECHA DIAGNOSTICO QUIRÚRGICO Y OPERACIÓN Planeada, se interroga directamente por los ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS como TABAQUISMO ALCOHOLISMO DROGADICCIÓN TRANQUILIZANTES PSICOTRÓFICOS,ademas ANTECEDENTES HEREDITARIOS. Los ANTECEDENTES

PERSONALES PATOLÓGICOS se enfatizan en ALÉRGICOS CARDIOVASCULARES ENDOCRINOS HEPÁTICOS HEMATOLÓGICOS INMUNOLÓGICOS NEUROLÓGICOS MÚSCULO ESQUELETICO PULMONARES RENALES TRASFUNCIONALES INFECCIOSOS CONGENITO HIPERTERMIA MALIGNA MIASTENIA GRAVIS PORFIRIA TRAUMATOLÓGICOS y QUIRÚRGICOS. Si se administra ANTIBIÓTICO ANTICONVULSIVOS ANTIDEPRESIVOS BLOQUEADORES DIGITALICOS DIURÉTICOS IMAO INSULINA y VASOPRESORES.

En la EXPLORACIÓN FÍSICA el ESTADO DE CONCIENCIA LOS SIGNOS VITALES REFLEJOS NARIZ CAVIDAD ORAL PIEZAS DENTALES MICROGNATIA MACRÓGLOSIA PALADARES CUELLO TORAX AUSCULTACIÓN Y MOVIMIENTOS AREA PRECORDIAL AUSCULTACIONJ como FRECUENCIA CARDIACA RITMO TRILL CHOQUE DE LA PUNTA SOPLOS , ABDOMEN , COLUMNA VERTEBRAL COMO PIEL HIPERTRICOSIS PADECIMIENTOS DERMATOLÓGICOS XIFOSIS LORDOSIS ESCOLIOSIS LUMBALGIA, MIEMBROS TORÁXICOS y MIEMBROS PÉLVICOS.

Exámenes de LABORATORIO Y GABINETE :BH ,GPO Y RH, GLUC, UREA , CREATININA , AC. URICO ,TP , TPT ,EDO, ELECTROLITOS SERICOS y otros laboratorios, RX. DE TORAX.

Con relación a VALORACIONES PRE OPERATORIAS hay espacio para ASA , NYHA , GOLDMAN y espacio para la nota medica del Anestesiólogo que realizo la VALORACIÓN e indicaciones medicas.

Se enfatiza en la presencia de HIPERTERMIA MALIGNA, MIASTENIA GRAVIS ya que algunos medicamentos de ANESTESIA pueden agudizarla, el uso de anticonvulsivos ,

Anticoagulantes el MAO puede pontencializar los ANESTESICOS.

También en la exploración fisica de la cavidad oral cuello de columna vertebral y de miembros torácicos y pélvicos ,aunque no se especifica la anatomía de accesos vasculares tampoco se especifica la clasificación de la vía aérea (MALLAMPATI, PATIL) .

Los exámenes son los básicos cuando hay casos quirúrgicos como TIROIDECTOMÍA el cual fue el 3.8% a todos los casos le realizaron cuantificación erica de TSH T3 T4 , GAMMAGRAMA TIROIDEO, en la PROSTATECTOMIA el cual fue el 1.8% de los casos se realizo la cuantificación serica del FACTOR TUMORAL , se realizaron todos los exámenes básicos a los pacientes , a los pacientes con DIABETES MELLITUS TIPO II los cuales fueron el 30.7% de los casos de DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD PRE EXISTENTE NO SE REALIZO examen como la HEMOGLOBINA GLUCOSILADA.

Se deja a criterio de la CLINICA DE VALORACIÓN PRE ANESTESICA como al ANESTESIOLOGO EN TURNO la valoración adecuada en especifica la cavidad oral , cuello , columna vertebral y accesos vasculares.

En una revisión realizada por GARCIA y autores (23) en LANCET del 2003 especificaron las diferentes indicaciones en laboratorio y gabinete en cirugía electiva y por ejemplo el

GRUPO SUIZO la Rx de tórax solo la indican o solicitan a inmigrantes , el ECG a hombres mayores de 50 a y mujeres mayores de 60 años , el cruzar y tipar gpo y Rh solamente si los pacientes tienen antecedente previo de trasfunciones , ningún examen específico en la hemostasia y no se indicaron otros exámenes. En el grupo FRANCES la Rx de tórax en inmigrantes, el ECG en hombres mayores de 40 años y mujeres mayores de 55 años, el tipar y cruza grupo y Rh en cirugías mayores , inmigrantes y mujeres embarazadas, exámenes de hemostasia solo en cirugía de alto sangrado (mas de 500 cc de sangrado).

El grupo ESPAÑOL la realización de Rx de tórax todos los pacientes mayores de 60 años , a los fumadores de mas de 20 cigarrillos al día o más de 30 años de fumar , el ECG en hombres y mujeres mayores de 60 años , el tipar y cruzat grupo y Rh en recién nacidos , en mayores de 60 años en mujeres fértiles y en cirugía que pueda sangrar mas de 500 cc de sangre, exámenes de hemostasia en pacientes con problemas de coagulación y en cirugía que pudiera sangrar mas de 500 cc de sangre, en otros exámenes en mayores de 40 años como BUN UREA CREATININA y test de GLICEMIA completa.

El grupo HOLANDES la Rx de tórax en inmigrantes en fumadores a cualquier edad el ECG en hombre y mujeres mayores de 60 años , el cruzar y tipar grupo y Rh solo en niños menores de un año , en pacientes ya hemotrasfundidos , exámenes completos de hemostasia en pacientes que tomen anticoagulantes orales o en cirugías que provoque sangrados mayor a 500 cc de sangre, en otros exámenes la realización de creatinina en mayores de 60 años.

En el grupo INGLES a , la Rx de tórax no la indicaban , el ECG no lo indicaban al igual que el tipar cruzar grupo y Rh, en estudios de hemostasia solamente en pacientes que tengan desordenes en la homeostasis , otros análisis no se indicaron. En el grupo de USA la Rx de tórax no se indico al igual que el ECG ,el tipar cruza grupo y Rh no se indico , solamente se realizo estudios de homeostasis en pacientes con desordenes en la homeostasis.

El grupo INGLES b la Rx de tórax se indicaron en asmáticos y fumadores, el ECG en mujeres y hombres por arriba de 60 años, sé tipo y cruzo grupo y Rh en mayores de 80 años en cirugías mayores, estudios de hemostasis no se realizaron y en otros exámenes solos en mayores de 40 años para determinar función renal. Los estudios en mas de 100 000 casos en diferentes grupos quirúrgicos, el grupo ESPAÑOL estudia en forma mas completa al paciente en nuestro país MÉXICO en el HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO por ejemplo el ECG a mayores de 45 años, la Rx de tórax en pacientes fumadores patologías pulmonares o en pacientes cardiópatas, exámenes específicos como TSH T3 T4 en pacientes que se realizaran TIROIDECTOMÍA en PROSTACTECTOMIA el factor TUMORAL y PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA en pacientes con padecimientos crónicos pulmonares con valoración por NEUMOLOGÍA el tipar cruzar grupo y Rh en todos los pacientes programados a cirugía y mas en cirugía mayor.

Nuestra HIPÓTESIS se contesta en forma afirmativa si los pacientes programados previamente fueron VALORADOS por la CLINICA LA PRESENCIA DE INCIDENTES O ACCIDENTES NO SE PRESENTARON O ES MUY BAJO EN ESTE CASO FUE EL 1% DE LOS CASOS.

La valoración por la CLINICA y por el ANESTESIOLOGO que participo en el acto quirúrgico fue casi igual por la CLINICA ASA II 49% por el ANESTESIOLOGO que participo en el acto quirúrgico ASA II 44% y fue más amplia hasta en un 75% de los casos. La presencia de incidente NO tuvo relación con la valoración PRE anestésico realizada por la CLINICA y por el ANESTESIOLOGO que participo en el acto quirúrgico.

Se determinaron el numero de valoraciones en doce meses de 7114 casos, NO se reportaron cancelaciones de actos quirúrgicos por falta de valoraciones, se determino que el ASA II fue la más frecuente valoración tanto por parte de la CLINICA que por el ANESTESIOLOGO que participo en el acto quirúrgico, la HERNIOPLASTIA fue la patología más frecuente, la HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA fue la patología PRE existente mas frecuente, mas frecuentes el sexo FEMENINO en la edad de 49 años la mas operada y valorada, ningún acto quirúrgico se suspendió por parte de ANESTESIOLOGIA, el ANESTESIOLOGO que participo en el acto quirúrgico modifico o amplio la valoración en casi el 56% de los casos ya valorados por la CLINICA. Participaron solamente pacientes previamente valorados por la clínica.

Se puede determinar que un paciente programado para un evento quirúrgico tiene que ser valorado previamente por el servicio de ANESTESIOLOGIA ya que será muy bajo la incidencia de complicaciones que el ANESTESIOLOGO que impartirá la ANESTESIA - dará una vía de los casos que se someterán a un acto quirúrgico.

REFERENCIAS

1. - Miller R. D. ANESTESIA Segunda edición 1993.
2. - Stoelting R. K. ANESTESIA AND CO- EXISTING DISEASE Tercera edición 1993.
3. - Collins V. J. ANESTESIOLOGIA Tercera edición 1996.
4. - Morgan G . E. ANESTESIOLOGIA Primera edición 1995.
5. - Rivera M. RELEVANCIA DE LA VISITA Y VALORACIÓN PESTESICA EN EL HOSPITAL GENERAL Tesis de postgrado 2002.
6. - Vicent J C ANESTESIOLOGIA: ANESTESIA GENERAL Y REGIONAL Tercera edición 1996.
7. - Robert K S BASES DE LA ANESTESIA Tercera edición 1986.
8. - Kurt J L COMPENDIO HARRISON . PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA decimotercera edición 1995.
9. - Donald E M ANESTHESIOLOGY CLINICS OF NORTH AMERICA STRATEGIES FOR THE PREOPERATIVE PATIENT 1999.
10. - Ronald D M ANESTESIA Segunda edición 1993.
11. - Antonio A J TEXTOS DE ANESTESIOLOGIA 1998.
12. - Paúl G B MANUAL DE ANESTESIA CLINICA Segunda edición 1997.
13. - Owens W D ASA PHYSICAL STATUS CLASSIFICATIONS 1978.
14. - Conde J MANUAL DE CUIDADOS INTENSIVOS Segunda edición 2002.
15. - Luna P ANESTESIA CARDIOVASCULAR Segunda edición 1997.
16. - Sociedad Mexicana de Anestesiología A C MEMORIAS XXVI CURSO ANUAL 2000.
17. - Charle J C ANESTESIA PEDIATRICA Segunda edición 1997.
18. - Alonso M M MANUAL CLINICO DE LA VIA AEREA Segunda edición

2000.

19. -Alberto V S **URGENCIAS GRAVES EN MEDICINA** 1995

20. - Dale D **ELECTROCARDIOGRAFÍA PRACTICA** Tercera edición 1976.

21. - Seymour I S **MANUAL DE PRINCIPIOS DE CIRUGÍA** Quinta edición 1993.

22. - Henry D D **QUIMIOTERAPIA** 1997.

23.- García Miguel. **PREOPERATIVE ASSESSMENT. The Lancet** Vol 362. Nov.22
. 362 :1749-57.