

11202



HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

"ESTUDIO DE LA EVALUACION PREOPERATORIA
EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL JUAREZ DE
MEXICO, S.S."

TESIS RECEPCIONAL

PARA LA ESPECIALIDAD DE:

ANESTESIOLOGIA

P R E S E N T A :

DRA. XOCHITL POPOCA MONDRAGON



MEXICO, D. F.

1999

m347445

2005



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.

AUTORIZACIONES



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

Dr. Jorge A. Del Castillo Medina
Jefe del departamento de enseñanza
Hospital Juárez de México

Dra. Juana Peñuelas Acuña
Jefe del servicio de Anestesiología y terapia respiratoria
Hospital Juárez de México.
Asesor de tesis.

Dra. Xóchitl Popoca Mondragón
Médico residente del 3er año de Anestesiología

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Xóchitl Popoca Mondragón

FECHA: 16 - Agosto - 2005

FIRMA:

**A mi esposo, quien ha sabido ser compañero y amigo
Gracias por tu paciencia.**

INDICE

• Carátula.....	1
• Autorizaciones.....	2
• Dedicatoria.....	3
• Indice.....	4
• Título, tiempos, investigadores, tipo de estudio, planteamiento del problema, razones de la investigación.....	5
• Objetivos, hipótesis, finalidades.....	6
• Valoración preoperatoria.....	7
• Diseño de la investigación y metodología.....	9
• Análisis estadístico.....	10
• Resultados.....	11
• Discusión.....	15
• Conclusiones.....	16
• Bibliografía.....	17
• Gráficas.....	18

1.1. TÍTULO

ESTUDIO DE LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

1.2. TIEMPOS Y FECHAS

Se llevó a cabo el presente protocolo de julio a septiembre de 1998.

1.3. INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dra. Xóchitl Popoca Mondragón.

Médico residente del 3er año de anestesiología.

1.4. ASESOR DE TESIS

Dra. Juana Peñuelas Acuña.

Jefe del servicio de Anestesiología y Terapia Respiratoria.

1.5. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

1.6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Toda intervención quirúrgica entraña la posibilidad de que ocurran complicaciones; muchas de ellas se asocian con variables clínicas que pueden ser reconocidas desde antes de la cirugía. La identificación oportuna de algunas de estas variables ha permitido no sólo predecir la magnitud del riesgo sino, lo que es más importante, tomar las medidas pertinentes en forma oportuna para reducir la frecuencia de complicaciones.

Con el presente protocolo se pretenden identificar los errores y omisiones en la evaluación preoperatoria, que en nuestro hospital representan la causa de suspensión de cirugías programadas, debido a:

- Falta de preparación del paciente.
- Falta de valoración cardiológica.
- Disposición de sangre.
- Actualización de estudios de laboratorio.

Todo esto representa un derroche de costos tanto para el hospital como para el paciente, pero sobre todo, una actitud no ética.

2.1. RAZONES PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACIÓN.

Elevar la calidad de la asistencia mediante la reducción de riesgos a través de la identificación de los factores de riesgo perioperatorio. “ Si se eleva la calidad de la atención, se disminuye el costo por paciente”.

2.2. DEFINICION DE LOS OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las fallas y omisiones que se realizan durante la evaluación preoperatoria.

OBJETIVOS PARTICULARES:

A) Recolectar los datos de identificación del paciente, así como el diagnóstico.

B) Recolectar los datos de la nota prequirúrgica.

C) Identificar si se evalúan otros factores como:

Riesgo quirúrgico.

Estado físico ASA.

Riesgo integral.

Tipo de anestesia.

Cirugía realizada.

Tiempo quirúrgico y anestésico.

Sangrado transoperatorio.

2.3. HIPÓTESIS.

Las evaluaciones preoperatorias se realizan en base a los parámetros establecidos para la nota preoperatoria en la norma del expediente clínico.

2.4. FINALIDADES.

Identificar las fallas u omisiones dentro de la evaluación preoperatoria con la intención de reducir en un futuro los factores de riesgo y elevar la calidad de asistencia.

VALORACIÓN PREOPERATORIA

La cirugía es hoy en día un evento cotidiano gracias al perfeccionamiento que ha alcanzado en su desarrollo histórico. Esta cotidianeidad explica que se hayan olvidado las dificultades que la cirugía entrañaba en un pasado no muy lejano, en el que las complicaciones eran más la regla que la excepción. El refinamiento técnico se ha complementado con un avance paralelo en disciplinas afines, de manera que tan importante ha sido el perfeccionamiento de las destrezas quirúrgicas como los cambios en una serie de actividades marginales, entre las que se pueden mencionar, por ejemplo, la mejor selección de los casos, el progreso en las técnicas de anestesia y de vigilancia transoperatorias, y el mejor conocimiento y aplicación de los cuidados postoperatorios. En todo este avance ha jugado un papel preponderante, sin lugar a dudas, la mejor valoración preoperatoria de los pacientes quirúrgicos (5).

Toda intervención quirúrgica entraña la posibilidad de que ocurran complicaciones; muchas de ellas se asocian con variables clínicas que pueden ser reconocidas desde antes de la cirugía. La identificación oportuna de algunas de estas variables ha permitido no sólo predecir la magnitud del riesgo, sino, lo que es más importante, tomar las medidas pertinentes en forma oportuna para reducir la frecuencia de complicaciones (1).

Los primeros intentos para establecer patrones que calificaran el riesgo operatorio de un paciente datan de 1940, cuando la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), diseñó una clasificación por categorías para establecer lo que se conoce aún en la actualidad como estado físico preoperatorio (3). Algunos médicos han utilizado esta valoración del estado físico para cuantificar el riesgo quirúrgico y, efectivamente, se ha encontrado una correlación entre la escala del ASA y la frecuencia de complicaciones trans- y postoperatoria. Esta es una clasificación ciertamente gruesa, y en la que participa mucho un juicio subjetivo, pero tiene la ventaja de que es sencilla y ha alcanzado un grado suficiente de generalización como para ser utilizada como lenguaje de comunicación casi universal (10).

Además de la evaluación del estado físico ASA, surgieron muchas otras escalas que evaluarían el riesgo cardiaco para pacientes sometidos a cirugía no cardiaca (Goldman), la escala de riesgo para pacientes con patología pulmonar (Shapiro), otras escalas que evalúan el riesgo quirúrgico (Johns Hopkins), clasificaciones de riesgo tromboembólico, del estado neurológico (Glasgow) (9), y muchas otras clasificaciones incluyendo también aquellas que evalúan la dificultad de la intubación (Cormack, escala de distancia esterno-mental, Mallampati y de Patil-Aldrete) (1).

En los últimos tiempos, conforme se han ido utilizando procedimientos que analizan con más precisión las diversas variables fisiológicas, el estudio preoperatorio de los enfermos ha alcanzado niveles cada vez mayores de complejidad y precisión (7). Ahora es posible recurrir, para una valoración preoperatoria a mediciones hemodinámicas, técnicas de valoración nutricional y a muchos otros métodos que permiten definir con cierto detalle las características de riesgo de la cirugía en el caso concreto. No obstante, en la mayoría de los casos, es innecesario recurrir a procedimientos complejos o costosos (4-9).

Los factores de riesgo para el paciente comprenden tres esferas:

1. Las que aporte el paciente.
2. Las que aporte el equipo médico quirúrgico.
3. Las que dependen del hospital y de la institución de salud.

Los factores de riesgo que aporte el paciente son: la naturaleza y duración de la enfermedad que requiere la operación; enfermedades concomitantes y su tipo de control, ya que todos aquellos pacientes con enfermedades descontroladas o crónico degenerativas de larga evolución tendrán mayor riesgo; edad del paciente, que como es sabido, los pacientes en los extremos de la vida incrementan su riesgo preoperatorio; y finalmente el estado nutricional que también influye de forma importante en la evolución trans- y postoperatoria.

Los factores que aporta el equipo médico son: tipo de cirugía propuesta, que deberá ser la más apegada a las necesidades del paciente; evaluación anticipada de las pérdidas sanguíneas y prevención del remplazo, en la cual tiene un papel importante el banco de sangre; duración de la operación y de la anestesia, ya que a mayor tiempo anestésico y trauma quirúrgico, mayor posibilidad de complicaciones; la valoración suficiente de riesgos como la vía aérea, riesgo cardiológico, estado físico, etc.; selección de los agentes anestésicos, la cual se hará dependiendo de la patología concomitante y del procedimiento quirúrgico; la habilidad del equipo anestésico- quirúrgico.

Los factores que dependen de la institución son: tipo de hospital, si es un segundo o tercer nivel; disponibilidad de recursos como consulta preanestésica, equipo anestésico y quirúrgico que cumplan con la norma oficial, unidad de cuidados postanestésicos, unidad de cuidados intensivos postquirúrgicos, banco de sangre, laboratorio clínico funcionando las 24 horas.

Actualmente se cuenta con una serie enorme de indicadores de riesgo publicados en libros, revistas, y en páginas de Internet, no obstante, el énfasis debe hacerse en que lo más importante es “la comunicación y la planeación interdisciplinaria del tratamiento médico-anestésico-quirúrgico”.

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Se trató de un estudio prospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

3.2. LUGAR Y DURACIÓN.

Se realizó en pacientes del Hospital Juárez de México, S.S., específicamente de los servicios de Oncología, Cirugía General y Urología, en pacientes programados para cirugía electiva durante los meses de julio a septiembre de 1998.

4. MATERIAL Y METODO.

4.1. UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La población estuvo compuesta por pacientes programados para cirugía electiva de los servicios ya mencionados, 42 pacientes de Cirugía General, 33 pacientes de Oncología y 28 pacientes de Urología.

4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes programados para cirugía electiva de los servicios mencionados.

4.3. METODOLOGIA.

Se diseñó un instrumento para la captura de datos, basado en los parámetros establecidos para la nota preoperatoria en la norma del expediente clínico.

Los datos del cuestionario se capturaron en el momento de hacer la visita preanestésica, en el trans- y postoperatorio.

Se instruyó a los médicos residentes del servicio para la captura de la información.

A continuación se anexa el cuestionario de recolección de datos.

**VALORACION PREANESTESICA,
PROTOCOLO DE PREDICION DE COMPLICACIONES**

FECHA _____ No PACIENTE _____

NOMBRE _____ No EXPED. _____

SERV. QUIRURGICO _____

EDAD _____ SEXO _____ MASA CORPORAL _____

DIAGNOSTICO QUIRÚRGICO _____

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS _____

1. NOTA PREQUIRURGICA: SI () NO ()

A. CIRUGIA PLANEADA _____

B. VALORACION CARDIOLOGICA: ECG _____

Tele tórax _____

Diagnóstico _____

C. VALORACION PULMONAR _____

D. PÉRDIDA SANGUÍNEA ESTIMADA _____

E. VOLUMEN DE SANGRE Y PLASMA DE SUSTITUCION DISPONIBLE _____

F. FARMACOS QUE SE ESTAN SUMINISTRANDO _____

G. EXÁMENES BÁSICOS DE LABORATORIO

a) B.H. : Hb _____ Ht _____ Plaquetas _____

b) Q.S.: Glicemia _____ Urea _____ Creat. _____

c) P. Coagulación: TP _____ TPT _____

d) Examen general de orina _____

2. RIESGO QUIRURGICO _____

3. ESTADO FISICO A.S.A. _____

4. RIESGO INTEGRAL _____

5. TIPO DE ANESTESIA _____

6. CIRUGÍA REALIZADA _____

7. DURACIÓN: ANESTESIA _____ CIRUGIA _____

**VALORACION PREANESTESICA
PROTOCOLO DE PREDICION DE COMPLICACIONES**

8. COMPLICACIONES:

	TRANSOPERATORIAS	POSTOPERATORIAS Hasta el egreso del hospital
CARDIACAS		
RESPIRATORIAS		
METABOLICAS		
HEMORRAGICAS		
VASCULARES		
INFECCIOSAS		
MUERTE		

Nombre del recolector de datos: _____

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se determinaron mediana, porcentajes y frecuencias en cada uno de los grupos.

Se utilizaron hojas de recolección de datos y se determinaron: edad, sexo, índice de masa corporal, existencia de nota prequirúrgica y número de criterios cumplidos, prevención para pérdida de volumen, estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina, valoración cardiológica, índice de Goldman, estado físico ASA.

6. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Físicos: Hospital Juárez de México, S.S.

Humanos: Médicos residentes de Anestesiología de 1er y 2º año.

Financieros: Los del Hospital Juárez de México e investigadores.

6.1. CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO DEL PERSONAL.

Se instruyó a los médicos residentes del servicio de anestesiología de 1er y 2º año para la captura de la información.

RESULTADOS

DATOS GENERALES:

SEXO:

Encontramos que el 63% del total de los pacientes fueron del sexo femenino y el 37% del sexo masculino.

En el grupo 1, masculinos 9, femenino 33

En el grupo 2, masculinos 6, femeninos 27

En el grupo 3, masculinos 23, femeninos 5

Observamos que son más frecuentes las cirugías para el sexo femenino en las especialidades de Oncología y Cirugía General, y más para el sexo masculino en el servicio de Urología.

EDAD:

Se determinó la mediana en cada grupo encontrando que la mediana en el total de la población fue de 49 y el rango de edad fue desde los 15 hasta los 92 años, por grupos encontramos lo siguiente:

En el grupo 1 el rango fue de 20 a 78 años con una mediana de 40

En el grupo 2 el rango fue de 15 a 92 años con una mediana de 49

En el grupo 3 el rango fue de 19 a 76 años con una mediana de 58

Como podemos observar el grupo que presentó pacientes de mayor edad fue el de Urología, seguido por el de Oncología y Cirugía General respectivamente

INDICE DE GOLDMAN

La escala de Goldman fue buscada en los expedientes clínicos encontrando los siguientes datos:

Goldman 4: no se reportó ningún paciente de los tres grupos estudiados

Goldman 3: encontramos un paciente del grupo 2

Goldman 2: encontramos 5 del grupo 1, 9 del grupo 2 y 8 del grupo 3.

Goldman-1: encontramos 2 del grupo 1, 6 del grupo 2 y 9 del grupo 3

Observamos que las patologías cardíacas se presentaron más frecuentemente en el servicio de Urología, que también tiene los pacientes de mayor edad.

ESTADO FISICO ASA

Aquí se determinó la frecuencia de los casos en cada clase del ASA:

En el total de la muestra no encontramos a ningún paciente en la clase 4 o 5 del ASA

En el grupo 1: 25 pacientes se encontraron con un ASA 1, 13 pacientes con un ASA 2 y 4 pacientes con un ASA 3.

En el grupo 2: 7 pacientes con ASA 1, 18 pacientes con ASA 2 y 8 pacientes con ASA 3.

En el grupo 3: 9 pacientes con ASA 1, 15 pacientes con ASA 2 y 4 pacientes con ASA 3.

Como podemos observar la mayoría de los pacientes del total de la muestra, se encuentran en un ASA 2, lo que indica que tienen alguna patología agregada a su problema quirúrgico de base.

INDICE DE MASA CORPORAL:

Se determinaron los porcentajes de participación por rangos para determinar obesidad, encontrando en la muestra total que el 58.4% están en un índice de 20 a 27, el 22.3% se

encuentra en el rango de 28 a 35, rango mayor a 35 solo el 5.3% y rango menor a 20 solo el 14.0%.

El comportamiento fue similar por cada uno de los grupos (como se puede observar en las gráficas correspondientes). Y como podemos ver la mayor parte de los pacientes se encontraron en un índice de masa corporal normal aunque con ligera tendencia a la obesidad.

NOTA PREQUIRURGICA

Aquí se determinó el porcentaje de pacientes que contaban con nota prequirúrgica en su expediente y observamos lo siguiente: del total de la muestra el 58% de los pacientes no contaba con una nota prequirúrgica y el 42% si la tenía. Se determinaron el número de criterios que cumplía cada nota de ese 42% y observamos lo siguiente:

En el grupo 1, 23 pacientes tenían de 0 a 2 criterios, 15 pacientes de 2 a 4 criterios y solo 4 pacientes cumplían de 4 a 6 criterios.

En el grupo 2: 13 pacientes cumplían de 0 a 2 criterios, 17 pacientes de 2 a 4 criterios y solo 3 pacientes cumplían de 4 a 6 criterios.

En el grupo 3: 5 pacientes cumplían de 0 a 2 criterios, 20 pacientes de 2 a 4 criterios y 3 pacientes de 4 a 6 criterios.

Como podemos observar del pobre porcentaje de pacientes que contaba con nota preoperatoria (42%) solo 10% de los pacientes tenían una nota que cumplía de 4 a 6 criterios.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

HEMOGLOBINA

Se determinaron del total de la muestra los porcentajes por rangos de Hb realizadas, encontrando los siguientes datos: el 76% se encontraron con Hb entre 12 y 16g/dl, el 13% con Hb mayor de 16g/dl, el 8% con Hb menor de 11g/dl y no realizada en un 3%.

Se observa una tendencia hacia la normalidad en cuanto a este estudio, pero se detectaron también algunos pacientes con resultados anormales.

Esta misma tendencia se mantuvo por grupos la cual podemos observar en la gráfica correspondiente.

PLAQUETAS

Del total de la muestra se obtuvieron los siguientes porcentajes: el 90% de los pacientes reportaban valores de plaquetas mayores o iguales a 150,000; el 10% no contaban con este estudio

Se observan datos normales para el total de los pacientes estudiados.

QUIMICA SANGUINEA:

GLUCOSA:

Se determinaron frecuencias para los rangos de glucemia encontrando los siguientes datos:

Para el grupo 1: no se encontraron pacientes con glucemias menores de 90mg/dl

31 pacientes con glucemia entre 90 y 110mg/dl

7 pacientes con glucemia mayor de 110mg/dl

3 pacientes con estudio no reportado

Para el grupo 2: encontramos un paciente con glucemia menor de 90mg/dl

28 pacientes con glucemia entre 90 y 110

2 pacientes con glucemia mayor de 110

2 pacientes con glucemia no reportada

Para el grupo 3: encontramos 11 pacientes con glucemia menor de 90mg/dl

12 pacientes con glucemia entre 90 y 110mg/dl

5 pacientes con glucemia mayor a 110mg/dl

Como podemos observar la mayor parte de los pacientes se encontraban con glucemias en rangos normales, aunque se detectaron también casos con glucemias descontroladas.

CREATININA:

Se determinó la frecuencia por rangos de creatinina, encontrando los siguientes resultados:

Para el grupo 1: 4 pacientes tuvieron creatinina igual o menor a 0.5, 34 pacientes de .5 a 1.3, ningún paciente con creatinina mayor de 1.3 y 4 pacientes con creatininas no reportadas.

Para el grupo 2: 4 pacientes tuvieron creatinina igual o menor a 0.5, 26 pacientes de .5 a 1.3, ningún paciente con creatinina mayor de 1.3 y 3 pacientes con creatininas no reportadas.

Para el grupo 3: encontramos 2 pacientes con creatinina igual o menor a 0.5, 25 pacientes de .5 a 1.3, ningún paciente con creatinina mayor a 1.3 y 1 paciente con estudio no reportado.

Observamos que en todos los grupos la tendencia fue hacia la normalidad en cuanto a los resultados de creatinina, con un total de 8 pacientes sin el estudio.

TP

Se determinaron frecuencias por cada grupo y porcentaje del total de la muestra, encontrando los siguientes datos: El 83.6% de los pacientes tenían TP mayor al 70%, el 8.7% tenían TP menor al 70% y el 7.7% de la muestra no contaba con este estudio.

Los resultados por grupo son similares todos con tendencia a la normalidad y con una buena frecuencia de estudios no realizados (ver gráfica correspondiente).

EGO

De este estudio de laboratorio se determinó la participación porcentual del total de la muestra y la frecuencia en cada uno de los grupos, obteniendo los siguientes resultados:

El 62.2% no contaban con este estudio y el 37.8% si, esta misma tendencia se mantuvo en cada uno de los grupos .

INTERCONSULTAS

VALORACION CARDIOLOGICA

Se determinó la frecuencia de los casos en cada uno de los grupos para ECG, RX y cal. De Goldman, y porcentaje de cada uno de estos estudios para el total de la muestra, encontrando los siguientes resultados:

el 38% de los pacientes contaba con ECG, El 32% con Rx de tórax, pero solo el 30% tenía determinada la escala de Goldman. La frecuencia en cada uno de los grupos se mantiene similar (ver gráfica correspondiente).

PREVENCION PARA LA PERDIDA DEL VOLUMEN

Del total de la muestra se determinó el porcentaje de pacientes con Folio, pacientes sin ninguna referencia y pacientes con pérdida calculada, encontrando los siguientes resultados: el 40% de los pacientes tenía número de folio (de sangre y derivados disponibles en BS), el 60% no tenía ninguna referencia, y ningún paciente tenía pérdidas calculadas. La frecuencia por grupos es la misma en cada uno de ellos (ver gráfica correspondiente).

DISCUSIÓN

Como podemos observar en los datos anteriores, la mayor parte de los pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos en nuestro Hospital, son pacientes adultos, en su mayoría adultos jóvenes que se encuentran en etapa productiva (6), la mayoría del sexo femenino y con algún antecedente de importancia además de su patología quirúrgica, por lo tanto clasificados en un ASA II (5); una buena parte de ellos presenta ya algún dato de patología cardiovascular, lo que aumenta las posibilidades de complicaciones trans y postoperatorias, aunque la mayoría contaba con un índice de masa corporal normal se detectaron un considerable número de casos con obesidad, algunos de ellos mórbida, todo esto complica aún más el manejo quirúrgico y anestésico (4); recordemos también que los estados de obesidad se asocian con patologías como Diabetes Mellitus, cardiopatía, Hipertensión arterial, patología respiratoria, lo que requiere un estudio preoperatorio más exhaustivo (8).

En cuanto a los datos básicos del expediente podemos corroborar que una mínima parte de los pacientes cuentan con nota prequirúrgica, y que de esa mínima proporción de notas realizadas, la gran mayoría no cuenta con los mínimos datos que requiere una valoración preoperatoria.

Los estudios de laboratorio, básicos en el estudio preoperatorio, encontramos que todos aquellos que se incluyen en la Biometría hemática, si se encuentran reportados tales como Hb, plaquetas, Hto. Los tiempos de coagulación fueron en su mayoría reportados y se encontraron en rangos normales. En contraste observamos que el EGO se realiza en una mínima proporción de pacientes, este estudio es de suma importancia en la valoración preoperatoria ya que determina de una manera indirecta una parte de la función renal, y aunado a la QS son parámetros importantes que determinan función renal integral (5).

En cuanto a la valoración cardiológica se evaluaron dos estudios de gabinete (Rx de tórax y ECG) los cuales fueron realizados a una gran mayoría de pacientes, no así la valoración cardiológica, lo que refleja el derroche de recursos con los que cuenta la institución.

Y finalmente la estimación de las pérdidas de sangre transoperatorias, que como es bien sabido es un parámetro que sirve al Anestesiólogo para prever complicaciones trans y postoperatorias y planear tanto la técnica anestésica como los ingresos transoperatorios.

CONCLUSIONES

Hace 148 años John Snow escribió: “Es conveniente prestar atención a todas las circunstancias conectadas con la salud y la constitución del paciente antes de exponerlo al cloroformo, puesto que muchas de estas circunstancias influyen sobre sus efectos”. Al parecer las palabras escritas entonces por el Dr. Snow no han tenido la penetración esperada. Las suspensiones de cirugía programada se deben principalmente a:

- Falta de preparación del paciente
- Falta de valoración cardiológica
- Disposición de sangre (o sus derivados)
- Actualización de estudios de laboratorio.

Todo esto como es bien sabido, constituye un derroche de costos tanto para el Hospital como para el paciente pero sobre todo constituye una actitud no ética.

En este estudio detectamos algo muy importante, como todos sabemos la nota preoperatoria está constituida por los datos más importantes del periodo preoperatorio en este caso evaluamos siete (=100) de esto solo el 42% de los expedientes tiene una nota y de este 42% solo un 80% cubre 4 criterios, lo que refleja una falta de evaluación de los pacientes.

Consideramos que este es uno de los factores que mas influye en el retraso de la cirugía y que posteriormente repercute sobre la solicitud de cirugías de urgencia, saturando la demanda.

Por otro lado reconocemos que la visita preanestésica no es suficiente para detectar y reducir factores de riesgo y que al efectuarse por la noche y en ocasiones en la madrugada, su impacto es mínimo.

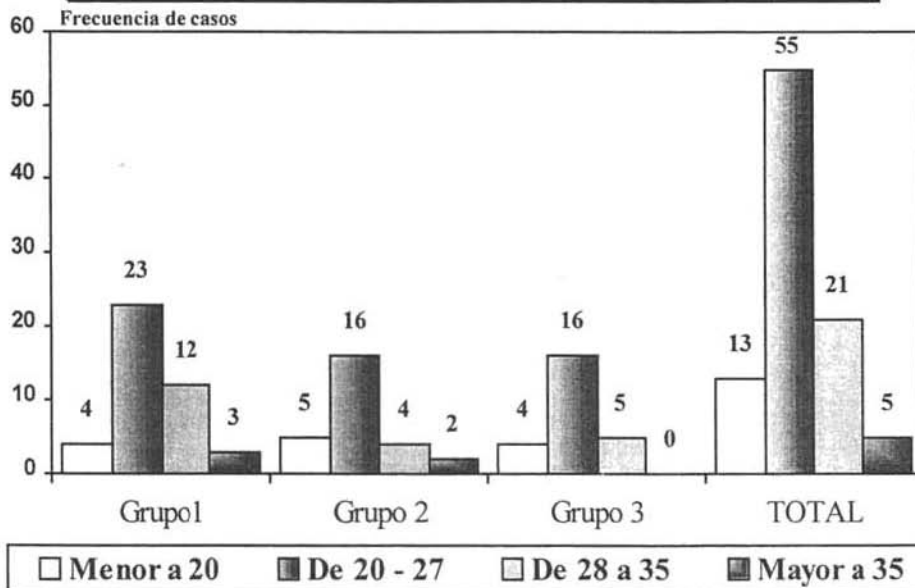
Por lo tanto el presente protocolo nos permite ver que se requiere de un sistema que nos permita aliviar todos estos problemas que son multifactoriales y sugerimos la creación de una “clínica de valoración preanestésica” en donde los pacientes programados para cirugía lleguen con la debida anticipación y con todos los estudios pertinentes en cada caso para que con oportunidad puedan resolverse todos aquellos problemas que podrían ser motivo de suspensión de cirugía.

Cabe mencionar que el presente estudio es un estudio piloto que da pie a otros anestesiólogos que quieran investigar en cuanto a las posibles complicaciones de todos estos pacientes que entran a quirófano sin la evaluación preoperatoria adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

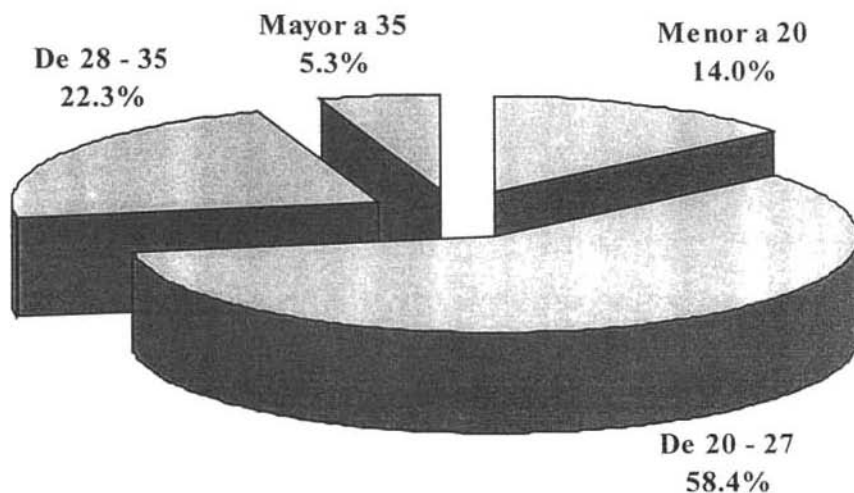
1. Déctor Jiménez, T. Índice de predicción de intubación difícil (IPID). Anestesia en México 9 (6), 212-218.
2. Conde, J.M. Manual de cuidados intensivos. 1ª edición. Ed. Prado, México, 1995.
3. Aldrete, J.A. Tratado de anestesiología teórico-práctico. Tomo I. Ed. Salvat, México, 1990.
4. Collins, B.J. Anestesiología. Anestesia general y regional. Vol. 1. 3ª. edición, Mc Graw Hill-Interamericana, México, 1996.
5. Halabe Cherem, J. Valoración preoperatoria integral en el adulto. 2ª edición, Noriega editores, México, 1996.
6. Farreras-Rozman. Medicina interna. 12ª edición. Ediciones Doyma, España, 1992.
7. Bongard, F. Diagnóstico y tratamiento en cuidados intensivos. El Manual Moderno, México, 1995.
8. Wyngaarden, J. Tratado de Medicina Interna de Cecil. Vol 1. 20ª edición. Interamericana, España, 1996.
9. Pasternax, R. ASA. Valoración preanestésica del paciente quirúrgico, Vol 24., cap. 16, 204-219.
10. [Http://www.anestesia.com.mx/asa.html](http://www.anestesia.com.mx/asa.html)
11. Arreola S. Utilidad de los estudios preoperatorios en cirugía electiva, Revista Mexicana de Anestesiología, 1996, 115-121.
12. Luna Ortíz P. Evaluación Preoperatoria del paciente cardiopata para cirugía no cardiaca Revista Mexicana de Anestesiología, 1996, 19: 128-145.

INDICE DE MASA CORPORAL

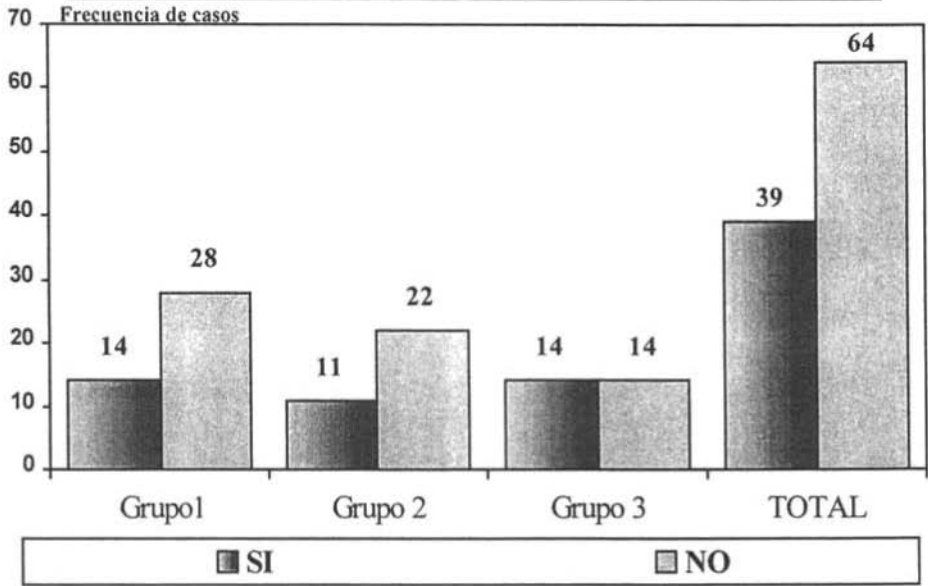


INDICE DE MASA CORPORAL

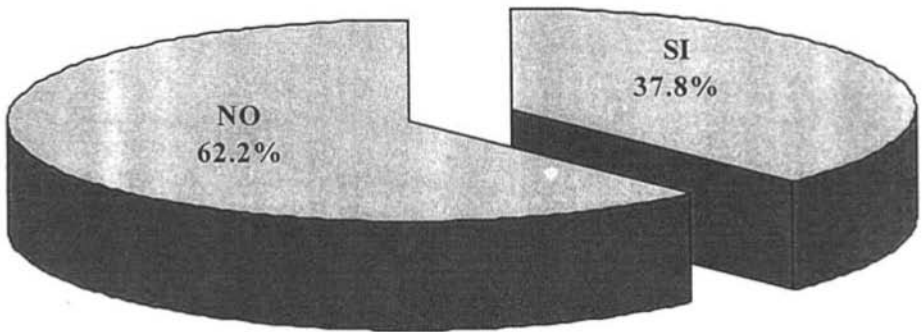
Porcentajes de Participación por Rangos de Edad



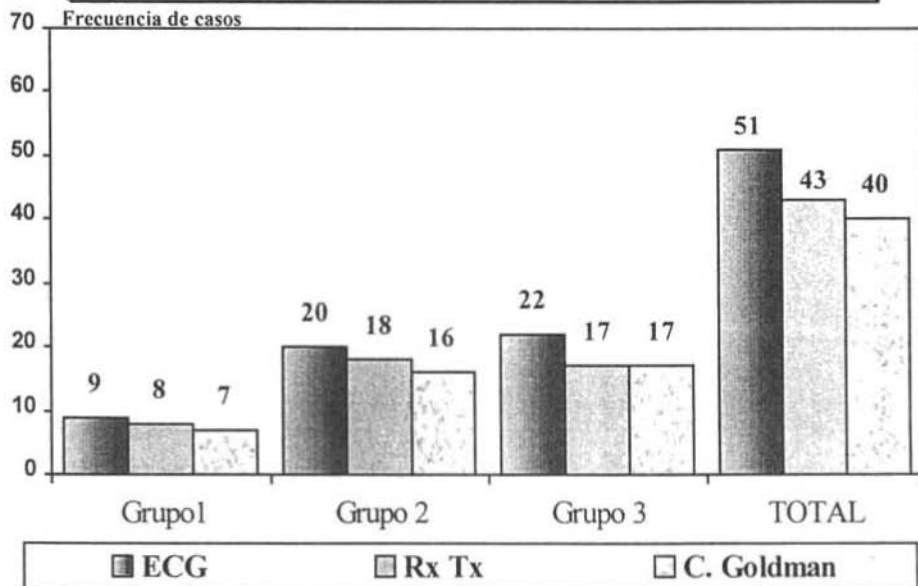
EXAMENES DE LABORATORIO E.G.O.



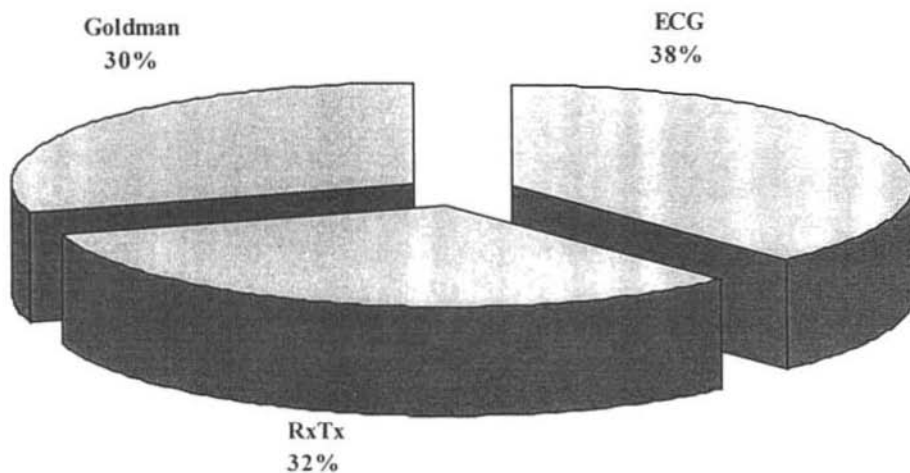
EXAMENES DE LABORATORIO E.G.O. Participación Porcentual



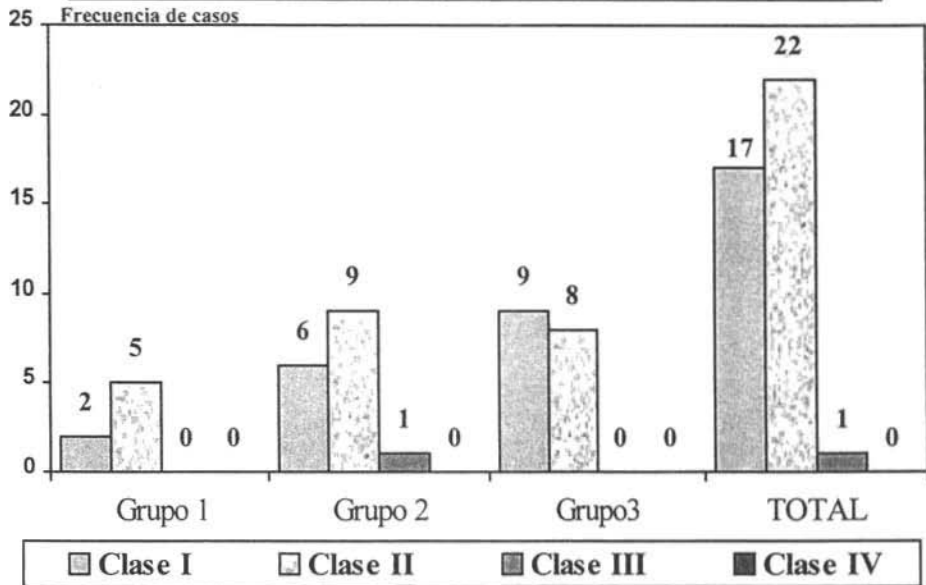
INTERCONSULTA VALORACION CARDIOLOGICA



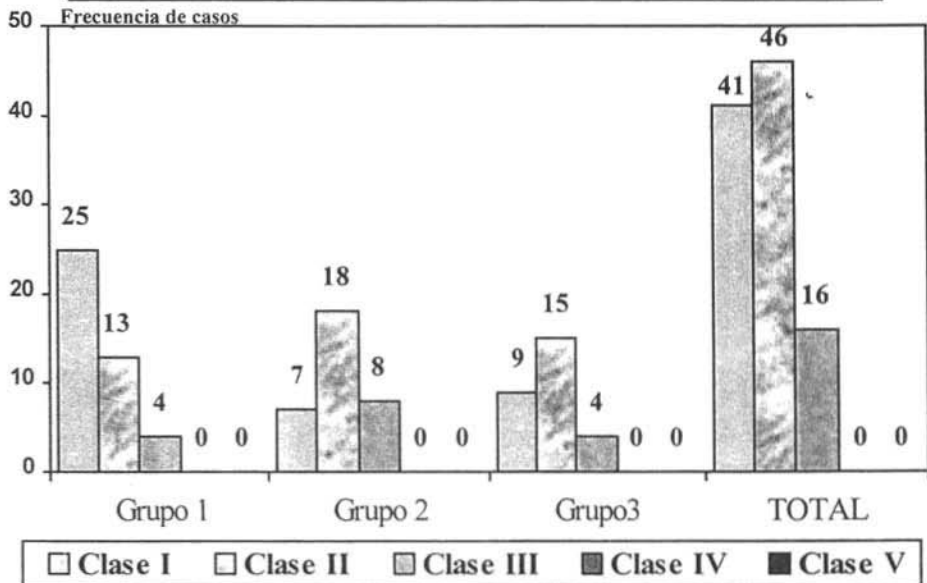
INTERCONSULTA Valoración Cardiológica



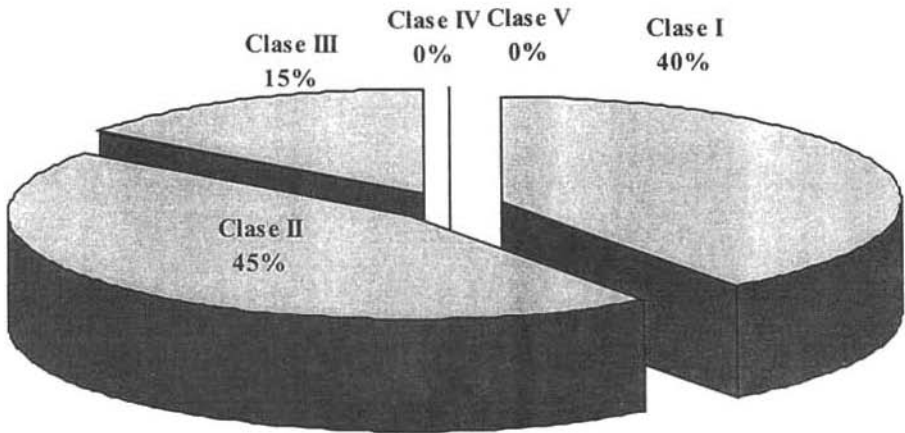
INDICE DE GOLDMAN



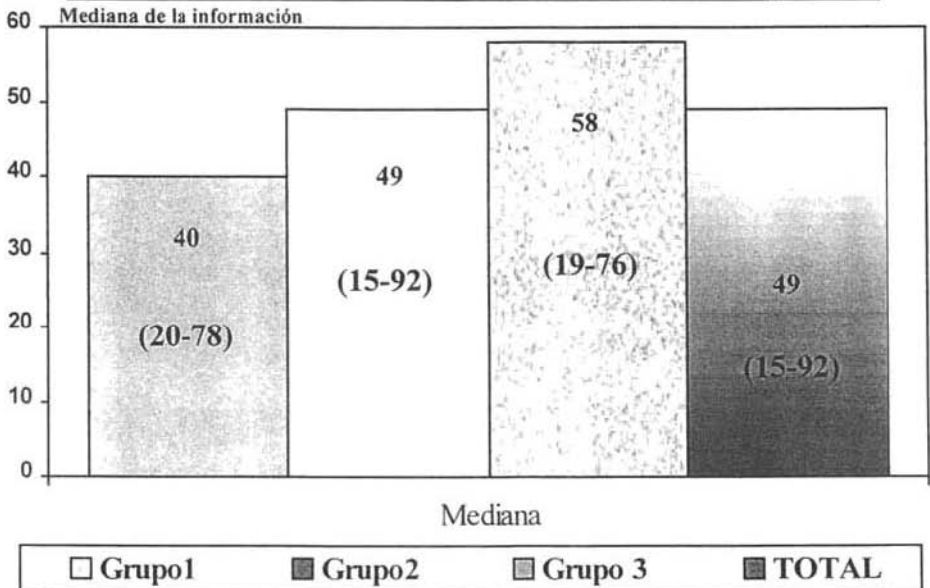
ESTADO FISICO A.S.A.



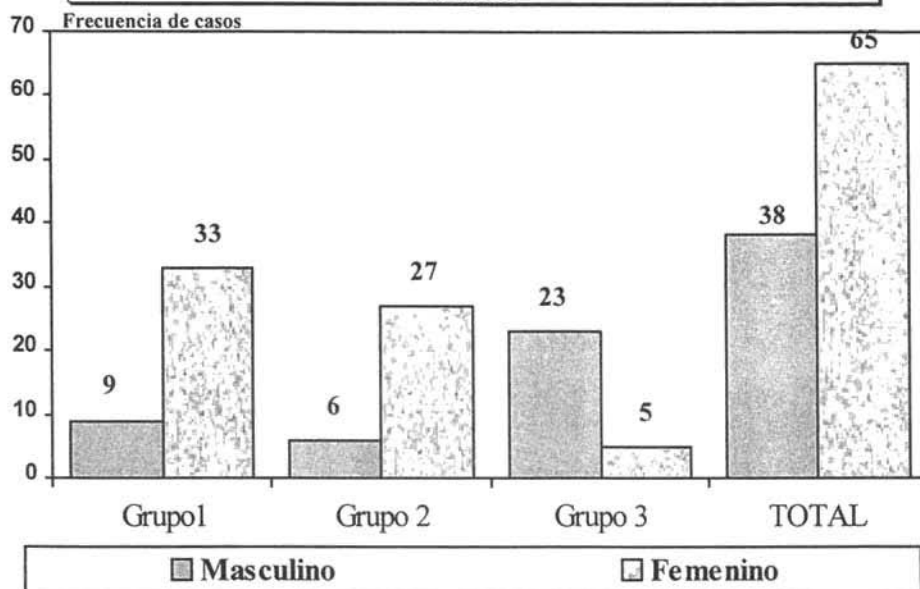
ESTADO FISICO A.S.A.



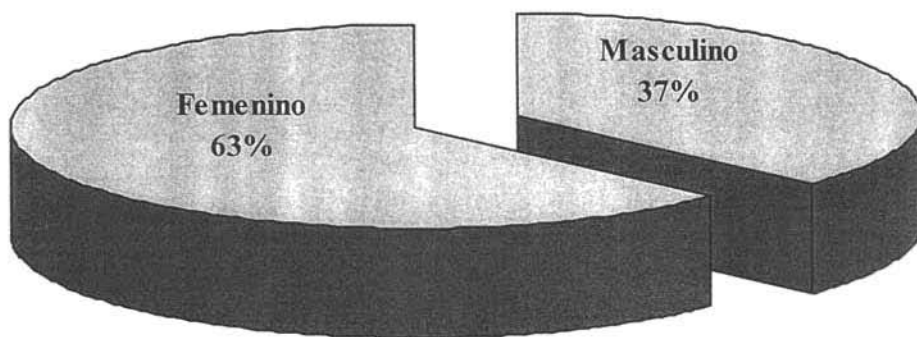
DATOS GENERALES EDAD



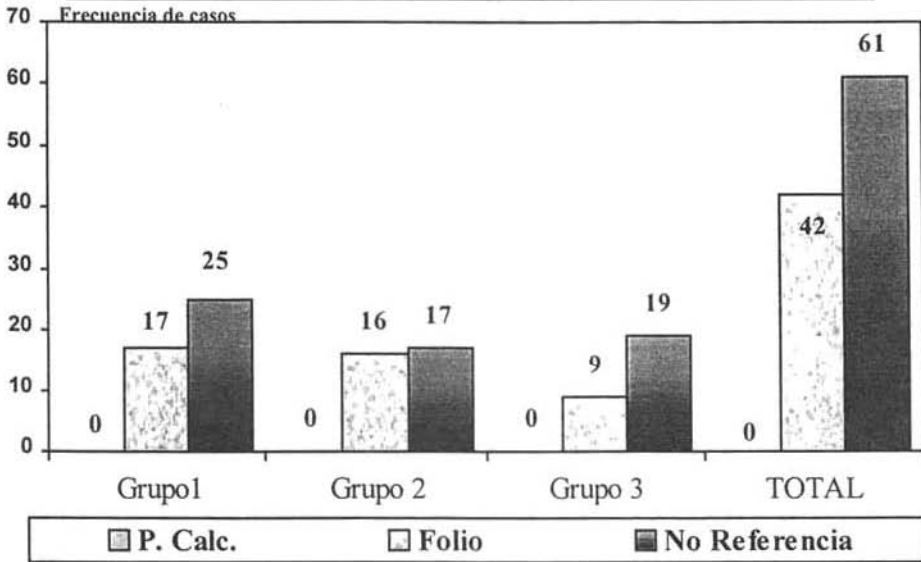
DATOS GENERALES SEXO



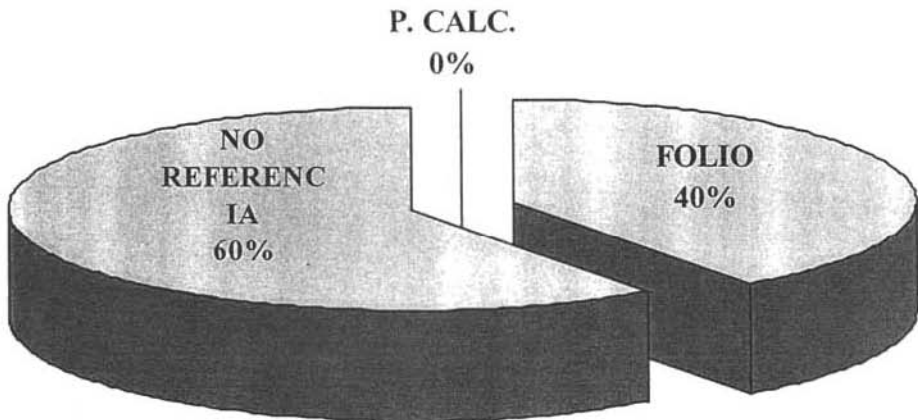
DATOS GENERALES SEXO



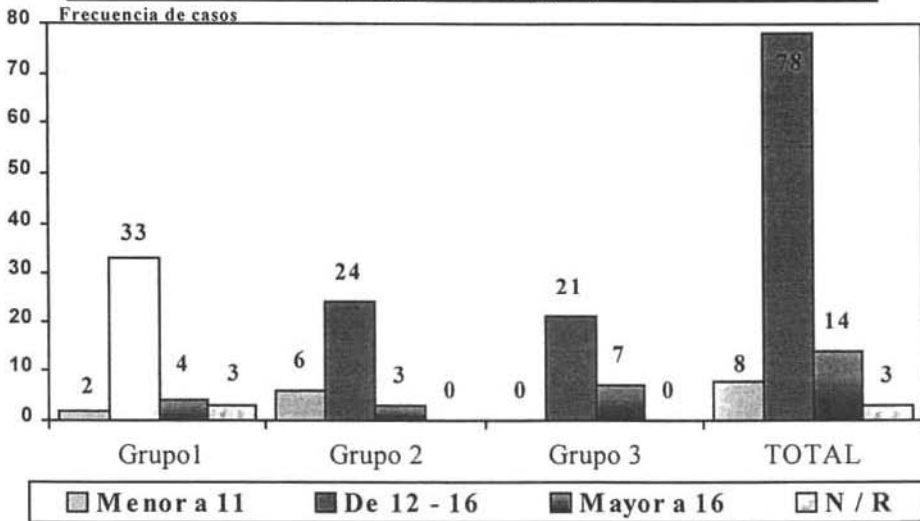
PREVENCION PARA PERDIDA DE VOLUMEN



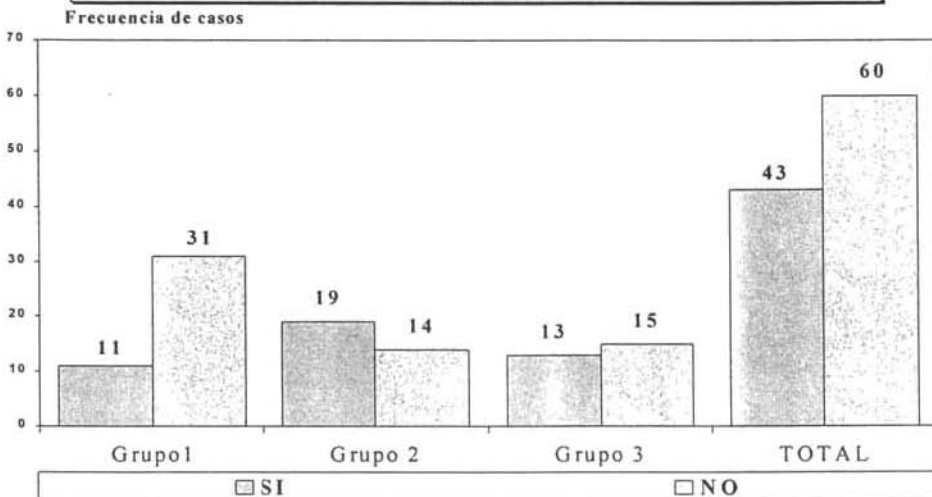
PREVENCION PARA PERDIDA DE VOLUMEN



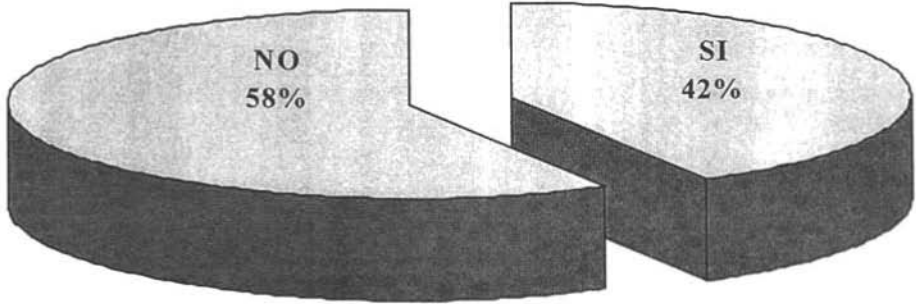
LABORATORIO Rangos de Hb (g/dl)



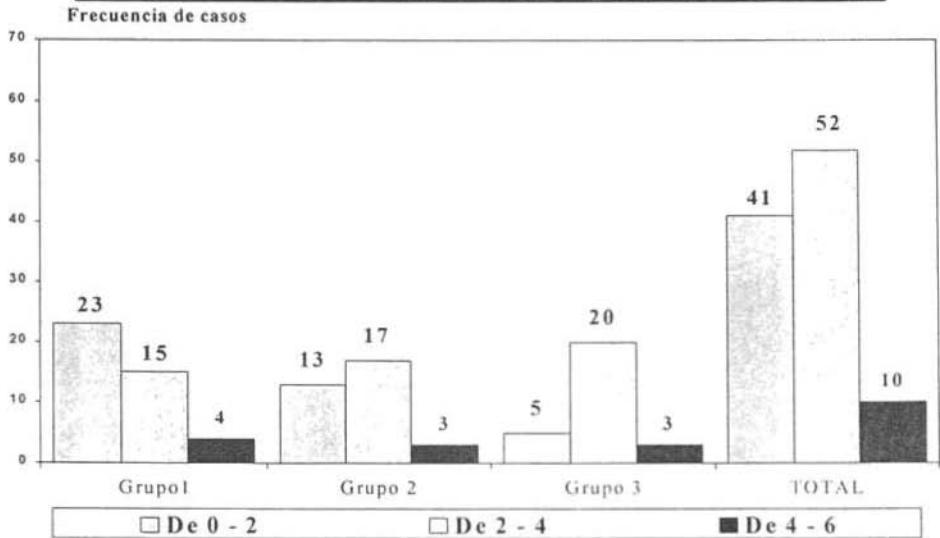
NOTA PRE-QUIRURGICA ESCRITA



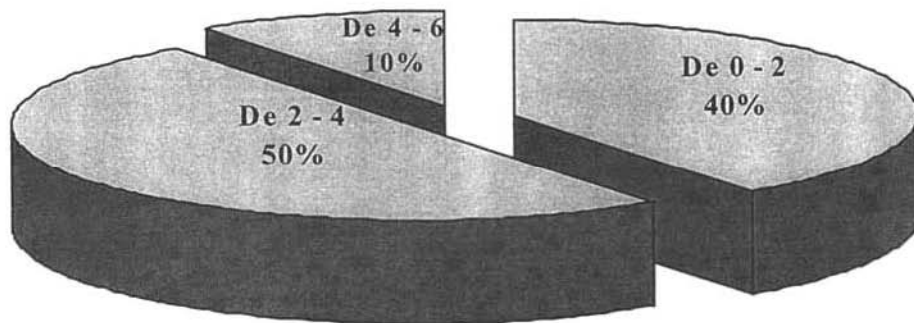
NOTA PRE-QUIRURGICA
ESCRITA



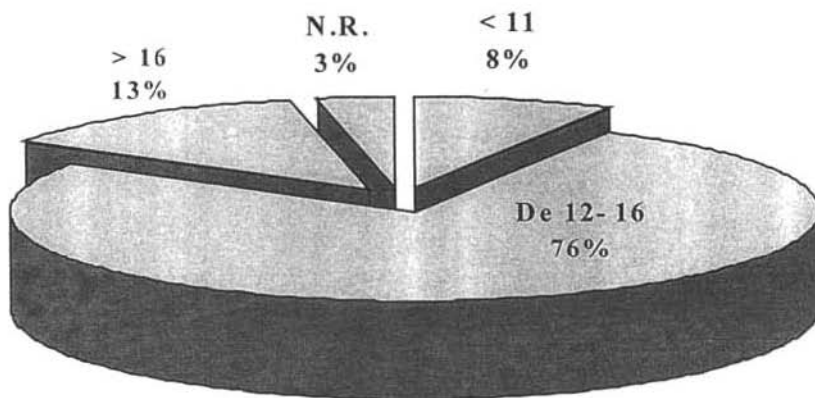
NOTA PRE-QUIRURGICA
NUMERO DE CRITERIOS



NOTA PRE-QUIRURGICA
NUMERO DE CRITERIOS

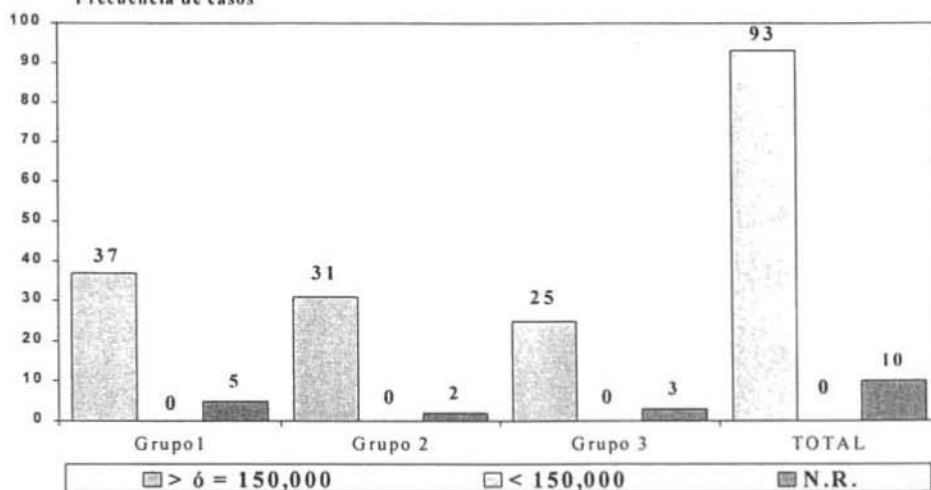


LABORATORIO
Rangos de Hb (g/dl)

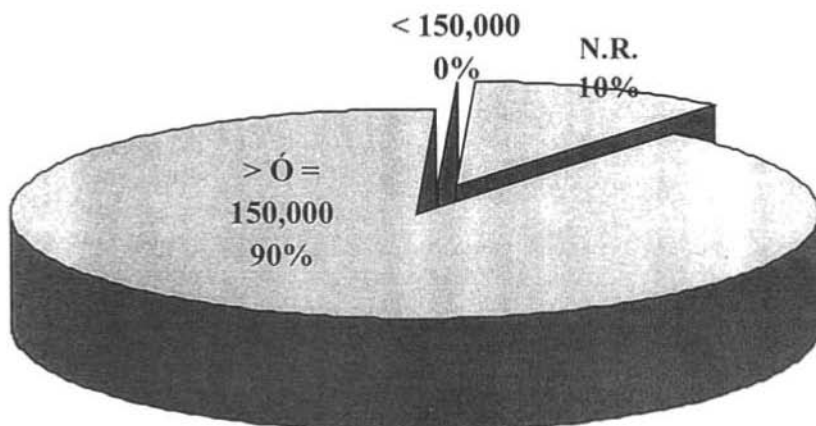


LABORATORIO PLAQUETAS

Frecuencia de casos

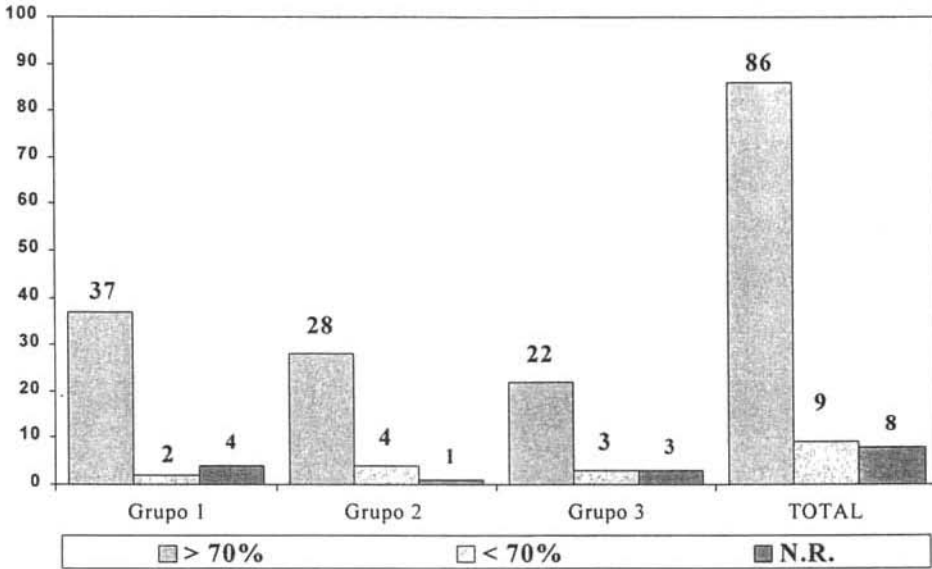


LABORATORIO PLAQUETAS

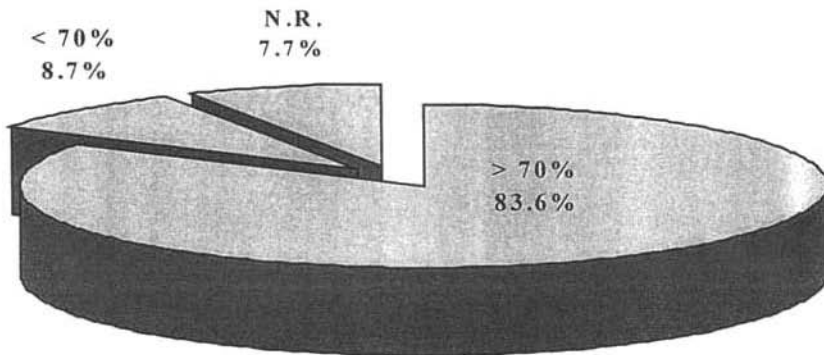


LABORATORIO T.P.

Frecuencia de casos



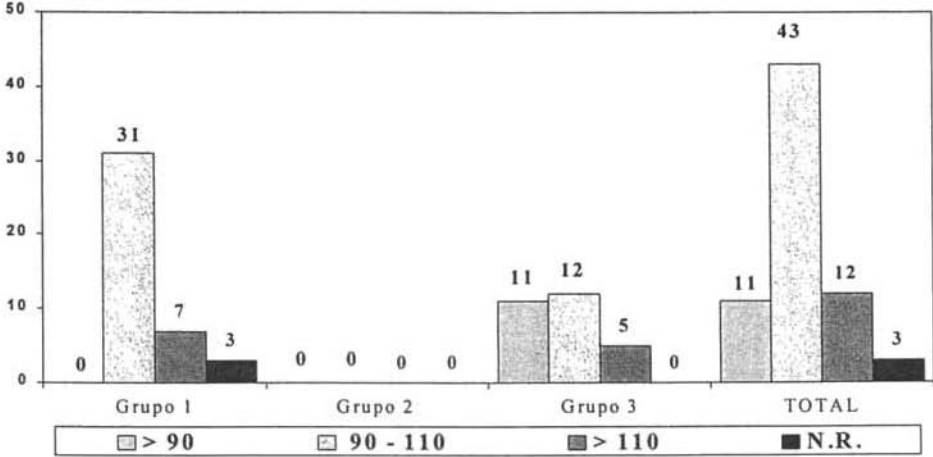
LABORATORIO T.P.



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

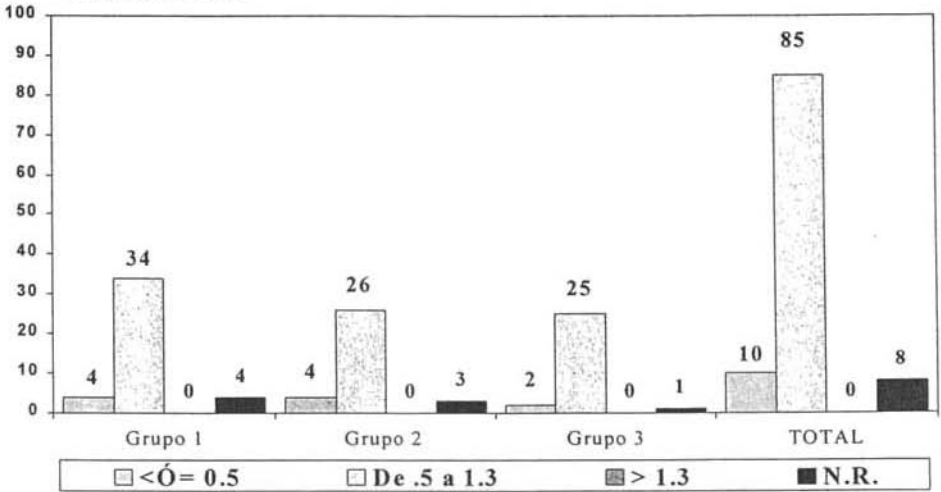
LABORATORIO GLUCEMIA (mg/dl)

Frecuencia de casos



LABORATORIO CREATININA

Frecuencia de casos



**LABORATORIO
CREATININA**

