

11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO "Dr. Ernesto Ramos Bours"

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

"CONFRONTACION DE LAS VALORACIONES PREQUIRURGICAS
OTORGADAS A PACIENTES QUIRURGICOS POR MEDICINA
INTERNA Y ANESTESIOLOGIA EN HOSPITAL GENERAL DEL
ESTADO DE SONORA".

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA INTERNA QUE

PRESENTA

DRA. MARIA CLAUDIA VILLA TANORI

ASESOR

DR. JOSÉ GUSTAVO SÁMANO TIRADO

HERMOSILLO, SONORA FEBRERO 2005

AGRADECIMIENTOS

2005

0350901



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

“CONFRNTACIÓN DE LAS VALORACIONES PREQUIRURGICAS OTORGADAS
A PACIENTES QUIRÚRGICAS POR MEDICINA INTERNA Y ANESTESIOLOGIA
EN HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA”

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA INTERNA

PRESENTA

DRA. MARIA CLAUDIA VILLA TANORI

ASESOR

DR JOSÉ GUSTAVO SÁMANO TIRADO

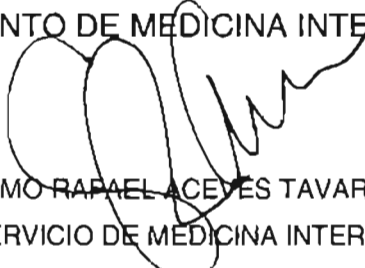
HERMOSILLO, SONORA

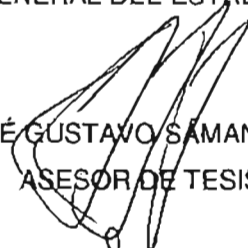
FEBRERO 2002

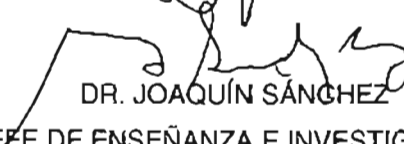
FEBRERO 2006

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

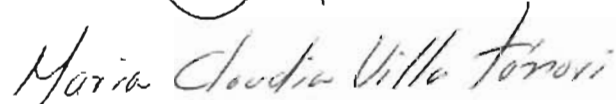



DR. GUILLERMO RAFAEL ACEVES TAVARES
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA


DR. JOSÉ GUSTAVO SAMANO TIRADO
ASESOR DE TESIS


DR. JOAQUÍN SÁNCHEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA


PROF. JOSÉ MIGUEL NORZAGARAY MENDIVIL
ASESOR METODOLÓGICO


DRA. MARIA CLAUDIA VILLA TANORI
RESIDENTE DE 4TO AÑO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR PERMITIRME INICIAR ESTE PROYECTO,

CONCLUIRLO CON SALUD Y EN COMPANIA DE MI FAMILIA.

EN ESPECIAL, A MI MADRE, PERSONA CLAVE EN MI VIDA

Y EN ESTE PROYECTO.

A MIS MAESTROS QUE ME AYUDARON A CRISTALIZAR

ESTE SUEÑO.

A MI GRAN AMIGA ANA SILVIA QUIEN HA ESTADO EN LOS

MOMENTOS FELICES Y DIFICILES, QUE HEMOS REIDO JUNTAS,

GRACIAS.....

“CONFRONTACIÓN DE LAS VALORACIONES PREQUIRÚRGICAS OTORGADAS A PACIENTES QUIRÚRGICOS POR MEDICINA INTERNA Y ANESTESIOLOGÍA EN HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA. “DR. ERNESTO RAMOS BOURS”.

DRA. MARÍA CLAUDIA VILLA TANORI
DR. JOSÉ GUSTAVO SÁMANO TIRADO

RESUMEN

La valoración preoperatoria se hizo por anestesiólogos y para anestesiólogos originalmente, sin embargo, en forma habitual se realiza en los Hospitales por Internistas, y de hecho es un criterio para la admisión a quirófano, por lo que decidimos buscar cual es la concordancia de la valoración preoperatoria del departamento de anestesiología y del departamento de medicina Interna.

Se realizo un estudio prospectivo, observacional, longitudinal para determinar la concordancia entre la valoración preoperatoria realizada por los departamentos de anestesiología y Medicina Interna con la Escala de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) en todos los pacientes que fueran intervenidos en forma secuencial.

Se estudiaron a 136 pacientes, de los cuales se incluyeron a 123, con un promedio de edad de 57.8 años, con determinaciones de ASA principalmente de la 1 a la 3, excepcionalmente ASA 4 y ninguno ASA V ni VI. La kappa fue de 0.54, la cuál se clasifica como concordancia moderada y su intervalo de confianza vario de 0.42 a 0.66, es decir varió de una concordancia pobre a buena.

Este estudio es muy importante demuestra que la concordancia es moderada, es decir algunos miembros del departamento de anestesiología o del de medicina interna difieren en su valoración, probablemente por la inexperiencia del que realiza dicha valoración, por lo que concluimos que la valoración debe realizarse de manera acuciosa, por gente con experiencia y por aquellos que tengan la capacidad de detectar comorbilidad y de tratarla oportunamente.

INDICE

Capitulo I Marco Teórico.

Agradecimiento.

Resumen.

1.1 Introducción.....	1
1.2 Definición de Riesgo.....	1
1.3 Definición de Factor de Riesgo.....	1
1.4 Definición de Accidente.....	1
1.5 Antecedentes de Escala de ASA.....	2
1.6 Clasificación de ASA.....	2
1.7 Propósito de la Escala ASA.....	2
1.8 Importancia del “triangulo” Paciente, medico internista y anesthesiologo.....	3

Capitulo II Material y Método.

2.1 Problema.....	4
2.2 Hipótesis.....	4
2.3 Objetivo general.....	4
2.4 Objetivos secundarios.....	4
2.5 Justificación.....	5
2.6 Descripción del estudio.....	6
2.7 Tipo de Investigación.....	7
2.8 Criterios de Inclusión.....	7
2.9 Criterios de Exclusión.....	7
2.10 Tamaño de la muestra.....	7

Capitulo III

3.1 Resultados.....	7
3.2 Discusión.....	9
3.3 Conclusiones.....	12
3.4 Debilidades del ASA.....	12
3.5 Fortalezas del ASA.....	12

Anexos.

Bibliografía.

MARCO TEORICO I

1.1 INTRODUCCION.

Al realizarse el diagnóstico de una enfermedad, donde parte del tratamiento es la intervención quirúrgica, se da inicio a un proceso que está compuesto por una serie de pasos, que tienen como fin valorar el riesgo de presentación de eventos adversos relacionando estado físico del paciente y procedimiento anestésico, a lo cual se le otorga el nombre de: “Valoración prequirúrgica”, que nos permite conocer procesos morbosos ya establecidos en el paciente, así como detectar factores riesgo que aunados al procedimiento anestésico quirúrgico pudieran desencadenar un evento adverso durante el mismo(4). Por lo anterior, en la etapa prequirúrgica también se busca mejorar el estado físico del paciente, detectar factores de riesgo y procesos morbosos ya establecidos, además de tomar las medidas necesarias para corregir al máximo los desequilibrios existentes. Lo anterior permite preveer una descompensación física durante el periodo transquirúrgico y/o posquirúrgico.

1.2 RIESGO

Es la probabilidad de sufrir daño ante un hecho que implica peligro. El usar el término conlleva hacer estimación de una lesión específica y potencial. (2)

1.3 FACTOR DE RIESGO

Es una característica asociada con mayor probabilidad de morbimortalidad, pero no identifica en que paciente específicamente ocurrirá alguna complicación, requiriéndose de una evaluación y predicción individualizada. (2)

1.4 ACCIDENTE: Consecuencia de un error humano o mecánico. (2)

1.5 ANTECEDENTES DE LA ESCALA DE ASA

La escala de ASA creada en 1941 por Saklad y cols, fue revaluada por Drips en 1961, como se conoce hoy, encargada de definir el estado físico del paciente, provee un índice de componentes no bien definidos sino claramente multivariado.
(1)

1.6 CLASIFICACION DE ASA (1)

Clase I. No hay alteración orgánica, fisiológica, bioquímica o psiquiátrica. El trastorno por el cual se hará la operación esta localizado y no es de índole general.

Clase II. Alteración sistémica que va de mínima a moderada causada por el trastorno que debe ser tratado quirúrgicamente u otro trastorno fisiopatológico.

Clase III Incluye la alteración sistémica o enfermedad grave de cualquier causa, a pesar que no sea posible definir con certeza el grado de incapacidad.

Clase IV Indica que el paciente tiene una alteración grave que ha puesto en peligro la vida, no siempre corregible con los métodos quirúrgicos.

Clase V El moribundo que tiene pocas posibilidades de supervivencia, pero que en un intento desesperado se le envía para operación.

Clase VI. Paciente con Muerte cerebral, para transplante de órganos. (1)

Es universalmente aceptada en anestesia y otras especialidades por su correlación con la mortalidad perioperatoria.

1.6 PROPOSITO DE LA ESCALA ASA.

Es tabular datos estadísticos en anestesia, particularmente entre el resultado del procedimiento operativo y la condición preoperatoria del paciente, como fue definida por Saklad.(1)

1.7 IMPORTANCIA DEL “TRIANGULO”

En el procedimiento quirúrgico: paciente, cirugía y médicos, conforman un triángulo, donde todos sus componentes son igualmente importantes. En relación al componente médico, anestesiólogos e internistas comparten la responsabilidad relacionado a la valoración prequirúrgica, ya que ambas se encargan de realizarla y emitir un juicio por medio de la escala de ASA, así como de tomar las medidas médicas necesarias buscando las condiciones físicas del paciente, para evitar que el procedimiento anestésico/quirúrgico pueda alterar las condiciones del paciente. Al ser dos médicos los que emiten la escala de ASA a los pacientes, es importante conocer los puntos donde se encuentra la divergencia con el fin de buscar que sea lo menos diferente para beneficiar al paciente.

En este trabajo se presenta en el primer capítulo los puntos referentes a los antecedentes de ASA, los criterios de valoración prequirúrgica como tal. Se precisan los conceptos y se conceptualizan los términos claves: ASA, riesgo, factor de riesgo, accidente además de mencionar propósito del ASA.

En el segundo capítulo se explican las fases, los materiales y los recursos metodológicos para el abordaje del problema, que se redactó de la siguiente manera: ¿Existe diferencia significativa entre las valoraciones prequirúrgicas realizadas por medicina interna y anestesiología entre los pacientes sometidos a cirugía en el Hospital General del Estado?

Por lo que se plantea una hipótesis de investigación con la siguiente forma: “Si se comparan los diagnósticos emitidos por medio de la escala de ASA, aplicados por los servicios de anestesiología y medicina interna en la valoración prequirúrgica, éstos presentarán diferencias significativas”. En este estudio la concordancia fue moderada, pero su intervalo de confianza varía de pobre a buena, lo que nos lleva a pensar que es heterogénea la forma de realizar la valoración de ASA. Una

observación importante que se reporta en el tercer capítulo, es que a pesar de que no existe una confrontación de criterios en la valoración prequirúrgica, si se detectan situaciones anormales en el proceso transquirúrgico y posquirúrgico, por lo que se recomienda en este mismo capítulo una revisión que concilie al médico tratante, medicina interna y anestesiólogo, en la valoración de cada caso, apegándose a los estándares de oro.

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 PROBLEMA

¿Existe diferencia significativa entre las valoraciones prequirúrgicas realizadas por medicina interna y anestesiología?

2.2 HIPÓTESIS

“Existe diferencia significativa entre las valoraciones prequirúrgicas realizadas por medicina interna y anestesiología”.

2.3 OBJETIVO GENERAL

“Confrontar las valoraciones prequirúrgicas otorgadas por los servicios de medicina interna y anestesiología en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y observar si existen diferencias significativas”

2.4 OBJETIVOS SECUNDARIOS

A. Definir fortalezas y debilidades del instrumento ASA en la Praxis valorativa prequirúrgica.

B. Confrontar mediante gráficos y cuadros las opiniones vertidas por los servicios de medicina interna y anestesiología en relación al uso e interpretación del instrumento de clasificación del estado del paciente ASA prequirúrgico.

2.5 JUSTIFICACIÓN

Un momento importante durante la valoración prequirúrgica es al realizar la historia clínica, herramienta que nos ayuda a detectar factores de riesgo, situaciones morbosas establecidas, que pueden llevar al paciente a desarrollar un evento adverso durante el proceso anestésico-quirúrgico por un desequilibrio en los mecanismos compensatorios. El médico internista y el anestesiólogo se encargan de la evaluación del estado físico, la detección de patologías y factores de riesgo, por medio de la evaluación con la escala de ASA. Lo relevante es porque las diferencias de juicios entre ambas especialidades al otorgar una valoración, puede provocar que se intervengan pacientes que no se encuentran en las condiciones físicas óptimas, o con procesos potencialmente corregibles, aumentando la probabilidad de presentar un evento adverso, error sistemático, accidente, o incluso la muerte durante el transquirúrgico o posquirúrgico.

Todo lo anterior, nos llevara a tomar medidas para reducir en lo posible los eventos adversos, y mejorar el sistema de evaluación prequirúrgica.

2.6 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó el estudio en el Hospital General del Estado de Sonora, en el período comprendido entre el 1 de Mayo de 2005 al 31 de Mayo de 2005.

Previamente fue aprobado por el comité de Enseñanza, investigación y Ética del Hospital.

El estudio fue Observacional, prospectivo, descriptivo y longitudinal, donde se estudiaron 136 pacientes, que ingresaron al hospital, por el servicio de urgencias y consulta externa, los cuales fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Se les realizó valoración prequirúrgica por los servicios de Medicina Interna y Anestesiología utilizando la escala de ASA, desconociendo la valoración otorgada por el otro Servicio en hojas específicas para tal fin.

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 40 años que requirieron valoración prequirúrgica, se excluyeron los pacientes que ingresaron en el período de realización del estudio, que ameritaban reintervención quirúrgica, pero que la primera cirugía se realizó en otro hospital o que se traslado inmediatamente después de operarse en nuestro Hospital y aquellos pacientes en quienes se extravió los formatos de valoración del expediente.

Los pacientes incluidos se les dio seguimiento por medio de la revisión de expediente clínico y visitas diarias posterior a que fueron operados, durante su estancia hospitalaria, registrando su evolución hasta egresarse.

Al realizar el análisis estadístico se analizaron las siguientes variables: Valores de ASA asignados a los pacientes por Medicina Interna y Anestesiología. Para comparar la Concordancia Ínter observador se utilizó la prueba de kappa, utilizando prueba de rechazo de hipótesis nula y los intervalos de confianza para la misma.

2.7 TIPO DE INVESTIGACION

Observacional, Prospectivo, Descriptivo, Longitudinal.

2.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 40 años, que serían intervenidos quirúrgicamente y que requerían valoración prequirúrgica.

2.9 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

A. Se excluyeron los pacientes que ingresaron en el período de realización del estudio, que ameritaban reintervención quirúrgica, pero que la primera cirugía se realizó en otro hospital o que se traslado inmediatamente después de operarse en nuestro Hospital y aquellos pacientes en quienes se extravió los formatos de valoración del expediente.

2.10 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se captaron 136 pacientes durante 1 mes, que ingresaron por la consulta externa y urgencias, incluyendo 123 por expediente completo y 13 se excluyeron por expediente incompleto.

CAPÍTULO III

3.1 RESULTADOS.

De 136 pacientes, que se captaron en un inicio, 123 cumplieron los criterios de inclusión, excluyéndose 13 pacientes, por tener expediente incompleto, debido a que se documento la falta de la hoja de registro de quirófano en 10 expedientes y en 3 no se encontró la valoración por medicina interna. Ver Gráfico y tabla I.

En relación a la edad el límite inferior fue de 40 años, formándose grupos con un intervalo de 10 años; siendo el grupo más numeroso el conformado de 40 a 50 años, con un total de 47 pacientes, siguiendo los de 51 a 60 años con 28 pacientes, posteriormente el conformado de 71 a 80 años con 24 pacientes, con una media de 57.8 años, con un rango de 40 a 85 años, (gráfico y tabla 2).

De los 123 pacientes incluidos, 67 fueron masculinos, (54.9%) y 56 pacientes femeninos (41.1%). (Gráfico 3).

Los pacientes que se intervinieron y que estuvieron libres de patologías agregadas fue el grupo más numeroso, reuniendo 76 pacientes. Los pacientes que contaba con una patología agregada, fueron 32 pacientes, siguiendo las personas con 2 patologías presentes, reuniendo 12, por último los pacientes con 3 patologías agregadas. (Ver gráfico 4).

En relación a los las enfermedades presentes además del diagnóstico principal se observó que la Hipertensión Arterial Sistémica estuvo presente en 25 pacientes, seguido por Diabetes Mellitus en 21, posteriormente las cardiopatías que se presentaron en 11 personas, donde las arritmias fueron las más frecuentes (8 pacientes), la anemia se detectó en 5 pacientes antes de intervenirse.

Las dislipidemias se documentaron en 3 pacientes los cuales ya se conocían portadores de esta patología. El último grupo fue muy variado en relación al tipo de patologías como síndromes urémicos, epilepsia, síndrome de Cushing, obesidad, etc.... como se muestra en tabla y Gráfico 5.

En relación al ASA otorgada a cada uno de los pacientes intervenidos por los 2 servicios fue como se muestra en la tabla 7. Coincidiendo en forma completa en 21 pacientes con ASA I, 28 con ASA II, 35 con ASA III y 1 con ASA IV. Es decir concordaron de forma completa en 85 de 123 pacientes (69.1%). Obteniendo una kappa de 0.54, con intervalos de confianza de 0.42 a 0.66, con una p menor de 0.0000001, que se interpreta como una concordancia moderada entre el servicio de

medicina interna y anestesiología, pero que varía de una concordancia pobre a buena.

Durante el período transquirúrgico un total de 96 pacientes intervenidos estuvieron libres de algún evento adverso; sin embargo, 27 pacientes presentaron alguno, como se muestra en el gráfico y tabla 8, donde la hipertensión arterial fue el evento adverso más frecuente, siguiéndole las cardiopatías, siendo las arritmias las más frecuentes. Por último el sangrado se documentó en 3 pacientes, donde en uno se le realizó esplenectomía incidental.

En el período posquirúrgico, se observó un total de 73 pacientes que no presentaron ningún evento adverso, pero en 50 pacientes sí alguno evento, como se muestra en la tabla y gráfica 9.

3.2 DISCUSIÓN

De los 136 pacientes, solo encontramos ambos formatos de valoración de ASA en 123 pacientes (87.2%), y faltaron 10 hojas de registro anestésico en quirófano en los expedientes, lo anterior toma relevancia por ser un documento con valor legal y porque la información generada en tal período es muy importante para conocer la evolución de los pacientes.

El grupo más numeroso en relación a la edad fue el conformado por pacientes de 40 a 50 años, siendo 47 (38.2%), similar a otros hospitales.

El servicio de cirugía fue el que participó con el mayor número de pacientes, siguiendo el servicio de Ortopedia, y muy de cerca el servicio de oftalmología. Esta información es útil para encausar en una forma más dirigida las valoraciones en esos servicios.

El servicio de cirugía tiene la estancia hospitalaria más prolongada, por lo que esta puede aumentar al presentarse un evento adverso en el transquirúrgico y postquirúrgico.

Al buscar la Concordancia entre los servicios de Medicina Interna y Anestesiología esta fue moderada, pero varió de pobre a buena, lo cuál es muy relevante porque en Medicina existen muchas valoraciones por apreciación y se ha demostrado que la Concordancia incluso entre patólogos, observando biopsias en forma ciega ha demostrado que la correlación es pobre. A pesar de ello, poco nos hemos encargado de valorar la correlación interobservador en los diferentes procedimientos, como los de imagenología y patología, para mejorar la correlación interobservador, probablemente trabajando mas en evaluaciones ciegas y después hacer una nueva valoración cuando tengamos los datos clínicos.

Al observar esta correlación se plantea, si cuando es pobre, es porque fue realizada por alguien con poca experiencia. Nuestro Hospital es de Enseñaza y existen numerosos residentes; en el caso de anestesiología las valoraciones son realizadas por residentes de primer año y esta valoración es corroborada en quirófano; en el caso de medicina la valoración es otorgada por el residente de segundo, tercero y cuarto año, por lo que nos cuestionamos si deben ser realizadas por ambos servicios en conjunto, o solo por anestesiología, e interconsultar a medicina interna en caso de comorbilidad o presencia de factores de riesgo para optimizar recursos.

El decidir otorgar un diferente nivel de ASA entre ambos servicios probablemente influyó patologías agregadas, además del estado físico del paciente en el momento de la evaluación.

Entre menos patologías presentó el paciente, menor nivel de ASA se otorgó, entre más patologías tenía el paciente mayor escala obtuvo. Esto último tradujo como aumento en la probabilidad de morbi-mortalidad para el paciente. Del total de las personas intervenidas, más de la mitad, no tuvo patologías agregadas, y el resto presentaron más de una enfermedad, traduciendo pacientes potenciales para presentar alguna complicación, recordando que en los últimos años la expectativa de vida ha ido en aumento, por lo que cada vez es más común realizar

intervenciones en pacientes mayores y con más de una patología agregada. La hipertensión arterial, la diabetes mellitas y las cardiopatías fueron las patologías más frecuentes que estuvieron presentes en los pacientes intervenidos, sin olvidar que en el resto de los pacientes operados, el tipo de enfermedades agregadas fue muy variado.

Al hablar de las complicaciones posquirúrgicas observamos que 73 pacientes presentaron evolución satisfactoria, sin ninguna complicación, pero en los pacientes restantes la complicación más frecuente fue la hipertensión (17 pacientes), de los cuales 14 se conocían hipertensos, y los 3 restantes fue hipertensión transitoria, ya que se normalizaron las cifras. Encontramos que la anemia se presentó en 11 pacientes, los cuales previamente no contaban con ella. Solamente 2 requirieron transfusión, ya que un paciente presentó lesión esplénica requiriendo esplenectomía por el servicio de urología. El otro fue del servicio de ortopedia en una cirugía de cadera.

La tercera causa de complicación en el periodo posquirúrgico fue el desequilibrio hidroelectrolítico, presentándolo 10 pacientes, siendo solicitado en 3 de ellos interconsulta a medicina interna. Encontramos que coincidieron en número de 4, los pacientes que presentaron hipotensión, descontrol metabólico y cardiopatías. De los pacientes que se documentaron cifras tensionales bajas ninguno presentó sintomatología secundaria a la hipotensión, ni algún dato agregado. El descontrol metabólico se refiere a las hiperglicemias, encontrándose como común entre los 4 pacientes que ninguno de ellos contaba con manejo para diabetes mellitus. En relación a las cardiopatías, los 4 pacientes ya contaban con antecedentes de arritmias, más sin embargo en los 4 no se reinició el manejo farmacológico posterior a la intervención quirúrgica.

3.3 CONCLUSIONES

Nuestro estudio mostró que existe una concordancia moderada en otorgar el ASA a pacientes prequirúrgicos por el servicio de medicina interna y anestesiología, pero que debemos encontrar soluciones para mejorar esta concordancia y tener una evolución más satisfactoria de nuestros pacientes.

Si el ASA va a realizarse por los residentes de primer año, deben ser asesorados por residentes de grados superiores o adscritos o en su defecto determinar por consenso, o en conjunto con medicina interna.

Debemos realizar más estudios de concordancia en nuestro Hospital, ya que esto obliga a ser más objetivos en nuestras evaluaciones y aumenta nuestro grado de certeza.

La historia clínica sigue teniendo una importancia imprescindible, ya que puede sustituir la batería de exámenes de laboratorio y evita utilizar solamente hojas de valoración de ASA que tienen espacios en blanco para llenarse.

Debemos tener mayor cuidado con el expediente, por ser un documento legal es de suma importancia tener el cuidado pertinente y no debe estar incompleto, ya que son datos invaluable y nos ayudan a entender el posquirúrgico.

3.4 DEBILIDADES DEL ASA

- A. No valora problemas cardiacos.
- B. No valora problemas respiratorios.

3.5 FORTALEZAS DEL ASA

- A. Es aceptada por todas las especialidades.
- B. Es un lenguaje común.
- C. Fácil de interpretar.
- D. Es internacionalmente aceptada.

ANEXOS 3 Pacientes a los que se otorgaron ASA I, enfermedades presentes y complicaciones principales.

Enfermedades concomitantes: -Diabetes Mellitas.
-Esteatosis Hepática.
-Síndrome de colon irritable.

Complicaciones Tranquirúrgicas:
-Cardiopatías. (Arritmias)
-Sangrado.

Complicaciones Posquirúrgicas:
-Hipertensión Arterial.
-Hipotensión Arterial.
-Dolor.
-Vómitos.
-Neumonía.
-Nauseas.

ASA II

Enfermedades Concomitantes: -Diabetes Mellitus.
-Hipertensión Arterial.
-Cardiopatías (arritmias).
-Hipertiroidismo.
-Hipotiroidismo.
-Obesidad.
-Dislipidemia.
-Cáncer de estómago.
-Anemia.

Complicaciones Transquirúrgicas:
-Hipertensión Arterial.
-Hipotensión Arterial.
-Punción de Duramadre.
-Bronco aspiración.

Complicaciones posquirúrgicas:
-Hipertensión Arterial.
-Descontrol Metabólico.
-Cefalea.
-Dolor en Herida quirúrgica.
-Hipotensión Arterial.
-Desequilibrio Hidroelectrolítico.

ASA III

Enfermedades concomitantes:

- Diabetes Mellitas.
- Hipertensión Arterial.
- Cardiopatía (arritmias).
- Insuficiencia Renal Crónica.
- Enfermedad Parkinson.
- Asma.
- Síndrome de Cushing.
- Dislipidemia.
- Epilepsia.
- Anemia.
- EPOC.
- Alzheimer.
- Síndrome Down.

Complicaciones Tranquirurgicas:

- Hipertensión
- Hipotensión Arterial.
- Cardiopatías (arritmias).
- Sangrado.
- Esplenectomía Incidental.
- Descontrol Metabólico.

Complicaciones Posquirúrgicos:

- Hipertensión Arterial.
- Cardiopatías (arritmias).
- Anemia.
- Descontrol Metabólico.
- Desequilibrio Hidroelectrolítico.
- Fiebre.
- Hipotensión Arterial.
- Deshidratación.
- dehiscencia de Herida.
- Neumonía.
- Infección de Vías Urinarias.
- Sangrado de tubo digestivo alto.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.

NOMBRE:

EXPEDIENTE

EDAD:

SEXO: HOMBRE MUJER

SERVICIO A CARGO: MI CG OFT OTORR ORTOP UROL

DX DE INGRESO

PATOLOGIA AGREGADA: DM HTA CARDIOPATIA TIROIDES
ANEMIA OTROS.

PROCEDIMIENTO A REALIZAR:

VALORACION OTORGADA POR

MI I II III IV V VI

ANES I II III IV V VI

COMPLICACIONES TRANQUIRÚRGICAS

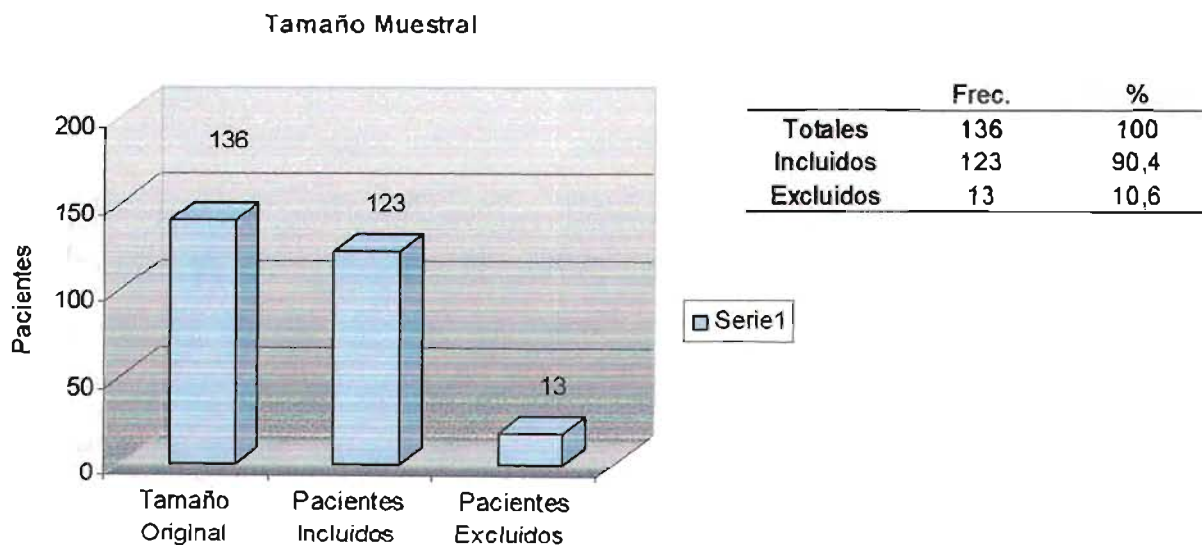
COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

REINTERVENCIÓN ALTA FALLECIMIENTO.

ANEXOS 3

Variables Generales del estudio:

Grafico 1.



Variables demográficas: Gráfico 2.

Edad

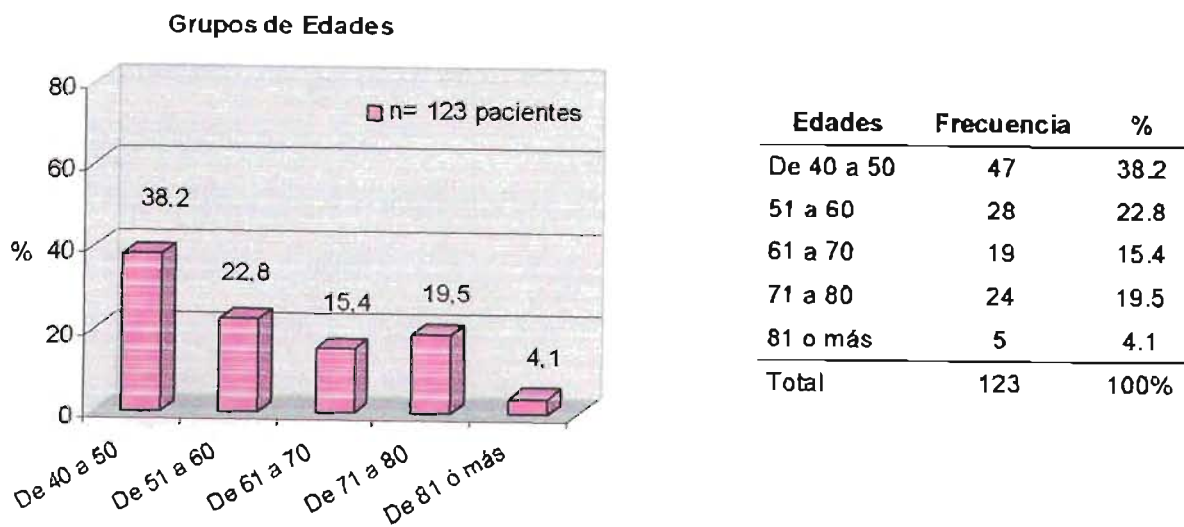
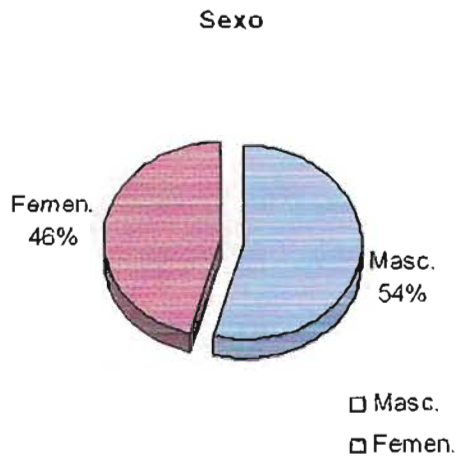


Grafico 2.-Teniendo una media estadística de 57.81 años de edad y con 13.21 años de diferencia entre los pacientes, en un rango de 40 a 85 años.

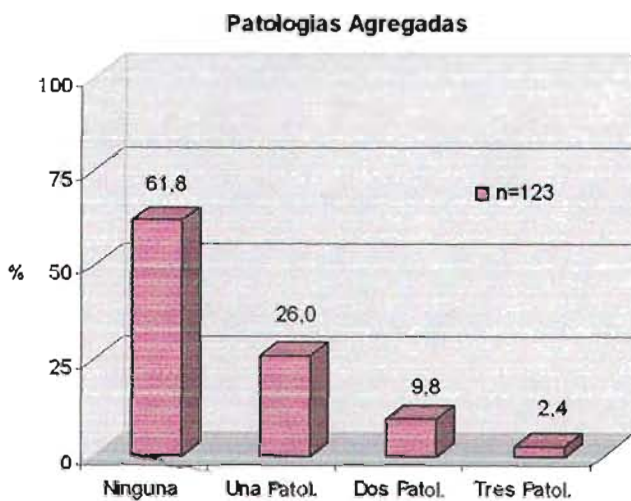
ANEXO 3

Grafico 3. Porcentaje de pacientes en relación al Sexo.



Sexo	Frec.	%
Masc.	67	54.5
Femen.	56	45.5
Total	123	100 %

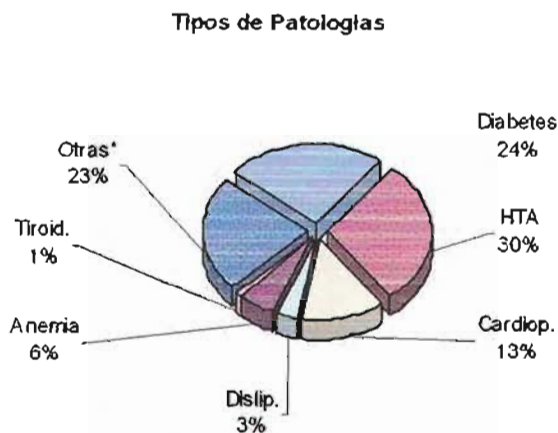
Grafico 4. Número de pacientes y número de Patologías Agregadas (Enfermedades concomitantes)



Patologías Agregadas	Frec.	% del Total
Ninguna	76	61,8
Una Patol.	32	26,0
Dos Patol.	12	9,8
Tres Patol.	3	2,4
Pacientes Totales	123	100.0

ANEXO 3

Gráfico 5. Patologías más frecuentes presentes en los pacientes intervenidos.

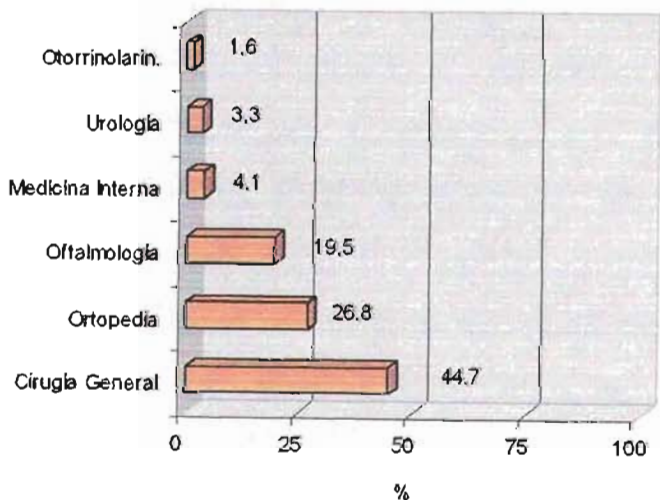


Patologías	Frec.	% del Total
Diabetes M.	21	17.6
HTA	25	21.0
Cardiop.	11	9.2
Dislipidemia	3	2.5
Anemia	5	4.2
Tiroid.	1	0.8
Otras*	20	16.8
Total	86	

*RCT, Obesidad, Asma, Epilepsia, Sx. Cushing, etc.

Gráfico 6. Tipo de servicio a cargo de pacientes intervenidos.

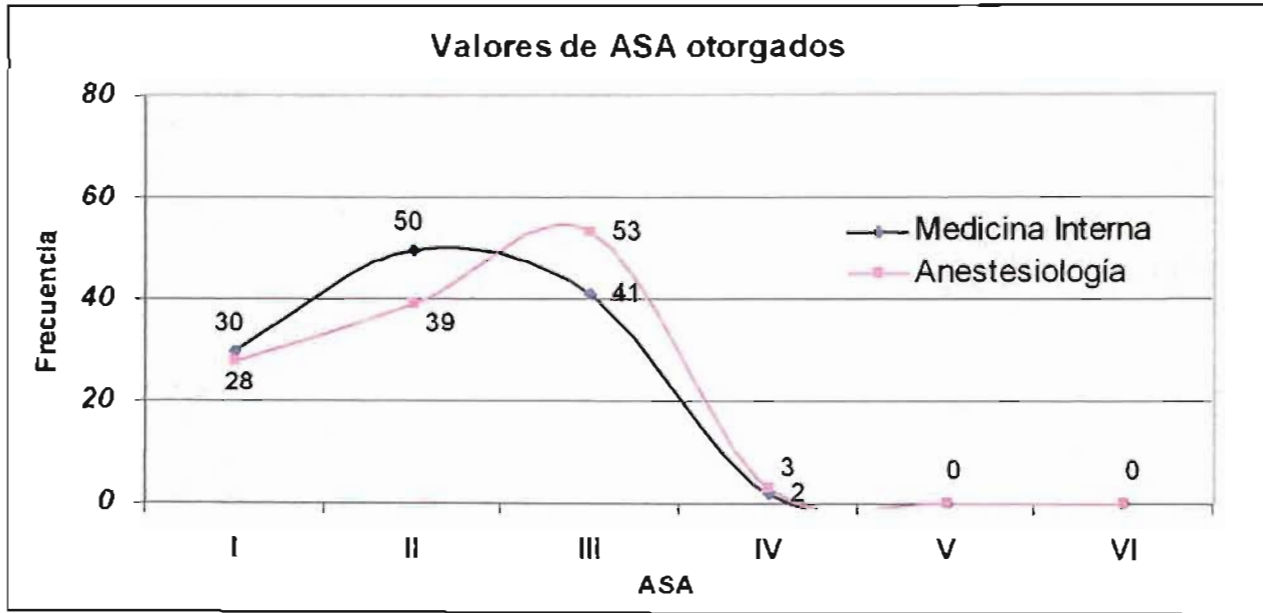
Servicio a Cargo de la Intervención



Servicio	Frec.	%
Cirugía General	55	46.2
Ortopedia	33	27.7
Oftalmología	19	16.0
Medicina Interna	5	4.2
Urología	4	3.4
Otorrinolarin.	2	1.7
S/D*	1	*
Total	118	100%

*Sin Datos

Grafico 7. Valores de ASA otorgados por medicina interna y anestesiología.



ASA	Med. Inter.		Anest.	
	Frec.	%	Frec.	%
I	30	24,4	28	22,8
II	50	40,7	39	31,7
III	41	33,3	53	43,1
IV	2	1,6	3	2,4
V	0	0,0	0	0,0
VI	0	0,0	0	0,0
	123		123	

Grafico 8. Principales eventos adversos que se presentaron durante el Transquirúrgicas

Complicación	Frec.	%
HiperTA	9	7,3
HipoTA	2	1,6
Cardiop.	4	3,3
Sangrado	3	2,4
Ninguno	96	78,0
Otros	9	7,3
	123	100

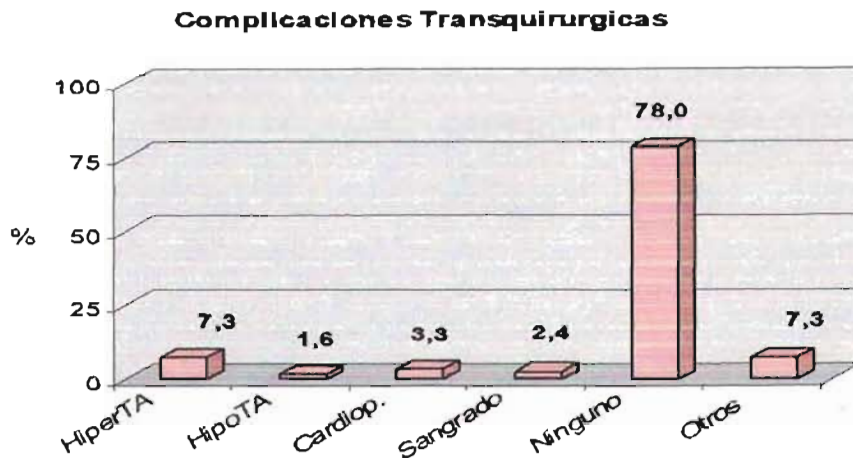
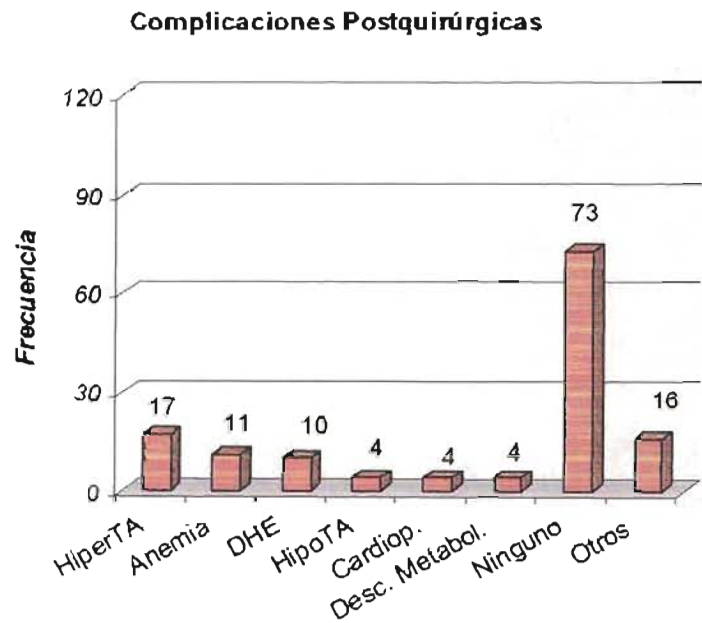


Grafico 9. Principales eventos adversos que se presentaron en el periodo Posquirurgicas

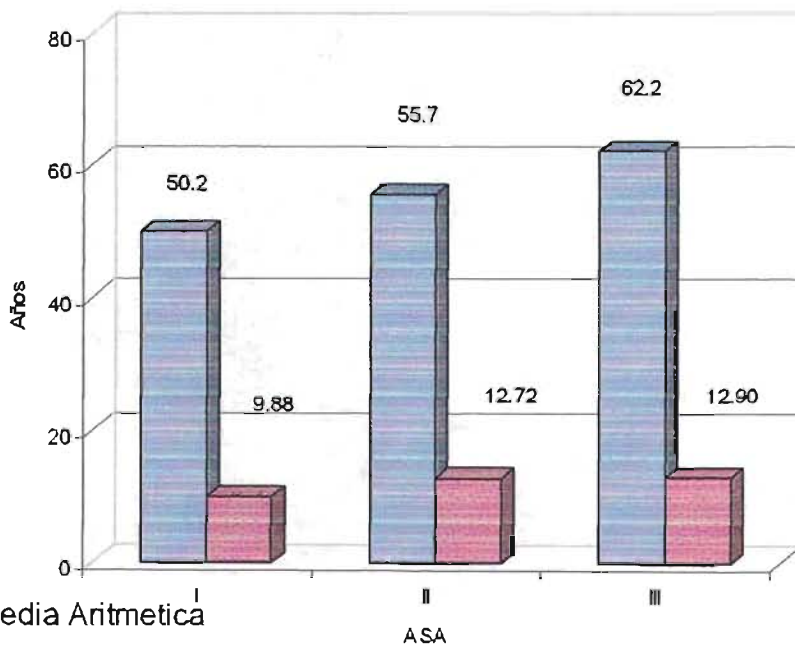
Complicación	Frec.	%
HiperTA	17	12,2
Anemia	11	7,9
DHE	10	7,2
HipoTA	4	2,9
Cardiop.	4	2,9
Desc. Metabol.	4	2,9
Ninguno	73	52,5
Otros	16	11,5
	139	



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Gráfico 10. Muestra la relación entre la media aritmética de la edad y ASA otorgada.

Edades por Valor de ASA



ASA	Edad	
	Media	Desv. Sta.
I	50.2	9.88
II	55.7	12.72
III	62.2	12.90
IV	66.8	14.80

ANEXO 1 ANEXO 1. CUADRO DE CONCORDANCIA ENTRE LAS VALORACIONES DE MEDICINA INTERNA Y ANESTESIOLOGIA EXPRESADO.

		ASA otorgada por medicina interna						Totales
		I	II	III	IV	V	VI	
ASA otorgada por anestesiología	I	21	7	0	0			28
	II	7	28	4	0			39
	III	2	15	35	1			53
	IV	2	0	0	1			3
	V							0
	VI							0
Totales		32	50	39	2	0	0	123

Concordancia observada	0.6910569
Concordancia esperada	0.325137154
Índice kappa de Cohen	0.542213516

Prueba de significación

Nivel de significación de la prueba (alfa)	0.05	"la hipótesis nula: Se dan la casualidad"
Valor crítico de la prueba	-1.9599640	1.959964
		8.9307399

Decisión:

Los observadores NO han coincidido por casualidad

El p-valor

0.00000000000000000000

Intervalo de confianza para el Índice Kappa

0.421465671	0.66296136
-------------	------------

Valores ponderados

Ponderación lineal

Concordancia observada	0.880758808
Concordancia esperada	0.701897019
Índice kappa de Cohen	0.6

Ponderación cuadrática

Concordancia observada	0.945799458
Concordancia esperada	0.849633889
Índice kappa de Cohen	0.639542835

ANEXO 2. CUADRO DE CONCORDANCIA ENTRE AMBAS ESPECIALIDADES.

		ASA Otorgada por Medicina Interna					
		I	II	III	IV	V	VI
ASA Otorgada por Anestesiología	I	100%	60%	30%	0%		
	II	60%	100%	60%	30%		
	III	30%	60%	100%	60%		
	IV	0%	30%	6%	100%		
	V						
	VI						

BIBLIOGRAFIA

- 1.-G. Edgard Morgan, Jr., Maged S Mikhail, Anestesiología clínica, 2da edición, 1998, vol. 1, Pág. 7-14.
- 2.-Keats Arturo S: "The ASA classification of physical status-A recapitulation," editorial view. *Anesthesiology* 1978; 49: g 233-236
- 3.-Brown DL: Risk and outcome in anesthesia, second edition, edit Lippincott, 1992, pp 6-7.
- 4.-Brown David L: Riesgo en anesthesia. Perspectiva históricas en riesgo y resultados en anestesia por David L. Brown. Ediciones Doyma, Barcelona, 1991. pp. 3-30.
- 5.-Owens, Felts, Spitznagel: ASA Physical status classifications: A study of consistency of ratings. *Anesthesiology*, 1978, vol. 49: 239-243.
- 6.-Stenquist Ola: Monitoreo y seguridad en anestesia. En XVI Curso anual de actualización, Sociedad Mexicana de Anestesiología, 1990-1991, pag. 94.
- 7.-Celis E., Garcia E., Jaramillo J. Valoración preanestesica, Anestesiología Medicina crítica, *Lecturas Selectas*, Vol. 1. Fundación Santafé de Bogota. Editorial Gente Nueva, 1991, pp. 11-35.
- 8.-López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández, Medidas de Concordancia: El índice de Kappa, *Unidad de epidemiología clínica y Bioestadística, Cad Aten Primaria* 1999; 6: 169-171.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO "Dr. Ernesto Ramos Bours"

DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

"CONFRONTACION DE LAS VALORACIONES PREQUIRURGICAS
OTORGADAS A PACIENTES QUIRURGICOS POR MEDICINA
INTERNA Y ANESTESIOLOGIA EN HOSPITAL GENERAL DEL
ESTADO DE SONORA".

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA INTERNA QUE

PRESENTA

DRA. MARIA CLAUDIA VILLA TANORI

ASESOR

DR. JOSÉ GUSTAVO SÁMANO TIRADO
HERMOSILLO, SONORA FEBRERO 2006.

AGRADECIMIENTOS