



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
ANESTESIOLOGÍA

**"EVALUACIÓN DE LA NOM-006-SSA3-2011 PARA LA PRÁCTICA DE LA  
ANESTESIOLOGÍA EN EL LLENADO DE LA HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR:  
DR. OMAR URBÁN ARELLANO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:  
ANESTESIOLOGÍA

DIRECTORES DE TESIS:  
DRA. MARÍA MARICELA ANGUIANO GARCÍA  
DRA. ANDREA PÉREZ FLORES

**2014**



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 AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL  
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN  
ANESTESIOLOGÍA

**"EVALUACIÓN DE LA NOM-006-SSA3-2011 PARA LA PRÁCTICA DE LA  
ANESTESIOLOGÍA EN EL LLENADO DE LA HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR:  
DR. OMAR URBÁN ARELLANO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:  
ANESTESIOLOGÍA

DIRECTORES DE TESIS:  
DRA. MARÍA MARICELA ANGUIANO GARCÍA  
DRA. ANDREA PÉREZ FLORES

2014

**"EVALUACIÓN DE LA NOM-006-SSA3-2011 PARA LA PRÁCTICA DE LA ANESTESIOLOGÍA EN EL LLENADO DE LA HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO"**

Autor: Omar Urbán Arellano

Vo. Bo.

Dra. María Maricela Anguiano García

---

Profesor Titular del Curso de  
Especialización en Anestesiología

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

---

Director de Educación e Investigación.

**“EVALUACIÓN DE LA NOM-006-SSA3-2011 PARA LA PRÁCTICA DE LA ANESTESIOLOGÍA EN EL LLENADO DE LA HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO”**

Autor: Omar Urbán Arellano

Vo. Bo.

Dra. María Maricela Anguiano García

---

Director de Tesis  
Jefe de servicio de Anestesiología Hospital General Ticomán

Vo. Bo.

Dra. Andrea Pérez Flores

---

Director de Tesis  
Médico Adscrito al servicio de Anestesiología Hospital General Ticomán

## DEDICATORIAS

En primer lugar a Dios, por haberme prestado la vida y seguir con ella en este momento y en este lugar, ya que sin ella no hubiera podido conocer a cada uno de ustedes.

A mi mamá Malena por su corazón tan grande y estar conmigo en todo momento y en cada lugar.

A mi hija, con quien espero estar muy pronto y pueda comprender todo lo sucedido. Te AMO.

A mis amigos, por estar siempre cuando los necesito y que juntos somos una fortaleza indestructible.

A todos mis maestros, que han dedicado un poco de su tiempo en mi formación y a quienes me han permitido ser parte de su vida.

A todas las personas que en algún momento tuve la fortuna de encontrarme en mi camino y a las que siguen y seguirán siendo un gran soporte en mi vida.

En especial a mis padres y hermano, a quienes amo inmensamente y dedico este logro más en mi vida.

OMAR

## ÍNDICE

### RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MATERIAL Y MÉTODOS	15
III.	RESULTADOS	16
IV.	DISCUSIÓN	26
V.	CONCLUSIONES	30
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

## RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El correcto llenado de la hoja de Registro Anestésico es de vital importancia, al igual que el resto de los apartados, se considera un documento médico-legal que puede ser utilizado para fincar o deslindar responsabilidad médica ante una demanda al médico Anestesiólogo por mala práctica de la Anestesiología y por lo tanto se debe cumplir al 100% el llenado correcto, motivo por el cual surgió la inquietud de realizar el presente estudio "Evaluación de la NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología en el llenado de la Hoja de Registro Anestésico".

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio de servicios de salud (**calidad de la atención médica**), observacional, descriptivo, transversal y ambispectivo. Se obtuvo un censo de las hojas de Registro Anestésico del expediente clínico de los procedimientos anestésicos realizados en los pacientes del servicio de Cirugía General en el Hospital General Dr. Rubén Leñero del periodo comprendido de Enero a Abril del 2013, dos meses de forma retrolectiva (Enero-Febrero) y dos meses prolectiva (Marzo-Abril) de informar al personal médico sobre dicho estudio, en donde se analizó el porcentaje de cumplimiento de la NOM-006-SSA3-2011 en su apartado 11. Documentación del procedimiento anestésico. Para el análisis se emplearon medidas de tendencia central, medidas de dispersión y porcentajes.

RESULTADOS. Se obtuvo un censo de 371 hojas de Registro Anestésico, de las cuales se obtuvieron los siguientes porcentajes de cumplimiento: Apartado 11.1 100%; 11.1.1. 94.60%; 11.1.2. 44.47%, 11.1.3. 95.95%; 11.1.4. 98.65%; 11.1.5. 71.15%; 11.1.6. 84.14%; 11.1.7. 95.95%, 11.2. 21.56%, con un cumplimiento global del 75.69%. El cumplimiento del análisis retrolectivo fué del 72.49%, prolectivo del 78.92%, obteniendo una mejoría del 6.43%. También se evaluaron otros rubros como el registro de la edad 100% y sexo 100% del paciente y el nombre completo, cédula profesional y firma del médico adscrito 51.23%.

CONCLUSIONES. Existe cumplimiento del llenado de la Hoja de Registro Anestésico como lo marca la NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología en un 75.69%.

Palabras clave: Evaluación, NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología, llenado, hoja de Registro Anestésico.

## I. **INTRODUCCIÓN**

La Anestesiología es una rama de la medicina que a través de la aplicación de técnicas específicas y la administración de sustancias farmacológicas, se provoca: anestesia, analgesia, inmovilidad, amnesia e inconsciencia del paciente, durante el tiempo que se requiera para que se lleven a cabo procedimientos médico-quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación. Su campo de aplicación se extiende al periodo perioperatorio, a los cuidados de reanimación, al control del dolor, a los cuidados paliativos, así como a la investigación. La importancia y trascendencia de la anestesiología, es tal, que con la ayuda de esta práctica, los médicos pueden abordar prácticamente todas las estructuras del organismo y brindar mayores posibilidades de sobrevivencia y calidad de vida, ante diversas enfermedades que sufre el ser humano, razón por la cual los anestesiólogos deben enfrentar retos y riesgos, atendiendo en ocasiones, efectos y eventos adversos, muchas veces imprevisibles. La responsabilidad del médico especialista en anestesiología, implica el estudio y valoración del paciente, para indicar y proporcionar el manejo y los cuidados perianestésicos adecuados para cada situación. Es necesario considerar al cuidado perianestésico como un proceso que abarca las etapas: pre, trans y postanestésica; que requieren documentarse para identificar en cada una de éstas, la participación integral del médico anestesiólogo con el equipo multidisciplinario en la toma de decisiones para cada caso.<sup>1</sup>

Entre los antecedentes más remotos de los derechos de los pacientes se encuentran los plasmados en el Código de Hammurabi (1750 a. C.), descubierto en 1902 en Irán; entre otras muchas acciones médicas, en dicho código se sancionaba al médico cuando ocasionaba daño a su paciente. Otro trascendente documento aplicable en nuestros días es el de Hipócrates, que como norma prescriptiva de la moral sustenta el respeto por el ser humano enfermo. Aparecida en Roma durante la época del Imperio, la Ley Aquilea por primera vez menciona la culpa gravis, que ha sido fundamental para muchas legislaciones. En la Edad Media, los médicos judíos, afamados por su técnica médica fundamentada en la antigua tradición, rigieron su conducta siguiendo al pie de la letra el Juramento de Asaf (Asaf Harofe), que tiene muchos puntos en común con el Juramento de Hipócrates y que por supuesto es

posterior. En el transcurso de la historia, los textos hipocráticos fueron mezclados con nociones de deber y virtud. Sin embargo, los componentes filosóficos fundamentales de la ética médica permanecieron intactos hasta mediados del siglo XX, cuando empezaron a ser cuestionados como parte del trastoque general de los valores originado en los países desarrollados por una serie de acontecimientos sociales como la Segunda Guerra Mundial. En 1946 se proclamó el Código de Núremberg, que estableció un decálogo de principios que deberían ser respetados cuando se afectara la dignidad humana, como en los casos de la experimentación médica sobre seres humanos o cuando se pretendiera efectuar investigación en humanos, para lo cual se estableció como requisito obligatorio la documentación del consentimiento informado de manera libre y voluntaria. En el mismo año, la Organización Mundial de la Salud hizo universal el concepto del derecho a la salud. A finales de 1948 se promulgó la Declaración de los Derechos Humanos, que señala el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud. En este proceso de legislación ética de la práctica médica surge el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, octubre de 1949). Este conjunto de normas encaminadas a la obligación moral y no jurídica recomienda su observancia en los países firmantes, y fundamenta el reconocimiento moderno del derecho que posee el ser humano a gozar de salud en forma libre e igual en dignidad y prerrogativas, otorgándole el respeto y trato fraterno de sus congéneres. No obstante en la actualidad existen múltiples factores que matizan la interpretación de la condición del paciente, sus necesidades y sus derechos. Por ello, es menester entender que los cambios vertiginosos acontecidos en todos los ámbitos de la sociedad e intensificados por el acceso a la información y catalizados por los avances técnicos y científicos desde finales del siglo XX, han propiciado conflictos entre los derechos y necesidades del paciente y algunos otros valores sociales, no siempre percibidos en su justa dimensión, advirtiéndose falta de conciencia entre el personal de salud acerca de la opinión del paciente en torno a la atención medica que se le brinda. <sup>2</sup>

Aun cuando los derechos de los pacientes se encuentran legislados en diferentes instrumentos de la normatividad jurídica del país, para el ciudadano es difícil integrar la información disponible en torno a sus derechos. Con el propósito de compilar en forma sucinta y clara la

información disponible respecto al tema, se emprendió un proyecto dirigido a elaborar un documento único para el usuario de los servicios de salud, como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos buscan mejorar la calidad de los servicios de salud. La Normatividad Mexicana es una serie de normas cuyo objetivo es asegurar valores, cantidades y características mínimas o máximas en el diseño, producción o servicio de los bienes de consumo entre personas morales y/o físicas, sobre todo los de uso extenso y fácil adquisición por el público en general, poniendo atención en especial en el público no especializado en la materia, de estas normas existen dos tipos básicos en la legislación mexicana, las Normas Oficiales Mexicanas llamadas Normas NOM y las Normas Mexicanas llamadas Normas NMX, de las cuales solo las NOM son de uso obligatorio en su alcance y las segundas solo expresan una recomendación de parámetros o procedimientos, aunque si son mencionadas como parte de una NOM como de uso obligatorio su observancia es a su vez obligatoria. Desde la época porfirista un medio eficaz de control consistió en caracterizar un servicio o producto de tal manera que solo quien lo hiciera originalmente pudiera obtener un beneficio económico, excluyendo del mercado a cualquier otra empresa que intentara realizar algo similar, como fué el caso del ancho de vía o trocha en los sistemas ferrocarrileros, donde cada compañía que instalaba un sistema de ferrocarril obligaba a usar la trocha que ellos quisieran, por lo que la adquisición de equipos como trenes debían ser solo a ese fabricante, esto obligaba a cambiar de tren en cada cambio de ancho de vía como ocurre aún en las fronteras entre varios de los países de la Unión Europea, obligando al gasto en el cambio de las mercancías entre los carros de diferentes sistemas. Esto por ejemplo, fué uno de los grandes problemas de logística para la Alemania nazi en la Segunda Guerra Mundial y en forma similar le ocurrió a los EE. UU. con el traslado por barco, hasta la estandarización de procedimientos con los barcos Liberty, terminada la guerra el comercio mundial vuelve a fluir pero la diversidad de criterios lo hace lento, es cuando aparecen los Contenedores para carga marina los cuales permiten enviar cualquier cosa por barco, siempre y cuando quepa dentro de uno, con la ventaja de homologar los equipos para el embarque y traslado de los productos, es el uso de los contenedores lo que facilita el intercambio mundial y lo que empieza a gestar dentro de la O.N.U. la idea de crear recomendaciones para facilitar el comercio, haciendo igual en varias partes

del mundo el uso de las cosas comunes como pueden ser los tomacorrientes, el codificado de la señal de televisión, el uso de símbolos, etc. Por eso en el año de 1947 se crea la Organización Internacional de Estandarización mejor conocida como ISO (International Standard Organization), en la cual los diferentes países miembros pueden debatir para eliminar, crear u homologar estándares para los productos o servicios que se intercambian entre ellos, aunque en la mayoría de casos los estándares emitidos por ISO solo son recomendaciones para que sean adoptadas por los países miembros con el adecuado trato legislativa en sus territorios. En el caso de México la estandarización fué por la influencia de la economía estadounidense en la economía mexicana, lo que obligo al gobierno a emitir leyes y reglamentos que obligaran a usar ciertas características, en la mayoría del país, mientras en el norte por ser generada en los EE. UU. se usara su sistema de corriente alterna a 60 Hz, pero al declinar por la guerra el comercio de repuestos europeos para los generadores debieron comprarse a los EE. UU. Lo que obligó a cambiar o modificar los equipos que trabajaban a 50 Hz por equipos que pudieran hacerlo a 60 Hz. Es así como por 20 años se acumulan una serie de leyes y reglamentos diversos que obligan a los fabricantes, productores y prestadores de servicio a cumplir un mínimo de características en sus productos. Pero en 1986 con la entrada de México al GATT se compromete el gobierno a usar las recomendaciones de ISO y otras organizaciones internacionales para crear sus propios estándares, lo cual se concreta con la Ley Federal sobre Metrología y Normalización en su primera versión la cual obliga a usar solo un sistema cuantitativa de medida, en concreto el llamado Sistema General de Unidades de Medida que se integra con el Sistema Internacional de Unidades y las no comprendidas en el sistema internacional que se acepten por ley. Además de una serie de documentos llamados normas que estandarizan en todo el territorio mexicano ciertas características de los productos que involucran esos documentos. Par esto se crean dos organismos del gobierno federal uno técnico llamado Centro Nacional de Metrología (CENAM) y otro administrativo llamado Dirección General de Normalización (DGN), ambos dependientes de la llamada entonces Secretaría de Industria, hoy Secretaría de Economía, pero para el caso de la representación del gobierno federal en los ámbitos internacionales ambos organismos dependen de la Secretaria de Relaciones Exteriores. Es así que durante los 80's y 90's del siglo XX la Dirección General de Normalización emite una serie de normas con base en

recomendaciones de instancias de carácter técnico tanto nacionales como internacionales, las cuales abarcan básicamente solo los productos y servicios para la venta al público en general. La Norma Oficial Mexicana por sus siglas conocidas como normas NOM, creadas en el Art. 3 Frac. XI de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización que dice.<sup>2</sup>

La regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación.<sup>2</sup>

Esto hace que estas normas sean de uso obligatorio para quien cae dentro del alcance de la aplicación de las mismas y cuando las actividades o productos se hagan durante la vigencia de la misma. Estas normas ordinariamente se publican íntegramente en el Diario Oficial de la Federación e incluso se publican en medios electrónicos, por lo que se pueden considerar de acceso público y libre distribución, siempre y cuando no se alteren, aunque para referirse a ellas deben tomarse las publicadas por el Diario Oficial de la Federación. En México para la integración de todas las documentales que registran la actividad médica anestésica, se cuenta con la normatividad específica en la NOM 170, la cual entró en vigor el 14 de diciembre de 1998 de acuerdo con el cumplimiento previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que en los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los servicios de salud, sin embargo debido al rápido avance científico y tecnológico que en el área de la anestesiología a acontecido, entra en vigor la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología, la cual nos rige hasta el día de hoy y es quien determina el tipo, la calidad y el contenido de todas y cada una de las notas, reportes y documentos que de la atención médica anestesiológica deben realizarse.<sup>3</sup>

Partiendo de lo general, es posible decir que El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico define de forma específica, los rubros que deberán contener las diferentes notas médicas que formen parte del expediente clínico. Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Es así, que establece que todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales.<sup>4</sup>

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
- En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.
- Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.
- Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.<sup>4</sup>

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos; sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. El expediente clínico cobrará importancia en los litigios médico-legales como prueba documental, toda vez que rinde los términos y condiciones en la que el médico anesthesiólogo ejerció su *praxis*, a través de notas médicas anesthesiológicas, indicaciones médicas, hojas de registro transanestésico, etc.

La real academia de la lengua española define al documento como: "del latín *documentum* escrito en el que constan datos fidedignos o susceptibles de

ser empleados como tales para probar algo". Los documentos sirven en la mayoría de los casos, para dejar huella constante sobre hechos o acontecimientos; es decir, brindan certeza de algún estado de las cosas. El paso del tiempo ha traído como consecuencia la necesidad de autenticar aquello que se plasma en documentos, por lo que se requiere, actualmente, de una mayor certeza. Por lo que, la definición del documento se divide en dos grandes ramas, por un lado la documental privada y por el otro la documental pública. Los documentos privados son documentos meramente particulares donde se constan estados de cosas que no requieren la intervención de ninguna autoridad para brindar prueba de la autenticidad de aquello que se escribe. La documentación pública por su parte, requiere del Estado, quien posee el monopolio de la certidumbre en escritos, puesto que esto funge como mediador de las relaciones humanas, es decir, en caso de un conflicto, el documento que sea acompañado con la autenticidad que el Estado exige, posee la fuerza aprobatoria del Derecho. En la práctica médica de la Anestesiología, la aplicación de estos conceptos se manifiesta en la integración de lo que se conoce como expediente clínico anestesiológico, que es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole en los cuales el personal de salud especializado, deberá hacer los registros, las anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias; el cual formará parte de un todo, llamado expediente clínico general e integral del paciente, mismo que a lo largo de la evolución de la ciencia de la Anestesiología, ha sufrido diversos cambios. <sup>5</sup>

En la práctica de la Anestesiología, el médico responsable del servicio en el turno correspondiente, será quien supervise el cumplimiento de la NOM-006-SSA3-2011, la cual está compuesta por los siguientes apartados:

0. Introducción.
1. Objetivo.
2. Campo de aplicación.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Disposiciones generales.
6. De la práctica de la anestesiología.

7. De los establecimientos prestadores de servicios de atención médica para la práctica de la anestesiología.
8. De los prestadores de servicios de anestesiología.
9. Lineamientos para el cuidado preanestésico.
10. Lineamientos para el manejo transanestésico.
11. Documentación del procedimiento anestésico.
12. Lineamientos para el cuidado postanestésico-quirúrgico.
13. Criterios específicos para la administración de anestesia en pediatría.
14. Criterios específicos para la administración de anestesia en gineco-obstetricia.
15. Criterios específicos para la administración de anestesia en cirugía ambulatoria.
16. Concordancia con normas oficiales internacionales y mexicanas.
17. Bibliografía.
18. Vigilancia.
19. Vigencia.

Su ejercicio se basará en los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y la libertad prescriptiva, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar, en beneficio del paciente. El médico responsable de aplicar la anestesia, tiene la libertad de elegir la técnica anestésica y los procedimientos que estime pertinentes para la mejor y más segura atención del paciente, considerando, en su caso, las preferencias de este último, también determinará el estado físico del paciente y evaluará el riesgo, para establecer el plan de cuidados anestésicos, pudiendo para ello interconsultar a otros especialistas. Antes de iniciar la aplicación del procedimiento anestésico, deberá identificar y evaluar al paciente, así como, confirmar el procedimiento médico o quirúrgico a realizar. Proporcionará al paciente trato respetuoso y digno de acuerdo con los principios de la ética médica. Durante el procedimiento anestésico deberá estar siempre presente en la sala quirúrgica o gabinete. Registrará el proceso anestésico en las hojas correspondientes e incorporará en el expediente clínico. Evaluará y verificará durante el periodo perianestésico el estado y evolución del paciente. En caso de relevo, el médico anesthesiólogo a cargo, deberá entregar al médico relevante, junto con el paciente, el expediente clínico, así como la hoja

de registro anestésico actualizada al momento del relevo, la cual deberá precisar, como mínimo: la fecha, hora, nombre y firma del anesthesiólogo que entrega, así como del que recibe al paciente. <sup>5-6</sup>

#### Apartado 11. Documentación del procedimiento anestésico:

- 11.1. La hoja de registro anestésico contará como mínimo con:
  - 11.1.1 Signos vitales. (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno). Tales signos se registraran con la siguiente simbología: tensión arterial sistólica (V), tensión arterial diastólica ( $\lambda$ ), frecuencia cardiaca ( $\cdot$ ), la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno se representaron con números ordinales.
    - 11.1.2.1 Hora de inicio y término del procedimiento anestésico y del procedimiento quirúrgico.
    - 11.1.2.2 Dosis de los medicamentos, agentes usados, tiempos en que fueron administrados, así como su vía de administración.
    - 11.1.2.3 Técnica utilizada.
    - 11.1.2.4 Tipo y cantidad de líquidos intravenosos administrados, incluyendo sangre y sus derivados, plan de administración de líquidos parenterales y balance hidroelectrolítico, con reporte del cálculo de pérdidas hemáticas y de otro tipo.
    - 11.1.2.5 Registro de contingencias, accidentes e incidentes.
    - 11.1.2.6 Estado del paciente al salir de la sala de operaciones.
    - 11.1.2.7 En caso de tratarse de un bloqueo de conducción nerviosa, la hoja de registro anestésico deberá incluir todos los datos referentes a dicha metodología. <sup>6</sup>

#### Lineamientos para el cuidado postanestésico quirúrgico:

1. Contar con hoja de registro anestésico, con información adecuada y suficiente. Estado del paciente en condiciones aceptables, evaluadas mediante la calificación de ALDRETE. En caso, de que no se cumplan los criterios señalados, el cirujano y el anesthesiólogo tratantes, deberán evaluar, indicar y vigilar el traslado del paciente a una

unidad de cuidados intensivos, dónde deberá ser presentado y entregado directamente al personal médico correspondiente.

2. El paciente transportado al área de recuperación, deberá contar con la hoja de registro anestésico y su expediente clínico. Durante el periodo postanestésico, el anestesiólogo asignado al área de recuperación supervisará la elaboración de una tabla de signos vitales y de nivel de consciencia; indicar por escrito los fármacos y medicamentos, dosis y cuidados que se deben proporcionar al paciente.
3. La nota postanestésica la elaborará el médico que administró la anestesia y deberá contener la técnica anestésica utilizada; fármacos y medicamentos administrados; duración de la anestesia; contingencias, accidentes e incidentes atribuibles a la anestesia; balance hídrico; estado clínico del paciente a su egreso del quirófano; plan de manejo y tratamiento inmediato, incluyendo protocolo de analgesia y control de signos y síntomas asociados a la anestesia.
4. El anestesiólogo deberá firmar la nota de alta o egreso del área de recuperación, considerando la calificación de ALDRETE.<sup>6</sup>

El derecho es considerado como la practica indefectible y obligatoria de conducirse en términos de la ley y al respecto diremos que la práctica médica en general tiene normatividad y que en México la única especialidad médica que cuenta con normatividad propia es la Anestesiología. El Comité de Responsabilidad Profesional de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) encontró que en 1004 expedientes de demandas por mala práctica anestesiológica en Estados Unidos de Norteamérica se tuvo que pagar más del 80% de los juicios donde se determinó un cuidado por debajo del estándar aceptado en ese país, y en más del 40% de los casos en donde se había dado una anestesia correcta, lo cual ha dado cabida a que los pacientes busquen compensaciones millonarias, aún en aquellos casos donde no hay práctica errónea. Desafortunadamente este negocio de las demandas ha sido importado a México, con un impacto negativo no bien conocido. Ya pasó la época en que los médicos mexicanos teníamos un lugar especial en la estructura social de nuestro país, ese tiempo en que los pacientes nos veían como los guardianes amigos de su salud, cuando los errores médicos eran fallas de los humanos, faltas que eran comprendidas y no generaban una demanda. Nuestra realidad es otra; personas en las puertas de los hospitales incitando a pacientes y

familiares contra los médicos, empresas dedicadas a la venta de seguros de responsabilidad profesional, médicos con una práctica profesional defensiva que encarece y deteriora la atención a la salud, a la vez que quebranta la relación médico-paciente. En estos tiempos la práctica de la anestesiología incluye el planteamiento habitual de una técnica anestesiológica refinada, mas una porción profiláctica para abatir la posibilidad de una demanda. El ejercicio de la medicina en México se regula en diversos niveles; Ley general de salud, Ley de Profesiones, Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Código Fiscal de la Federación, Código Penal, Normas Oficiales Mexicanas, Consejos de Certificación, Comités Hospitalarios de Credenciales, y Cédulas Profesionales.<sup>6</sup>

Es así, que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para la regulación médica, creada el 31 de mayo del año 1996, realizó un análisis de 97 quejas interpuestas a médicos anestesiólogos en el periodo de junio de 1996 a mayo de 2001, observado en la revisión de expedientes relacionados con las quejas, únicamente en 54.5% de los casos se contaba con la hoja de consentimiento informado, 72.7% con evaluación pre-anestésica, 54.5% tenían hoja de anestesia y 90.9% contaban con nota postanestésica, cabe destacar que únicamente se verificó que se contara con la información, pero no se evaluó que se tuvieran todos los elementos requeridos en cada uno de estos documentos <sup>7</sup>

Es necesario tomar medidas para reducir esta tendencia negativa hacia los médicos, en especial hacia los Anestesiólogos; Anestesiólogo-Paciente-Familia-Abogado-Demanda. Este ciclo se puede romper mejorando la imagen que el público tiene de nosotros; el Anestesiólogo debe de hacerse visible para sus pacientes como un verdadero médico especialista durante el periodo pre, trans y post anestésico, y los sistemas de salud deberán de proveer de suficientes recursos humanos y materiales que garanticen la buena práctica de la Anestesiología. Las medidas preventivas en Anestesiología son una parte capital de nuestra práctica profesional; prevención de carácter científico aplicada a nuestros procedimientos y profilaxis de actos legales que puedan iniciar un proceso de demanda justificado o no. Los factores que inducen demandas se inician con una mala relación médico-paciente, destacando la información deficiente por parte del médico. <sup>8</sup>

De estos hechos, es que emerge la necesidad de contar con una capacitación constante y profesional. En casos de materia civil o penal, la prueba determinante para fincar o deslindar de responsabilidad al médico Anestesiólogo, es el expediente clínico y la prueba pericial. En el primer caso éste encuentra su fundamento en la Ley General de Salud y a su vez en la NOM-168 del Expediente Clínico, actualmente la NOM-004. Por ello, los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado están obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en dicha Norma; independientemente de la forma en que fueren contratados.<sup>9</sup>

A partir del año 1960 se ha incrementado el conflicto médico-legal y los médicos ante nuestra renuencia a estar informados sobre temas legales que afectan nuestro patrimonio y el prestigio profesional nos hemos convertido en víctimas de litigios muchas veces mal fundamentados, cuyo interés predominante es el económico, imitando patrones externos, favoreciendo la "industria del juicio" y facilitando el desarrollo de instituciones para su protección y defensa. El ejercicio profesional del médico involucra el manejo de los valores jurídicos de mayor trascendencia para el individuo, es preciso no olvidar que se trata de una actividad que lleva a cabo un ser humano y que como tal está sujeto al error ("errar es humano") y el orden jurídico regula cualesquiera de las conductas que se aparten de una práctica profesional que pueda calificarse de imperita, imprudente o negligente, factores a evaluar cuando se tipifica una conducta ilícita. Hay pues, la necesidad de estar bien informados acerca de las cuestiones jurídicas que nos pueden afectar para evitar ser demandados, entender nuestra defensa y en caso necesario revertir acusaciones injustas para proteger la reputación profesional y nuestro patrimonio económico. Esta breve exposición tiene como objetivo resumir y hacer entendible a los médicos en general, los tópicos legales más comunes que afectan a la profesión ya que habitualmente la estructura jurídica es desconocida, lo que origina temor y falta de interés.<sup>10</sup>

CULPA. Es la categoría delictiva que con mayor frecuencia se actualiza a propósito de la práctica médica. "Obra culposamente el que produce el resultado típico (daño), que no previó, siendo previsible o previó confiando en que no se produciría", en virtud de la violación de un deber

de cuidado. Atender el deber de cuidado evita los acontecimientos adversos que son consecuencia de la acción u omisión en cuanto a la elección de medios y el método terapéutico empleado. Existe conducta culposa, cuando: <sup>11</sup>

Se realiza un hecho típico que afecta un bien jurídicamente protegido:

1.- La salud (en caso de lesiones) y 2.- La vida (homicidio). <sup>11</sup>

ROSTROS DE LA CULPA:

- IMPERICIA: Es la falta de pericia, es decir, la sabiduría. Es la carencia de conocimientos técnicos, experiencia y habilidad en el ejercicio de la medicina.
- IMPRUDENCIA: Es la falta de prudencia, realizar un acto con ligereza, sin las adecuadas precauciones. Es la conducta contraria a lo que el buen sentido aconseja.
- NEGLIGENCIA: Es la omisión al cumplimiento del deber, con conocimiento de causa, teniendo los medios para ello, es descuido y omisión.
- PRECIPITACION: Es el actuar apresuradamente, teniendo tiempo para precisar los procedimientos, obteniendo un resultado insatisfactorio.
- INOBSERVANCIA: Es la omisión al cumplimiento de los principios éticos y preceptos legales de observancia obligatoria en el ejercicio profesional. (Normas Oficiales Mexicanas).<sup>12-13</sup>

No todo acto médico fracasado implica la existencia de un delito culposo, éste sólo aparece cuando hubo inobservancia del deber de cuidado.<sup>13</sup>

El médico al actuar con imprudencia, realizó lo que no debía hacer, o con negligencia, dejó de hacer lo que debió realizar. La culpa abarca dos formas; la imprudencia, cuando el sujeto con su actuación crea un riesgo o aumenta el riesgo ya existente, y la negligencia, cuando se omiten los actos necesarios para prevenir o neutralizar el riesgo.<sup>13</sup>

En la práctica de la medicina, se puede incurrir en los siguientes tipos de responsabilidad:

- a) Penal. (más frecuente)
- b) Civil.

c) Administrativa.<sup>13</sup>

Debido a la difusión de los derechos de los pacientes, el profesional médico se ve afectado por denuncias públicas. Esto lleva al desarrollo de Programas de Auditoria Médica que tiene por objeto la evaluación periódica de la calidad de atención médica a través del expediente clínico. La Auditoria Médica es un mecanismo de perfeccionamiento y educación médica continua, basada en la utilización de normas, protocolos y registros, aplicando acciones correctivas y preventivas, permitiendo tomar resguardo en aspectos técnicos, administrativos, éticos y principalmente médico legales. Engloba aspectos educativos, de control, normativos, investigativos, médico legales, evaluativos, sistemáticos, multidisciplinarios, la gestión de calidad y los aspectos financieros. La Auditoria Médica evalúa el acto médico del anestesiólogo a través de la evaluación de: la visita preanestésica, del manejo transoperatorio, la posanestesia y el alta de recuperación, los acontecimientos adversos y el registro anestésico. Por tanto la responsabilidad del médico anestesiólogo es cada vez mayor y la Auditoria Médica está dirigida a prevenir el error médico y contribuye a elevar la calidad asistencial en los hospitales.<sup>14</sup>

En el Expediente Clínico los registros deben ser completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser clara, concisa y ordenada que pueda permitir un análisis eficiente; ya que, **lo que no está escrito se supone que no fué realizado.**<sup>14</sup>

Es por eso, que a pesar de que existe la NOM-006-SSA3-2011, aún con todos sus apartados, se ha observado y cabe mencionar que, existen algunos estudios que refieren, que el llenado de la hoja de Registro Anestésico es de vital importancia, sin restar importancia al resto de los apartados, y demuestran que no se cumple el llenado como se establece en dicha norma; se considera un documento legal que puede ser utilizado para fincar o deslindar responsabilidad médica ante una demanda por mala práctica de la Anestesiología al médico Anestesiólogo, y por lo tanto debe cumplir al 100% el llenado correcto.<sup>15</sup>

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de servicios de salud (**calidad de la atención médica**), observacional, descriptivo, transversal y ambispectivo. Se obtuvo un censo de las hojas de Registro Anestésico del expediente clínico de los procedimientos anestésicos realizados en los pacientes del servicio de Cirugía General en el Hospital General Dr. Rubén Leñero del periodo comprendido de Enero a Abril del 2013, dos de manera retrolectiva (Enero-Febrero) y dos prolectiva (Marzo-Abril) de informar al personal médico sobre dicho estudio. Para lo cual se elaboró un formato ex profeso que cumpliera con los parámetros que evalúa la NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la Anestesiología, los cuales incluye las siguientes variables analizadas de tipo cualitativa nominal y cuantitativas continuas.

- Independiente: NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología.
- Dependiente: Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Saturación Periférica de Oxígeno, Hora de inicio de anestesia, Hora de inicio de cirugía, Hora de término de cirugía, Hora de término de anestesia, Dosis de fármacos administrados, Hora de administración de fármacos, Vía de administración de fármacos, Técnica anestésica administrada, Tipo y cantidad de líquidos intravenosos administrados, Balance hidroelectrolítico, Cálculo de pérdidas hemáticas y de otro tipo, Reporte de contingencias, accidentes e incidentes, Estado del paciente al salir de la sala de operaciones, Metodología del bloqueo de conducción nerviosa.

Cada reactivo fue con opción de respuesta dicotómico: **SI**, que estuviera presente y completo (1) y **NO**, que no estuviera presente o incompleto (0).

Se realizó la revisión de los expedientes en forma directa por el investigador principal a fin de evitar sesgos, previa autorización del Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética.

Se elaboró la base de datos en Excel versión 2007 y se reportan los resultados con figuras y tablas, a través de un análisis estadístico descriptivo: media, desviación estándar, rango y porcentaje.

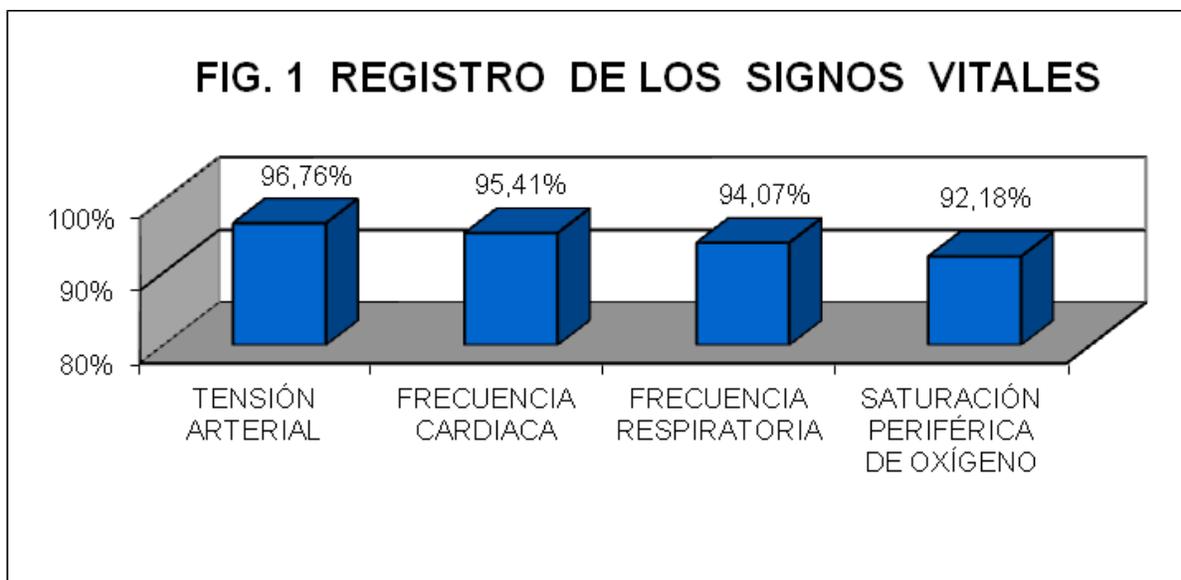
Con respecto a los aspectos bioéticos la investigación es **sin riesgo**.

### III. RESULTADOS

El estudio se realizó mediante la obtención de un censo de 371 hojas de Registro Anestésico del expediente clínico de los procedimientos anestésicos realizados en los pacientes del servicio de Cirugía General en el Hospital General Dr. Rubén Leñero del periodo comprendido de Enero a Abril del 2013, dos meses en forma retrolectiva (enero-febrero) y dos meses en forma prolectiva (marzo-abril) de informar al personal médico sobre dicho estudio, en donde se analizó el porcentaje de cumplimiento de la NOM-006-SSA3-2011 para la práctica de la Anestesiología en el llenado de la hoja de Registro Anestésico en su apartado 11.Documentación del procedimiento anestésico, que incluye los numerales 11.1, 11.1.1, 11.1.2, 11.1.3, 11.1.4, 11.1.5, 11.1.6, 11.1.7 y 11.2. También se evaluó que se contara con nombre completo, cédula profesional y firma del médico anesthesiólogo que otorgó el procedimiento anestésico, así como edad y sexo del paciente.

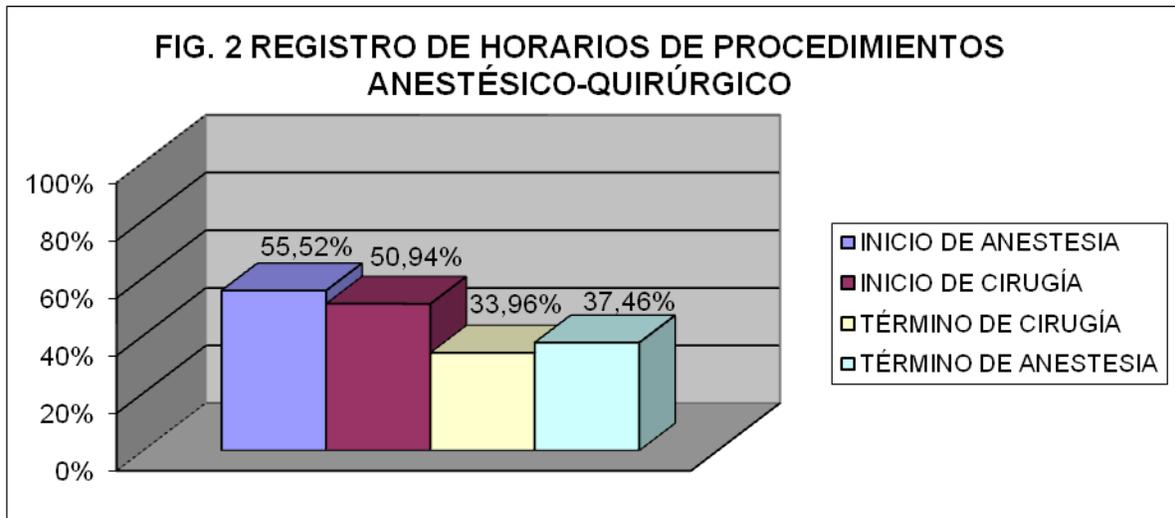
Numeral 11.1 Elaboración de la Hoja de Registro Anestésico. Cumplimiento del 100%.

Numeral 11.1.1 En el rubro de los signos vitales, se registró a la Tensión Arterial en un 96.76%, la Frecuencia Cardiaca en el 95.41%, la Frecuencia Respiratoria el 94.07%. Dentro de este apartado también se consideró el registro de la Saturación Periférica de Oxígeno, la cual fué del 92.18%.  
Fig. 1. Cumplimiento del 94.60%.



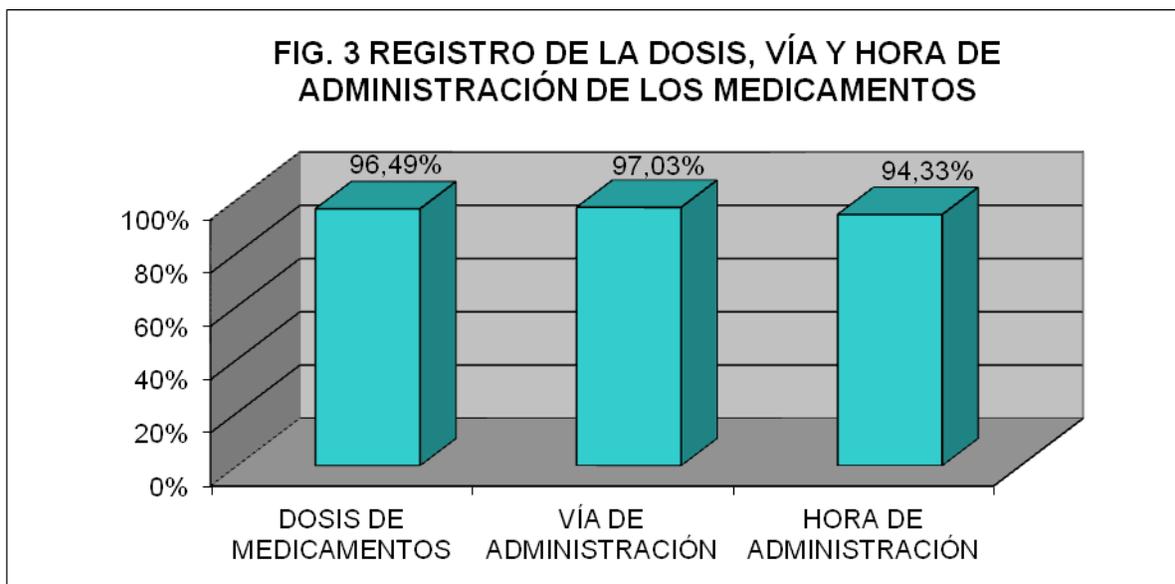
Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubén Leñero Enero-Abril 2013.

Numeral 11.1.2 El porcentaje de registro de los horarios fueron los siguientes: Inicio de anestesia el 55.52%, inicio de cirugía 50.94%, término de cirugía 33.96% y de término de anestesia el 37.46%. Fig. 2. Cumplimiento del 44.47%.



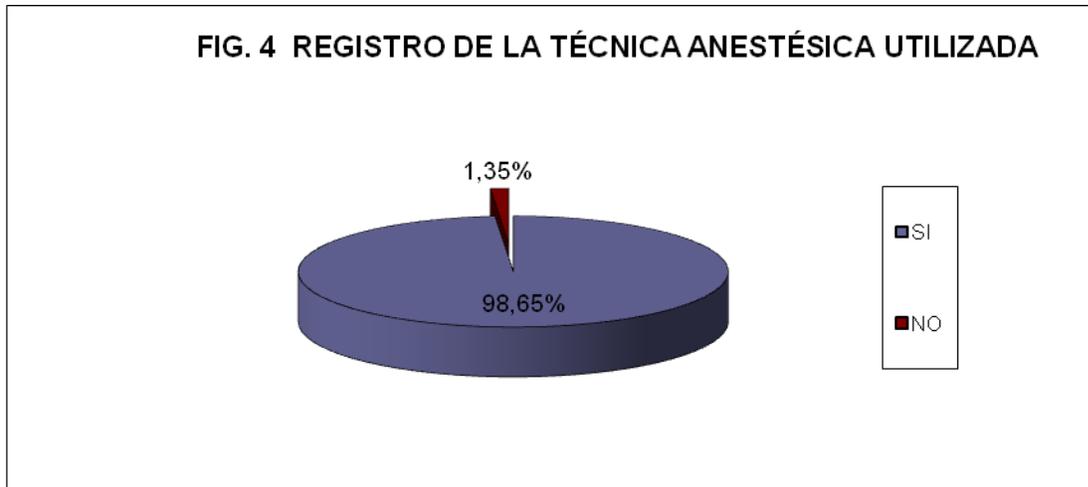
Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013

Numeral 11.1.3 El registro de la dosis de los medicamentos fue del 96.49%, vía de administración 97.03% y del horario de administración del 94.33%. Fig. 3. Cumplimiento del 95.95%.

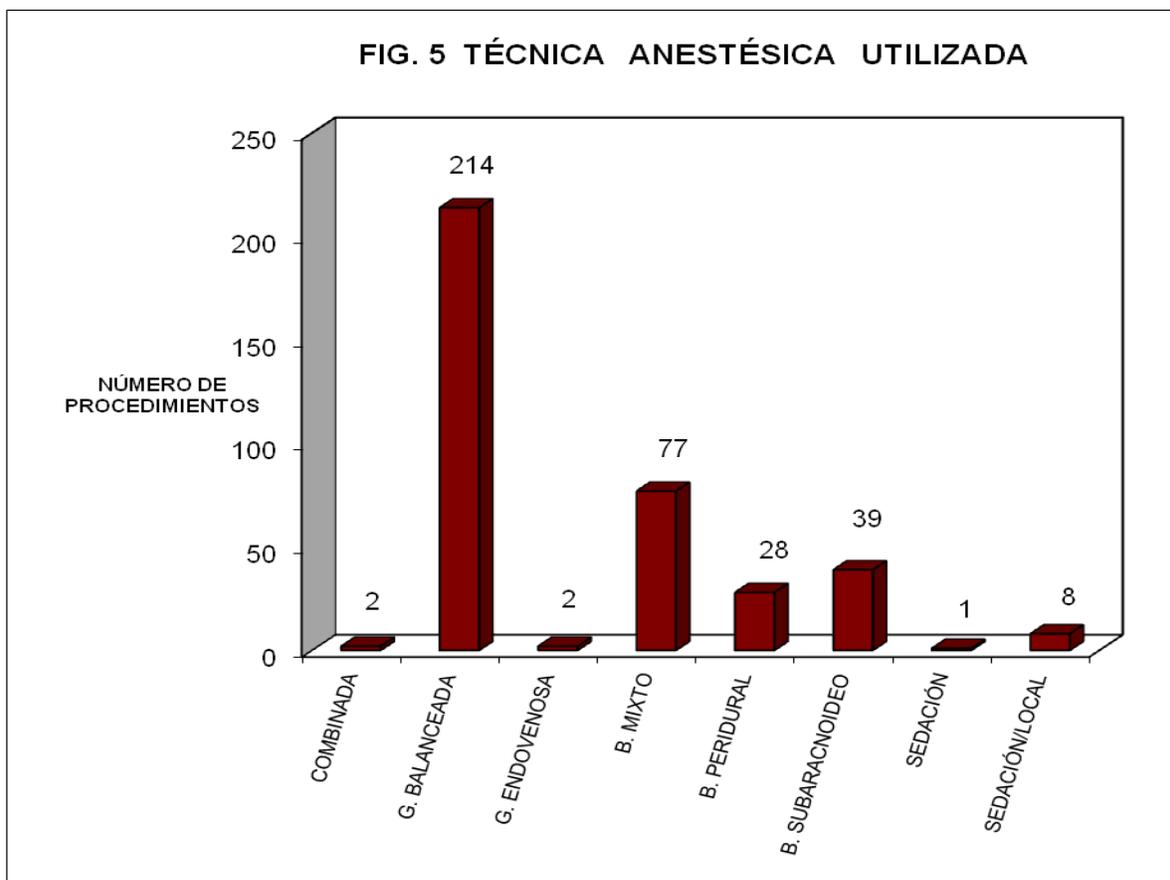


Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013

Numeral 11.1.4 Con respecto a la Técnica Anestésica utilizada, el 98.65% sí la registró y el 1.35% no la registró. Fig.4. También se muestra el tipo y el número de ocasiones que se utilizó cada técnica. Fig. 5. Cumplimiento del 98.65%.

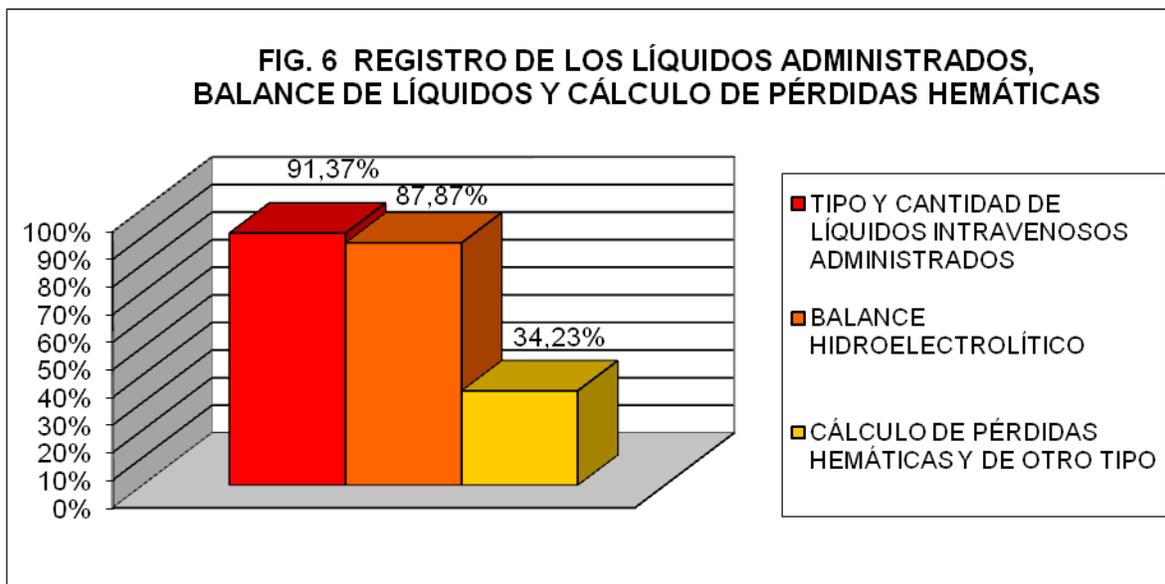


Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013



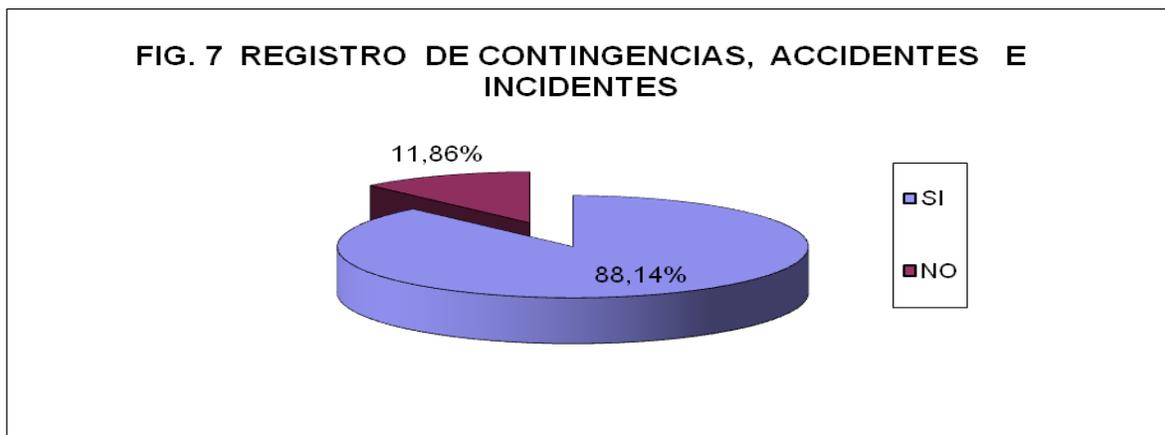
Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013

Numeral 11.1.5 Para el registro del tipo y cantidad de líquidos intravenosos administrados el porcentaje fué del 91.37%, del balance hidroelectrolítico del 87.87% y para el cálculo de pérdidas hemáticas y de otro tipo del 34.23%. Fig. 6. Cumplimiento del 71.15%.



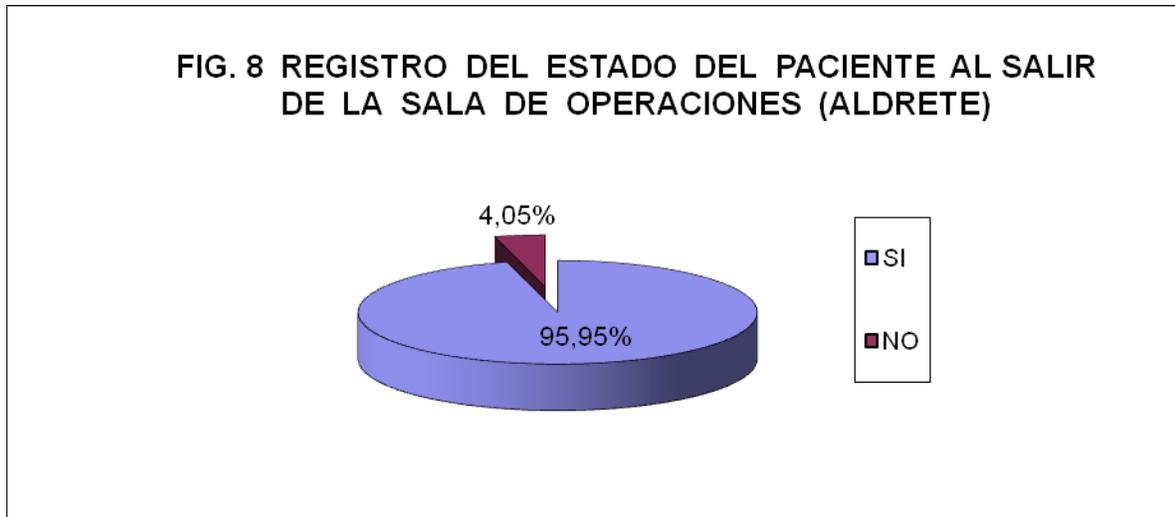
Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013

Numeral 11.1.6 Registro de contingencias accidentes e incidentes. El porcentaje de registro fué del 88.14% y en el 11.86% no lo registraron. Fig. 7. Cumplimiento del 88.14%.



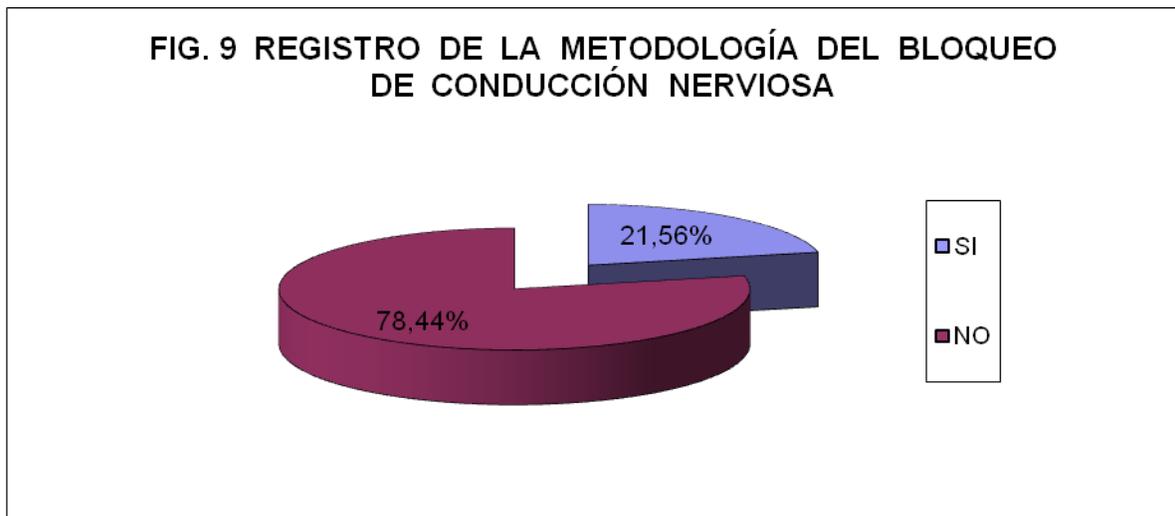
Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013

Numeral 11.1.7. Estado del paciente al salir de la sala de operaciones (ALDRETE). Su registro fué del 95.95% y en el 4.05% no lo registraron. Fig.8. Cumplimiento del 95.95%.



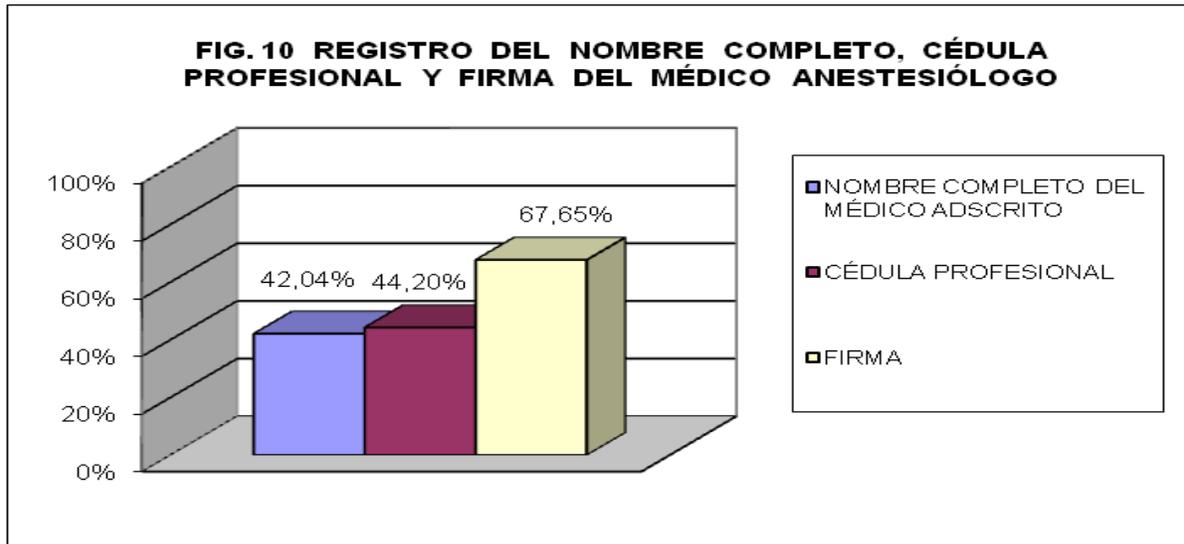
Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013

Numeral 11.2 En caso de tratarse de un bloqueo de conducción nerviosa, incluir todos los datos referentes a dicha metodología. El porcentaje de registro fué del 21.56% y en el 78.44% no se encontraba registrado. Fig. 9. Cumplimiento del 21.56%.



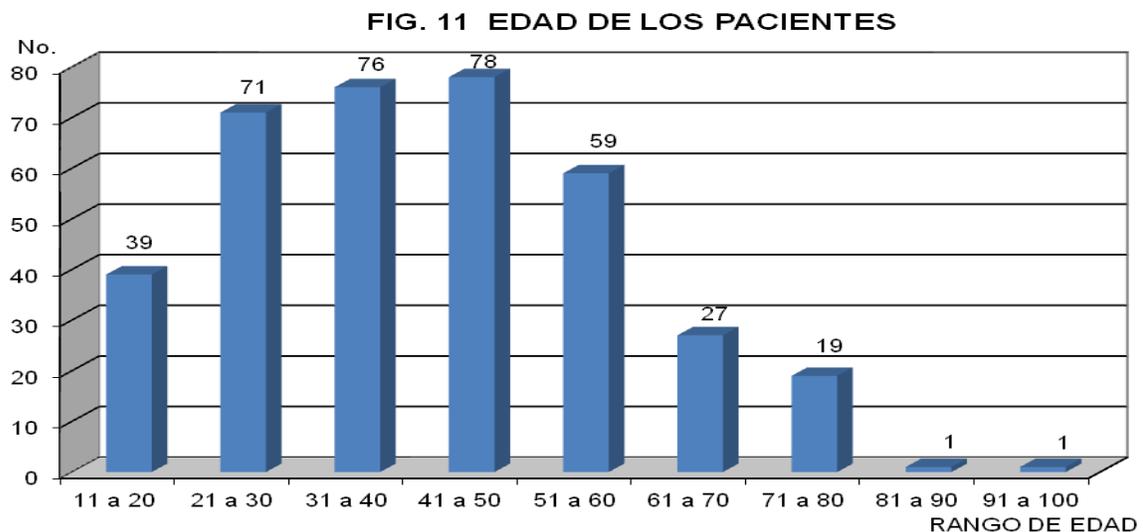
Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013.

Debido a que se trata de un documento médico -legal y por tratarse de un apartado de extrema importancia como lo refiere la NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, también se consideró evaluar el registro del nombre completo del anestesiólogo que otorgó el procedimiento, cédula profesional y firma. Los porcentajes de éstos registros fueron del 42.04%, 44.20% y 67.65% respectivamente. Fig. 10. Cumplimiento del 51.23%.



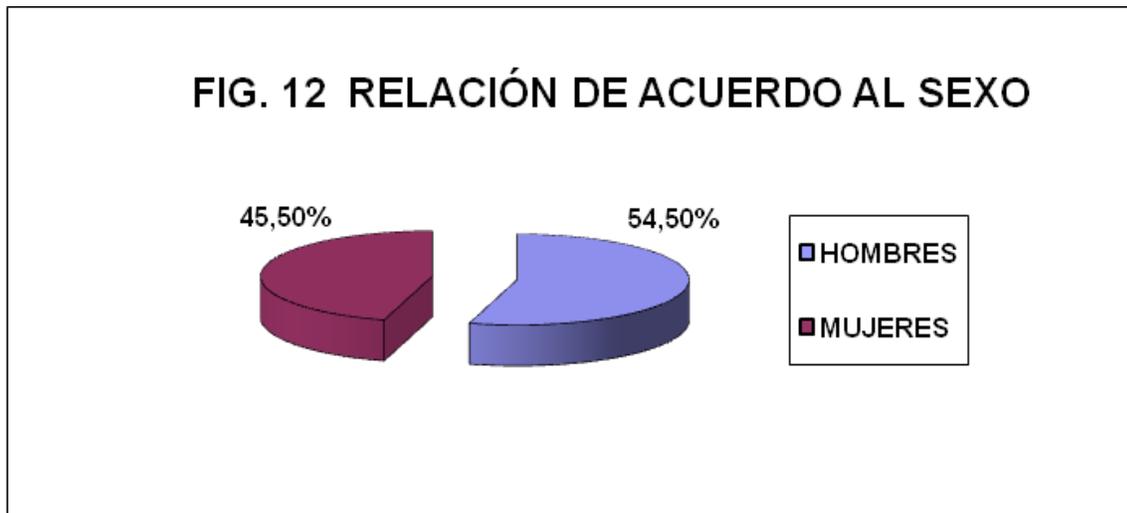
Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013

Con respecto a la edad, el 100% se encontraba registrada, la media fue de 41 años, en un rango de 11 a 93 años. Fig. 11.



Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013.

El registro del sexo fué del 100%, con los siguientes porcentajes: sexo masculino con 54.50% y femenino 45.50% Fig. 12.



Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013

Para los procedimientos quirúrgicos realizados, se puede observar en el Cuadro 1 el tipo y cantidad de procedimientos.

CUADRO 1. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS Y CANTIDAD

APENDICECTOMÍA	75	EXPLORACIÓN VASCULAR	3	LAVADO QUIRÚRGICO/DEBRIDACIÓN	1	RECOLOCACIÓN TENCKOFF	1
APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	3	FERULIZACIÓN DE URETRA	1	LAVADO QUIRÚRGICO/PLASTÍA INGUINAL DERECHA	1	RESECCIÓN DE QUISTE	1
APENDICECTOMÍA/SAL PINGECTO-MÍA DERECHA	3	FUNDUPLICATURA DE NISSEN	3	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS	4	RESECCIÓN INTESTINAL	2
ASEO QUIRÚRGICO/DEBRIDACIÓN	1	HERNIA DE PARED	1	NEFRECTOMÍA DERECHA	1	RESECCIÓN INTESTINAL/COLOSTOMÍA	5
CIERRE DE PARED	2	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA	18	OOFORRECTOMÍA BILATERAL	1	RESECCIÓN INTESTINAL/LA-VADO QUIRÚRGICO	1
CIRCUNCISIÓN	1	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA/COLOSTOMÍA	4	ORQUIECTOMÍA	1	RESTITUCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL	1
COLECISTECTOMÍA ABIERTA	31	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA	1	PLASTÍA DE PARED	15	RETIRO DE TENCKOFF	3
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	63	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA/ESP LENECTOMÍA	2	PLASTÍA DE PARED CON MALLA	1	TIROIDECTOMÍA TOTAL	2
COLECISTECTOMÍA/EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES	3	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA/LAVADO QUIRÚRGICO	2	PLASTÍA DE PARED/COLECISTECTOMÍA	1	TORACOTOMÍA	1
COLOCACIÓN DE CATÉTER TENCKOFF	9	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA/NEFRECTOMÍA DERECHA	1	PLASTÍA INGUINAL	2	TRAQUEOSTOMÍA	2
COLOSTOMÍA	3	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA/OOFORRECTOMÍA IZQUIERDA	1	PLASTÍA INGUINAL BILATERAL	5	VENTANA PERICÁRDICA	1
DESEMPAQUETAMIENTO	3	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA/RAFIA HEPÁTICA	3	PLASTÍA INGUINAL DERECHA	1		
DILATACIONES ESOFÁGICAS	3	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA/RAFIA INTESTINAL	1	PLASTÍA INGUINAL DERECHA LAPAROSCÓPICA	1		
DRENAJE DE ABSCESO	4	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA/RESECCIÓN INTESTINAL	2	PLASTÍA INGUINAL IZQUIERDA	15		
DRENAJE DE ABSCESO/LAVADO QUIRÚRGICO	2	LAVADO PERITONEAL	1	PLASTÍA UMBILICAL	17		
EXCÉRESIS DE LIPOMA	5	LAVADO QUIRÚRGICO	7	RAFIA GÁSTRICA/LAPAROTOMÍA	1		
EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES	1	LAVADO QUIRÚRGICO/CIERRE DE PARED	1	RAFIA INTESTINAL/LAVADO QUIRÚRGICO	1	TOTAL	371

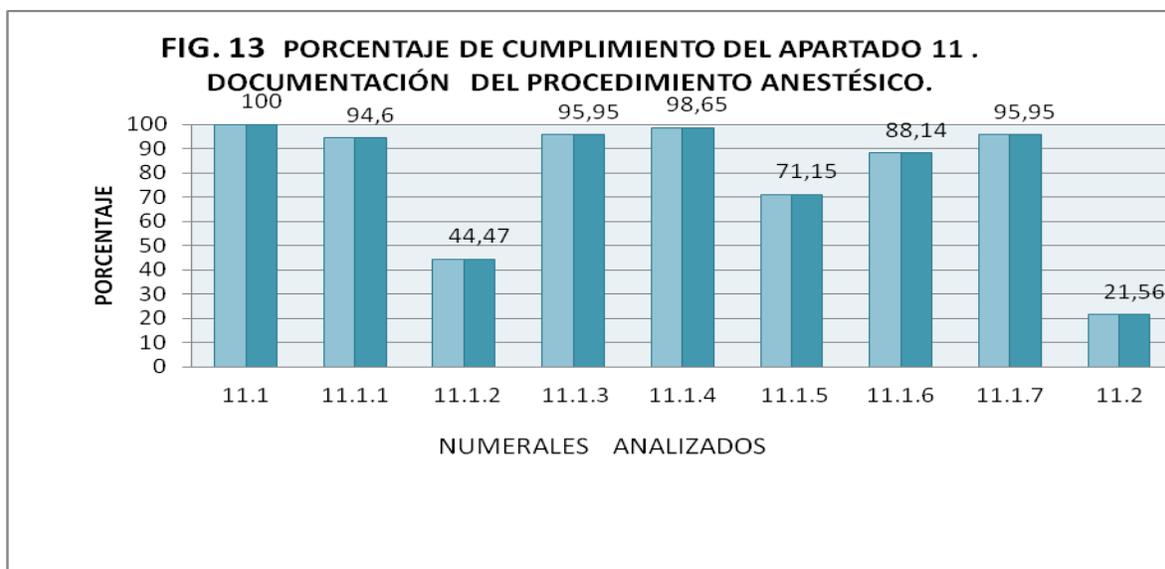
Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013.

A continuación, mostramos en el Cuadro 2 y en la Figura 13, al Apartado 11 con sus numerales y el porcentaje global del logro alcanzado del cumplimiento del llenado de la Hoja de Registro Anestésico.

CUADRO 2. APARTADO 11. DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

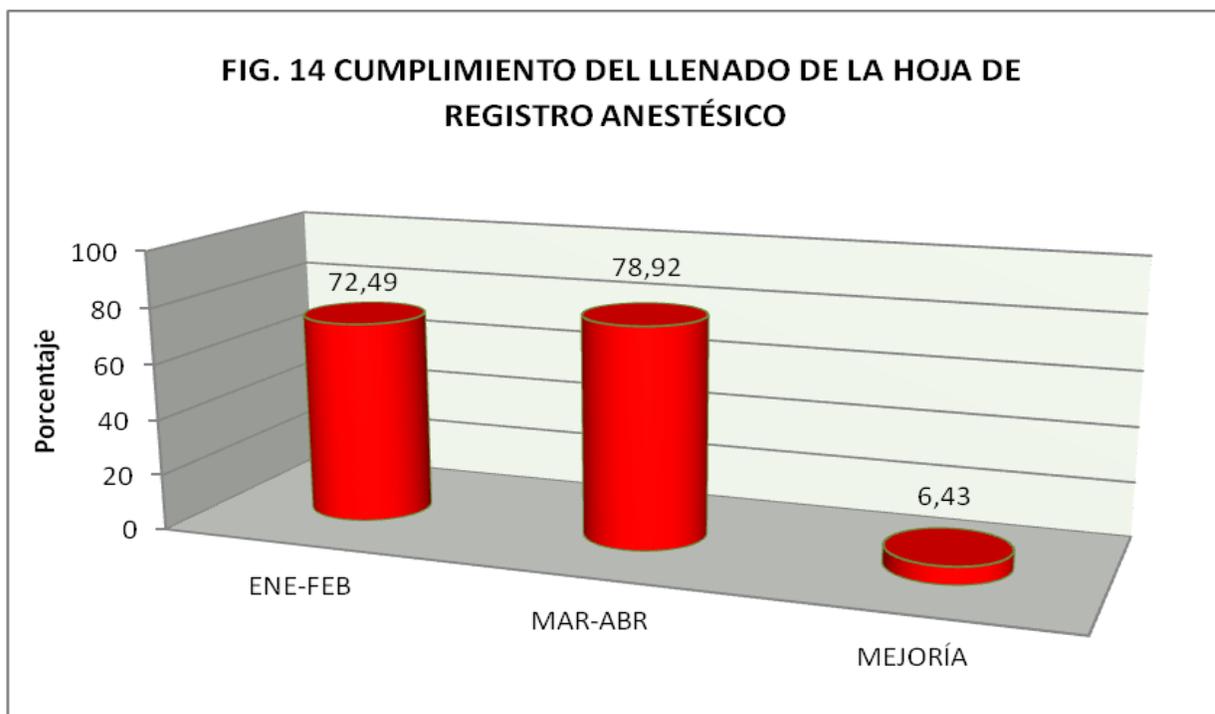
NUMERAL	LOGRO (%)
11.1 ELABORACIÓN DE LA HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO	100
11.1.1 SIGNOS VITALES	94.60
11.1.2 HORA DE INICIO Y TÉRMINO DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO Y QUIRÚRGICO	44.47
11.1.3 DOSIS DE LOS MEDICAMENTOS O AGENTES USADOS Y LOS TIEMPOS EN QUE FUERON ADMINISTRADOS	95.95
11.1.4 TÉCNICA ANESTÉSICA UTILIZADA	98.65
11.1.5 TIPO Y CANTIDAD DE LÍQUIDOS INTRAVENOSOS ADMINISTRADOS, INCLUYENDO SANGRE Y SUS DERIVADOS, PLAN DE ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS PARENTERALES Y BALANCE HIDROELECTROLÍTICO, CON REPORTE DEL CÁLCULO DE PÉRDIDAS HEMÁTICAS Y DE OTRO TIPO	71.15
11.1.6 REGISTRO DE CONTINGENCIAS, ACCIDENTES E INCIDENTES	88.14
11.1.7 ESTADO DEL PACIENTE AL SALIR DE LA SALA DE OPERACIONES	95.95
11.2 EN CASO DE TRATARSE DE UN BLOQUEO DE CONDUCCIÓN NERVIOSA, LA HOJA DE REGISTRO ANESTÉSICO DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS DATOS REFERENTES A DICHA METODOLOGÍA	21.56
** CUMPLIMIENTO GLOBAL	75.69

Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013.



Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013.

En la Fig. 14 se muestra el porcentaje de cumplimiento obtenido en la evaluación retrolectiva (enero-febrero) 72.49%, en la prolectiva (marzo-abril) 78.92% y el porcentaje de mejoría que fue del 6.43%



Fuente.-Hojas de Registro Anestésico del Hospital General Dr. Rubèn Leñero Enero-Abril 2013.

#### IV. DISCUSIÓN

Las Normas Oficiales Mexicanas son de uso obligatorio para quien cae dentro del alcance de la aplicación de las mismas y cuando las actividades se hagan durante la vigencia de la misma. En México para la integración de todas las documentales que registran la actividad médica anestésica, se cuenta con la normatividad específica en la NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología, la cual nos rige hasta el día de hoy y es quien determina el tipo, la calidad y el contenido de todas y cada una de las notas, reportes y documentos que de la atención médica anestesiológica deben realizarse.<sup>3</sup>

Partiendo de lo general, es posible decir que El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron desde el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes, la NOM-006-SSA3-2011 define de forma específica, los rubros que deberán contener las diferentes notas médicas que formen parte del expediente clínico. Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.<sup>4</sup>

El expediente clínico anestesiológico, que es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole en los cuales el personal de salud especializado, deberá hacer los registros, las anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias; el cual formará parte de un todo, llamado expediente clínico general e integral del paciente, mismo que a lo largo de la evolución de la ciencia de la Anestesiología, ha sufrido diversos cambios. Cobrará importancia en los litigios médico-legales como prueba documental, toda vez que rinde los términos y condiciones en la que

el médico anesthesiologo ejerció su *praxis*, a través de notas médicas anesthesiológicas, indicaciones médicas, hojas de registro transanestésico, etc. <sup>5</sup>

El Comité de Responsabilidad Profesional de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) encontró que en 1004 expedientes de demandas por mala práctica anesthesiológica en Estados Unidos de Norteamérica se tuvo que pagar más del 80% de los juicios donde se determinó un cuidado por debajo del estándar aceptado en ese país, y en más del 40% de los casos en donde se había dado una anestesia correcta, lo cual ha dado cabida a que los pacientes busquen compensaciones millonarias, aún en aquellos casos donde no hay práctica errónea. Desafortunadamente este negocio de las demandas ha sido importado a México, con un impacto negativo no bien conocido. <sup>6</sup>

Es así, que la CONAMED realizó un análisis de 97 quejas interpuestas a médicos anesthesiologos en el periodo de junio de 1996 a mayo de 2001, observado en la revisión de expedientes relacionados con las quejas, únicamente en 54.5% de los casos se contaba con la hoja de consentimiento informado, 72.7% con evaluación pre-anestésica, 54.5% tenían hoja de anestesia y 90.9% contaban con nota postanestésica, cabe destacar que únicamente se verificó que se contara con la información, pero no se evaluó que se tuvieran todos los elementos requeridos en cada uno de estos documentos. <sup>7</sup>

En este estudio realizado en el Hospital General Dr. Rubén Leñero, únicamente nos enfocamos en la evaluación de la hoja de Registro Anestésico, la cual se encontró en el expediente clínico del paciente en el 100% de los casos, superando ampliamente a lo reportado por la CONAMED en el periodo de 1996 al 2001 para el apartado 11. Documentación del procedimiento anestésico, específicamente en el numeral 11.1 Elaboración de la Hoja de Registro Anestésico. Mas sin embargo en este estudio de la CONAMED no se especifica el cumplimiento del llenado de la Hoja de Registro Anestésico, ya que éste nos guía a una conducción anestésica segura para el paciente.

De estos hechos, es que emerge la necesidad de contar con una capacitación constante y profesional para motivar a la comunidad de Anestesiólogos a un cambio de actitud y cumplir con el 100% del llenado de dicho documento.

La presencia de la Hoja de Registro Anestésico se encontró en el 100% de los expedientes clínicos como un requisito que el médico anestesiólogo tiene en mente, limitándose solamente a la presencia de la hoja, sin embargo el llenado es deficiente, como lo podemos constatar en nuestros resultados. El numeral 11.2 fué el más bajo (Registro de la Metodología del bloqueo de conducción nerviosa) con solamente el 21.56% del cumplimiento, el 11.1.2 con 44.47% (Registro de los horarios de los procedimientos inicio y término) y El 11.1.5 con 71.15% (Específicamente el cálculo de las pérdidas hemáticas y de otro tipo con 34.22%), con cumplimiento global del 75.69%. Cabe preguntar el motivo de esta deficiencia, la cual trata de una omisión que cae en el rubro de la negligencia e inobservancia.

Cuando al personal médico se le notifica que la Hoja de Registro Anestésico será supervisada, se observó un mejoramiento en el llenado del 6.43%, esto parece indicar que no hay una supervisión por la autoridad correspondiente que se encarga de que la NOM-006-SSA3-2011 se ejecute adecuadamente. Por lo que probablemente una solución a esta problemática sería la supervisión constante del adecuado cumplimiento. Esto nos llevaría a una disminución de las quejas y demandas hacia los anestesiólogos.

Hacen falta estudios sobre el cumplimiento de la NOM-006-SSA3-2011, ya que en este estudio solamente se incluyó una pequeña muestra y un apartado de su totalidad.

Otro hallazgo de relevancia fué el bajo cumplimiento del registro del nombre completo, cédula profesional y firma del anestesiólogo responsable del procedimiento como lo marca la NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico con solamente el 51.23%, apartado importante para deslindar responsabilidades médico-legales.

En casos de materia civil o penal, la prueba determinante para fincar o deslindar de responsabilidad al médico anesthesiólogo, es el expediente clínico y la prueba pericial. En el primer caso éste encuentra su fundamento en la Ley General de Salud y a su vez en la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico. Por ello, los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado están obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en dicha Norma; independientemente de la forma en que fueren contratados.<sup>9</sup>

## V. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, queda comprobado que el cumplimiento en el llenado de la Hoja de Registro Anestésico como marca la NOM-006-SSA3-2011 Para la Práctica de la Anestesiología es del 75.69%. Se observó que en los casos en que el médico Anestesiólogo conocía el hecho de que sería evaluado, mejoró aunque no de manera significativa en un 6.43%

Por lo anterior se infiere que el cumplimiento del llenado de la Hoja de Registro Anestésico, sería efectuado en su totalidad cuando se realice la supervisión de la misma de forma constante por parte de la autoridad correspondiente o desafortunadamente cuando algún médico anestesiólogo se vea involucrado en algún problema médico-legal.

Esto no solo se aplica al área de la Anestesiología, es aplicable a cualquier área médica, por lo que todo personal médico debería estar interesado en conocer y aplicar adecuadamente lo que marcan las Normas Oficiales Mexicanas.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la Práctica de la Anestesiología.
2. Tena T. Carlos. Derechos de los pacientes en México. *Revista Médica IMSS* 2002; 40(6)
3. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/130.pdf>
4. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
5. Montero E. Diana. Aspectos Médico-Legales en Anestesiología. Editorial Prado. Primera Edición. México 2010.
6. Prevención en Anestesiología, *Anestesia en México* 2009;21 (2):118-138.
7. Tena T. Carlos. Recomendaciones para mejorar la práctica de la Anestesiología. *CONAMED*. Junio 2012.
8. De la Responsabilidad Médica Profesional. *Anestesia en México* 2009;21(2):84-85.
9. [Recomendaciones@conamed.gob.mx](mailto:Recomendaciones@conamed.gob.mx), Recomendaciones para mejorar la práctica en anestesiología 2002.
10. Alfaro V. Fernando. Evaluación legal de la práctica médica. UNAM, Iztacala. México, D.F. 2011.
11. Valle GA, Fernández-Varela MH. Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de 30 casos representativos. 1ª ed. Trillas México.2005:43-46.
12. Alfaro V. Fernando. Peritos y peritajes. En Ayala SS. Fundamentos éticos y médico-legales en el ejercicio de la anestesiología. 1ª. ed. Alfil, México, 2009:349-359.
13. Código Penal para el Distrito Federal.
14. Iriarte L.F. Delicia. Auditoria Médica en Anestesia. *Gaceta Médica Boliviana*. Artículo de revisión. 2009 vol.32 (2)pp. 60-62.
15. Alfaro V Fernando. Conceptos jurídicos básicos. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Vol. 35. No. 1 Enero-Marzo 2012 pp. 67-76.