

11227

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

I.S.S.S.T.E.  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA  
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

**EVALUACION**

**DE LA NOTA PREOPERATORIA**

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA  
PRESENTA

DR. JESÚS HECTOR RAMÍREZ CRUZ

A S E S O R :

DR. OSCAR LARIOS PALMEROS

MÉXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



DR. SIDERIO AUGUSTO FIGUEROA  
BARKOW

*Siderio Figueroa*

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E  
INVESTIGACION

DR RAFAEL SANCHEZ CABRERA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

*Rafael Cabrera*

DR. OSCAR LARIOS PALMEROS  
ASESOR

*Oscar Larios Palmeros*

DR. JESUS HECTOR RAMIREZ CRUZ  
INVESTIGADOR

*Jesus Hector Ramirez Cruz*



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Jesus Hector Ramirez Cruz  
FECHA: 04 Mayo 2004  
FIRM:

*Jesus Hector Ramirez Cruz*

# INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO	6
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	30
TABLAS	34
BIBLIOGRAFÍA	38
APENDICE 1	39
APENDICE 2	44
ANEXO	45

## **RESUMEN**

### **EVALUACION DE LA VALORACIÓN PREOPERATORIA**

**OBJETIVO:** Conocer el tipo y las características de las interconsultas solicitadas al servicio de Medicina Interna en Hospitalización del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado.

**METODOS :** Se revisaron un total de 240 expedientes de 2384 expedientes, de un periodo comprendido del 1 de enero del 2000 al 30 de junio del 2001, se procedió a revisar minuciosamente los expedientes clínicos, y de las valoración preoperatoria, procediendo a evaluar los datos que corresponde a la identificación del paciente y la instancia que otorga el servicio, como es la escritura, identificación de la instancia que otorga el servicio consultado e identificación del paciente y de los criterios y decisiones médicas, como es el motivo de la interconsulta, antecedente del estado físico actual, estudio de laboratorio y gabinete realizado, plan de acción terapéutico, pronóstico.

**RESULTADOS:** Se evaluó 240 expedientes mediante un análisis estadístico de varianza de testing de whether y diferencia multivariado ANOVA de Kruskal-Wallis, en donde se determinó las omisiones de las 15 variables y de las 26 subvariables analizadas., en cuanto a escritura y terminología se tuvo una omisión de 0.4%, en la legibilidad, abreviaturas, tachaduras y enmendaduras, no hubo omisiones, en fecha, tipo de nota y

servicio consultado, no existió omisión, en nombre , categoría, clave y firma del médico, hubo una omisión del 0.40%,. En cuanto al motivo de la interconsulta ,hubo una omisión del 6.30% y en cuanto si fue urgente o electiva, tuvo una omisión alta del 97.5%, considerándose como mala, en cuanto a antecedentes y estado físico actual, hubo una omisión de 85.40%, así como los signos vitales se omitió en 42.1%, en la anotación de la patología y problemas co-mórbido tuvo una omisión de 0.40%, en pruebas diagnosticas existió un 0.40% de omisión y planes de acción hubo un 65.80% de omisión , en la anotación del pronostico no hubo omisión .

Conclusiones . De acuerdo a lo establecido en la norma oficial de la federación NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, en donde se marca la las bases para el llenado de la nota médica, se determinó que existe una variedad de omisiones, en la redacción del llenado de la nota médica preoperatoria, ya que es un documento de índole legal para el médico, por lo que es necesario una determinación para establecer su llenado adecuado y preciso de los datos fundamentales necesario para su llenado, de acuerdo a lo establecido en la norma oficial de la federación.

## INTRODUCCIÓN

El cuidado médico del enfermo quirúrgico se basa en un control adecuado de la enfermedad de base y en la prevención de complicaciones médicas perioperatorias. La Cirugía programada tiene menos riesgos de complicaciones postoperatoria que la de urgencias<sup>(1)</sup> Toda intervención quirúrgica entraña la posibilidad de que ocurran complicaciones; muchas de ellas se asocian con variables clínicas que pueden ser reconocidas desde antes de la cirugía. La identificación oportuna de algunas de estas variables ha permitido no sólo predecir la magnitud del riesgo si no, lo que es más importante, tomar las medidas pertinentes en forma oportuna para reducir la frecuencia de complicaciones. Los intentos para establecer patrones que calificaran el riesgo operatorio de un paciente datan de 1940, cuando la sociedad Americana de Anestesiología (ASA), diseñó una clasificación por categorías para establecer, lo que se conoce como “ estado físico preoperatorio”. En la actualidad las escalas de ASA, Goldman y Detsky son las que se utilizan.<sup>(2)</sup> La valoración de ASA es ampliamente aceptada, permite al médico asignar una clasificación que se correlaciona bastante bien con las complicaciones cardiaca postoperatorias, así como la morbilidad y mortalidad general <sup>(7)</sup> El índice de riesgo cardiaco de Goldman es un medio objetivo de predecir complicaciones cardiacas y es relativamente simple de utilizar, aunque se correlaciona bien con los riesgos de morbilidad cardiaca en los pacientes de alto riesgo. En 1986 Detsky y colaboradores modificaron el índice original de riesgo cardiaco de Goldman y agregaron una importante variable de angina, infarto al miocardio remoto. La valoración preoperatoria del internista es diferente de las que realiza el anestesiólogo y, en algunos casos, la complementa. La solicitud de una valoración preoperatoria



adicional es siempre a criterio del cirujano y el anestesiólogo(2) La valoración preoperatoria tiene varios propósitos, predecir complicaciones perioperatorias, identificar las necesidad de un tratamiento médico preoperatorio, seleccionar el momento más oportuno para la cirugía, preparar al grupo quirúrgico para atender complicaciones esperadas y de manera eventual, suspender la cirugía.( 3 ) En el proceso de aplicación dirigido para evaluación médica de riesgo cardiaco en el periodo perioperatorio y sus recomendaciones, da un perfil clínico de riesgo y sugiere decisiones de tratamiento(6) Las interconsultas constituyen del 15% al 45% de los encuentros del internista con los pacientes, dependiendo de la subespecialidad. Las interconsultas con los pacientes internados son cuatros veces mas frecuentes, que las interconsultas con pacientes ambulatorios. Casi tres cuartas partes de las interconsultas médicas solicitadas por los cirujanos son para evaluación preoperatoria. Los antecedentes, el examen físico y la revisión del expediente médico proporcionan la base de la interconsulta ( 4 ) .En la experiencia de estudios en tesis realizados en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” sobre valoración de pacientes prequirúrgico, se encuentra que las complicaciones en pacientes geriátricos, son las cardiacas, siguiendo de las pulmonares, infecciosas y cerebrales, (8) así también se tiene que los factores de riesgo para el periodo perioperatorio que se han identificado es una edad mayor de 65 años, existencia de diabetes mellitus, tabaquismo intenso y de la administración de anestesia general (11) En otro estudio se realizó un total de 1372 valoraciones preoperatoria, correspondió el 45% a hombres y el 54.6 a mujeres, siendo el servicio que mas solicitó interconsulta fue el de Urología con una valoración de ASA de II en un 43% (9). Así también se encuentra que la función respiratoria es invaluable, por el aumento de

realización de pruebas de función respiratorias, con las braquiterapia solicitadas y realizadas (10) En el presente estudio es una evaluación de la nota preoperatoria, realizada en el centro médico nacional " 20 de noviembre " del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E), basándose de acuerdo a los datos establecidos en la norma oficial de la federación NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, tomándose en cuenta los parámetros que se describen para la realización de la nota, el tipo de lenguaje y la presentación de las notas médicas.( 5 ) Es fundamental conocer que tan correctamente elaboradas están las valoraciones preoperatorias, independientemente del modelo utilizado en su elaboración, se investigó el tipo y frecuencia de omisiones, así como la cantidad de información clínica existente de la hoja de valoración preoperatoria, tomando como eje de análisis a las normas de operación interna del "Centro médico Nacional 20 de Noviembre" y la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998.

## **OBJETIVO GENERAL**

1. Conocer el tipo y características de las interconsultas solicitadas al servicio de Medicina Interna en Hospitalización del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado.

### **Objetivos específicos.**

1. Conocer el número total y porcentaje de las interconsultas solicitadas de valoración preoperatoria y las realizadas por el servicio de Medicina Interna.
2. Conocer las características de las interconsultas de valoración preoperatoria realizadas por el servicio de Medicina Interna, en cuanto a:

### **ESCRITURA Y TERMINOLOGÍA CORRECTAS**

-abreviaturas,

- tachaduras, enmendaduras, letra legible

### **IDENTIFICACIÓN DE LA INSTANCIA ENCARGADA DEL PACIENTE Y A LA QUE OTORGA EL SERVICIO CONSULTADO**

- nombre del servicio encargado del paciente

- nombre del servicio consultado

- fecha de la consulta realizada

- nombre, categoría, calve y firma del médico que la elabora

-

### **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

- nombre completo

- número de expediente

- edad

- sexo

- localización de la atención médica (hospitalización )

-

### **MOTIVO DE LA INTERCONSULTA**

- patología o problema quirúrgico

- fecha de la cirugía

- carácter de la cirugía (electiva o urgente)

-

### **ANTECEDENTES Y ESTADO FÍSICO ACTUAL**

- alergia e intolerancia a medicamentos

- patología o problemas clínicos co-mórbidos

- cirugías previas

- complicaciones postoperatorias previas

- reacciones adversas previas a anestésicos

- transfusiones sanguíneas previas

- descripción del cuadro clínico actual

- descripción actual de la exploración física y signos vitales

-  
**ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE REALIZADOS**

- descripción de los resultados
- interpretación de los resultados

**PLANES DE ACCION TERAPÉUTICOS**

- tipo de cirugía proyectada
- cuidados a seguir y plan terapéutico preoperatorio ( medicamentos indicados o ajustes de dosis, transfusiones de sangre o de sus componentes)

-  
**PRONOSTICO**

- riesgo preoperatorio
- complicaciones
- muerte.

## **MATERIAL Y METODOS**

El presente es un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, y aplicado a la población adscrita al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del instituto de seguridad y servicio sociales de los Trabajadores del Estado ( I.S.S.S.T.E.) en el período comprendido del 1º de enero del 2000 al 30 junio del año 2001, para evaluar las valoraciones preoperatorias realizadas por médicos adscritos y residentes del servicio de medicina interna. Para reunir este grupo se revisaron 240 expedientes en el archivo clínico, escogidos en forma aleatoria de un total 2384 expedientes de los cuales fueron cualitativas, a mencionar:

Identificación del paciente y la instancia que otorga el servicio; la características de la escritura y terminología ( legibilidad de la Nota médica, existencia de abreviatura, tachadura o enmendaduras); Características de las especialidades que otorga el servicio( servicio o especialidad solicitante, fecha y hora de consulta realizada, nombre y categoría, clave y firma que la elabora; Características del paciente: identificación del lugar de la atención de la interconsulta, nombre del paciente, número de expediente, edad, sexo, Criterios y decisiones Médicas : Cirugía realizada, diagnostico y motivo de la cirugía; Antecedente y estado físico actual: antecedentes de alergia , intolerancia a medicamentos, transfusión de sangre y sus componentes, Cirugías Previas, Complicaciones postoperatoria previas, reacciones adversas a anestésicos, diagnostico o problemas clínicos co-mórbidos, Cuadro clínico Actual, Exploración física actual; Pruebas diagnosticas : Resultados de exámenes de laboratorios y de Gabinete; Planes de acción : tipo de cirugía proyectada, cuidado y plan terapéutico preoperatorio; Pronostico : Riesgo preoperatorio y Otros ( complicaciones y muerte ), el cual se determinaron un total de 15 variables y 27 subvariables

respectivamente. Así también se procedió a integrar la cedula de datos en donde se procede a vaciar la información obtenida (ver anexo), el cual a las variables se les califica de la siguientes manera, 10 cuando la información esta presente,explícita, precisa tal como se le solicita en la afirmación ,suficiente, sin lugar a duda. 9 ,cuando la información se encuentra presente,explícita,precisa, tal como se solicita en la afirmación e insuficiente, calificación de 8, cuando la información esta presente, no como se solicita en la afirmación ,implícita porque se puede inferir por los datos objetivaa y suficientemente registrados. Calificación de 7 , cuando la información esta presente, no como se solicita en la afirmación , implícita porque se puede inferir aún con la insuficiencia de los datos registrados y de calificacion de 6 , cuando la información presente, no implícita, porque no se puede inferir, debido a que los datos registrados son escasos y poco objetivos. Y de calificacion cero, cuando la informacion esta ausente.

Para las subvariables, se le da un codigo , el cual la identifica,para precisar, los datos obtenidos, con el siguiente significado, 1.0 para cuando la información esta ausente en forma completa, de 2.1 cuando la informacion esta completa ,2.2 cuando esta es incompleta .

La información obtenida para la realización de la cedula, fue en base a las generalidades que se encuentran NOM ofical del expediente clínico que son las siguientes.

5.8 Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener. Nombre completo del paciente,edad,sexo y en su caso,número de cama o expediente.

5.9 Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha,hora,nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

5.10 Las notas en el expediente clínico deberán expresarse en

lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

5.15 El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo que se señala en la norma oficial mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Del expediente en la consulta externa,

### 6.3 .. Nota de interconsulta

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico, la elaborará el médico consultado .

## 7. De las Notas Médicas en urgencias

### 7.1 Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente, fecha y hora en que se otorga el servicio; signos vitales, motivo de la consulta, resumen del interrogatorio, exploración física, estado mental en su caso, diagnóstico y problemas clínicos, resultados de estudios de auxiliares de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

## 8. De las notas médicas en hospitalización.

8.5 Nota preoperatoria, deberá llevar fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados y plan terapéuticos preoperatorios y pronóstico.

### Criterios de inclusión:

1.- Pacientes derecho habiente del Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE).

2.- Que la cirugía haya sido programada en forma electiva

3.- Pacientes mayor de 45 años .

4.- Que la valoración halla sido en paciente Hospitalizado

Criterios de Exclusión:

1.- Pacientes No derecho habientes

2.- Que la cirugía haya sido de urgencia

3.- Paciente menor de 45 años

4.- Que la valoración halla sido realizado en la consulta externa.

A estudiarse las diferencias de los resultados obtenidos aplicándose un análisis de la información mediante el coeficiente 0.95 y un nivel de significancia de 0.05

Analizándose la diferencia de las omisiones en los parámetros obtenidos entre médicos adscritos y residentes con la aplicación del Testing whether, Test Bartlett's para verificar homogeneidad entre variables.

Los textos, cuadros y gráficas fueron procesados por computadora a través de programas word y excell 2000, finalmente la información recabada fue comparada con la bibliografía existente y se establecieron conclusiones y alternativas de solución.



## ANALISIS DE VARIABLES Y SUBVARIABLES

### CARACTERISTICAS DE LA ESCRITURA Y TERMINOLOGIA

- 1** Está escrita a máquina o por el sistema de administración hospitalaria
- 2** Se usa terminología técnico-médica, con letra legible, sin abreviaturas ni enmendaduras.

#### 2.1 LEGIBILIDAD DE LA NOTA MEDICA

- 1.0 No, toda la nota es ilegible.
- 2.1 Si, porque toda la nota es legible.
- 2.2 Si, aunque en algunos párrafos es ilegible.
- 2.3 Si, porque casi toda la nota es ilegible.
- 2.4 Otro (especificar).

#### 2.2 EXISTENCIA DE ABREVIATURAS, TACHADURAS O ENMENDADURAS

- 1.0 No, porque no existe ninguna abreviatura, tachadura ni enmendadura.
- 2.1 Si, porque existen algunas abreviaturas como: Fem ó (F), Masc ó (M)DM, HTAS, SV, Rs Cs Rs, etc.
- 2.2 Si, porque existen algunas enmendaduras.
- 2.3 Si, porque hay algunas tachaduras.
- 2.4 Si, porque existen combinaciones de abreviaturas y enmendaduras.
- 2.5 Otro (especificar).

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y LA INSTANCIA QUE OTORGA EL SERVICIO

**3.** Se anota el nombre completo del paciente, edad, sexo, número de expediente y en su caso se identifica el número de cama en hospitalización.

### 3.1 IDENTIFICACION DEL LUGAR DE LA ATENCION DE LA INTERCONSULTA

- 1.0 No, porque no se anotó el número de la cama.
- 2.1 Si, porque el número de cama anotado es el correcto.
- 2.1 Si, porque el número de cama anotado es equivocad
- 2.3 Otro (especificar).

### 3.2 NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

- 1.0 No se anotó.
- 2.1 Si se anotó, completo y correcto.
- 2.2 Si se anotó, pero faltó un apellido.
- 2.3 Si se anotó, pero faltó el segundo o primer nombre.
- 2.4 Si se anotó, pero faltaron los nombres.
- 2.5 Si se anotó, pero los nombres o apellidos estuvieron abreviados.
- 2.6 Si se anotó, pero los nombres o apellidos estuvieron equivocados.).

### **3.3 NUMERO DE EXPEDIENTE**

1.0 No se anotó

2.1 Si se anotó, completo y correcto.

2.2 Si se anotó, pero el número de expediente estuvo equivocado.

2.3 Si se anotó, pero faltó el número del tipo de derechohabiente.

2.4 Otro (especificar).

### **3.4 EDAD**

1.0 No se anotó.

2.1 Si se anotó y fue correcta

2.2 Si se anotó pero fue incorrecta

2.3 Otro (especificar)

### **3.5 SEXO**

1.0 No se anotó

2.1 Si se anotó y fue el correcto.

2.2 Si se anotó pero estuvo equivocado

2.3 Otro (especificar).

### **3.6 SERVICIO O ESPECIALIDAD SOLICITANTE**

1.0 No se anotó

2.1 Si se anotó y fue el correcto.

2.2 Si se anotó pero fue equivocado

2.3 Otro (especificar).

**4.** Se registra fecha, hora, tipo de nota y servicio consultado

#### 4.1 FECHA Y HORA DE LA CONSULTA REALIZADA

1.0 No se anotó

2.1 Si se anotó, fue correcta y completa (fecha y hora).

2.2 Si se anotó, fue correcta e incompleta (faltó la hora).

2.3 Si se anotó, fue incorrecta (fecha equivocada o ausencia de día, mes o año .

2.4 Otro (especificar).

**5.** Se registra el nombre, categoría ,clave y firma del médico que la elabora.

5.1 NOMBRE, CATEGORIA, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA ELABORA .

1.0 No, porque se omitieron.

2.1 Si, porque no se omitieron y están completos (ejemplo nombre completo, categoría, clave y firma del médico que elaboró la nota).

2.2 Si, porque falta la categoría del médico.

2.3 Si, porque falta la clave del médico.

2.4 Si, porque falta la firma del médico.

2.5 Si porque, falta cualquiera de las siguientes combinaciones (ejemplo: nombre incompleto y categoría, clave y firma, etc.)

5.2 NOMBRE DEL MEDICO QUIEN HIZO LA NOTA

## CRITERIOS Y DECISIONES MEDICAS

### MOTIVO DE LA INTERCONSULTA

- DIAGNOSTICO MOTIVO DE LA CIRUGIA
- TIPO Y CONDICION DE LA CIRUGIA PROYECTADA

**6.** Se anota la patología o el problema quirúrgico, motivo de la cirugía por realizarse

#### 6.1 CIRUGIA REALIZADA

- 1.0 No se operó.
- 2.1 Si se operó.

#### 6.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE LA CIRUGIA

- 1.0 No se anotó.
- 2.1 Si se anotó, fue correcta y completa.
- 2.2 Si se anotó, fue correcta pero incompleta.
- 2.3 Si, se anotó correctamente pero con abreviaturas.
- 2.4 Si se anotó, pero estuvo equivocada.
- 2.5 Otro (especificar).

### ANTECEDENTES Y ESTADO FISICO ACTUAL

-

**7.** se anotan el resumen del interrogatorio del paciente (incluye antecedentes como alergias e intolerancia a medicamentos, cirugías, complicaciones postoperatorias, reacciones adversas a anestésicos, transfusiones de sangre o de sus componentes.

7.1 ANTECEDENTES (de alergias, intolerancia a medicamentos,

transfusiones de sangre o de sus componentes).

1.0 No se anotó nada.

2.1 Si se anotaron pero faltó la descripción de antecedentes de alergias.

2.2 Si se anotaron pero faltó la descripción de antecedentes de intolerancia a medicamentos.

2.3 Si se anotaron pero faltó la descripción de antecedentes de transfusión de sangre o de sus componentes.

2.4 Otro (especificar).

## 7.2 CIRUGIAS PREVIAS

1.0 No, porque se omitió la negación del antecedente.

2.1 Si, porque no se omitió la negación del antecedente.

2.2 Si, porque en su caso, la descripción es completa e incluye las fechas de realización.

2.3 Si, porque en su caso, la descripción es incompleta .

2.4 Otra (especificar).

## 7.3 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS PREVIAS

1.0 No, porque se omitió la negación del antecedente.

2.1 Si, porque no se omitió la negación del antecedente.

2.2 Si, porque en su caso, la descripción es completa.

2.3 Si porque en su caso, la descripción es incompleta.

2.4 Otro (especificar).

2.5 No valorable, porque es improcedente

## 7.4 REACCIONES ADVERSAS PREVIAS A ANESTESICOS

- 1.0 No, porque se omitió la negación del antecedente.
- 2.1 Si, porque no se omitió la negación del antecedente.
- 2.2 Si, porque en su caso, la descripción es completa.
- 2.3 Si, porque en su caso, la descripción es incompleta.
- 2.4 Otro (especificar).

**8.** Se anotan en su caso , las patologías o problemas clínicos co-mórbidos del paciente (incluye interrogatorio y exploración física o estado mental actuales con referencia a datos clínicos o síntomas y signos actuales )

#### **8.1 DIAGNOSTICOS O PROBLEMAS CLINICOS CO-MORBIDOS**

- 1.0 No, porque se omitió la negación de los antecedentes patológicos.
- 2.1 Si, porque no se omitió la negación de los antecedentes patológicos (ejemplo: niega antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, etc.).
- 2.2 Si, porque en su caso, la descripción es completa (ejemplo: diabetes mellitus desde 1999, actualmente descontrolada tratada con glibenclamida 5 mg. 1-1-1; hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución, controlada con captopril 25 mg tres veces al día, etc.).
- 2.3 Si, porque en su caso, su descripción es incompleta (ejemplo: portadora de diabetes mellitus; tiene hipertensión arterial sistémica, etc.).
- 2.4 Otra (especificar).

#### **8.2 CUADRO CLINICO ACTUAL**

- 1.0 No, porque se omitió la negación del estado actual.
- 2.1 Si, porque no se omitió la negación del estado actual (ejemplo=actualmente asintomático).

2.2 Si, porque en su caso, se anotaron los síntomas con descripción completa de los datos (semiología).

2.3 Si, porque en su caso, se anotaron los síntomas con descripción incompleta de los datos (semiología).

2.4 Otro (especificar).

### 8.3 EXPLORACION FISICA ACTUAL

1.0 No, porque se omitió

2.1 Si, porque no hubo omisión de la exploración física actual (ejemplo: sin anomalías en cabeza y cuello, tórax, abdomen y extremidades).

2.2 Si, porque no hubo omisión de la exploración física actual (ejemplo= (ejemplo: dentro de parámetros normales).

2.3 Si, porque existe una descripción incompleta de los datos en algunas regiones exploradas del cuerpo humano, a pesar de que no tenía anomalías.

2.4 Si, porque existe una descripción completa de los datos en todas las regiones exploradas del cuerpo humano, a pesar de que no tenía anomalías (ejemplo: sin anomalías en cabeza y cuello, tórax, abdomen y extremidades).

**9.** Se anotan signos vitales.

### ESTUDIOS DE LABORATORIOS Y GABINETE REALIZADOS

- RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

**10.** Se describen e interpretan los resultados de las pruebas preoperatorias ( de laboratorio y gabinete).

#### 10.1 RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO

1.0 No, porque se omitieron.



2.1 Si, porque existe una descripción completa de los resultados de los siguientes exámenes con cifras y unidades de medida (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, LEUCOCITOS, PLAQUETAS, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh, GLUCOSA, BUN, CREATININA, SODIO, POTASIO, CLORO, TIEMPO DE PROTROMBINA, I.N.R. y EGO) a pesar de que estaban normales.

2.2 Si, porque existe una descripción completa de los resultados de los siguientes exámenes (BH, QS, EGO, TIEMPO DE PROTROMBINA, PLAQUETAS, TIPO SANGUINEO Y FACTOR RH), pero en los resultados anormales se omitió la interpretación y su posible repercusión como riesgo en la cirugía por realizar.

2.3 Si, porque existe una descripción incompleta de los resultados, (ya que faltaron cualquiera de los siguientes: BH, QS, EGO, TIEMPO DE PROTROMBINA, PLAQUETAS, TIPO SANGUINEO Y FACTOR RH, o bien, que hayan faltado las unidades de medida).

2.4 Si, porque existe una descripción completa de los resultados siguientes a pesar de que estaban normales (cifras y unidades de medida de HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, LEUCOCITOS, PLAQUETAS, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh, GLUCOSA, BUN, CREATININA, SODIO, POTASIO, CLORO, BILIRRUBINAS, TRANSAMINASAS, COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, FOSFATASA ALCALINA, DESHIDROGENASA LACTICA, TIEMPO DE PROTROMBINA, DE TROMBINA, PARCIAL DE TROMBOPLASTINA, I.N.R. y EGO).

2.4 Otra: especificar

1.0 No, porque se omitieron.

2.2 .Si, porque existe una descripción completa y objetiva a pesar de que estaban normales (por ejemplo: la descripción de la tala de torax, se refiere a partes blandas, óseas, opacidades, no opacidades, silueta cardíaca, botón aórtico, vasos, etc. La descripción del trazo electrocardiográfico, se refiere al ritmo sinusal o no sinusal, frecuencia, tiempo de PR, QRS, segmento ST, desniveles, eje eléctrico, hipertrofias, sobrecargas, etc. La descripción de los ESTUDIOS ESPECIALES: se refieren específicamente a las características de morfología y función en cifras, titulaciones de reacciones, unidades de medida, voltajes o potenciales de acción, de pruebas de esfuerzo, gammagrama cardíaco, hepático o renal, espirometría, gases arteriales, etc.).

2.3 Si, porque existe una descripción completa, pero no objetiva de los resultados, (por ejemplo Rx de torax normal, ECG normal o sin patología, etc.).

2.4 Si, porque hace una descripción incompleta y no objetiva de los resultados, (por ejemplo sólo describió Rx de torax normal; o bien ECG normal o sin patología).

2.5 Otra: especificar

**11.** Se anota el nombre de la cirugía por realizarse

#### 11.1 TIPO DE CIRUGIA PROYECTADA

1.0 No se anotó.

2.1 Si se anotó y fue la correcta.

2.2 Si se anotó pero fue incorrecta.

2.3 Otro

**12** . Se anota el carácter urgente o electivo y fechas de la intervención quirúrgica.

**13.** Se anotan los cuidados a seguir y en su caso, el plan terapéutico preoperatorio, ( en el caso de medicamentos se señalan mínimo dos conceptos. Vía y periodicidad).

#### 13.1 CUIDADOS Y PLAN TERAPEUTICO PRE-OPERATORIO

1.0 No, porque se omitieron.

2.1 Si, porque no se omitió la negación (ejemplo: no requiere de cuidados preoperatorios especiales).

2.2 Si, porque en su caso existe una descripción completa y objetiva de las indicaciones o ajustes del tratamiento establecido (ejemplo: se anotan dosis, vía de administración y periodicidad de los medicamentos. En el caso de la sangre o de sus componentes, se señala la justificación de la solicitud, así como cantidad de unidades y volumen a transfundir, se reportan en su caso reacciones adversas).

2.3 Si, porque en su caso existe una descripción objetiva, pero incompleta, (por ejemplo: se anotan los medicamentos pero faltan cualquiera de los siguientes conceptos: dosis, vía de administración, periodicidad o bien los ajustes. En caso de sangre no se señala la justificación, o bien el volumen a transfundir).

2.4 Otra (especifíquela)

## PRONOSTICO

**15.** Se estima el riesgo preoperatorio en porcentajes de la probabilidad de complicarse o morir y el riesgo se clasifica en grados

### 15.1 PRONOSTICO

1.0 No, porque se omitieron (ejemplo: no anotó el riesgo preoperatorio).

2.1 Si, porque existe una descripción subjetiva (por ejemplo: riesgo ASA I o bien GOLDMAN II sin otras explicaciones).

2.2 Si, porque existe una descripción subjetiva (por ejemplo: riesgo ASA I o bien GOLDMAN II y señala los porcentajes de la probabilidad de que el paciente se complique o muera).

2.3 Si, porque existe una descripción completa y objetiva (por ejemplo: se anotan los fundamentos del grado atribuido en la escala conocida y validada y explica el puntaje obtenido (por ejemplo: ASA: I,II,III, IV o V y su explicación de porqué es GII o III; o GOLDMAN: I, II, III o IV, con el puntaje correspondiente así como el significado del grado atribuido. Además, se anota específicamente el porcentaje de probabilidad de que el paciente se complique o muera).

2.4 Otra (especifíquela)

## - RESULTADOS DE LA CIRUGIA REALIZADA

### 15.2 COMPLICACIONES ACTUALES

1.0 No se complicó

2.1 Si se complicó

### **15.3 MUERTE**

**1.0 No se murió**

**2.1 Si se murió**

## RESULTADOS

Se revisaron 240 expedientes clínicos de 2384 valoraciones realizadas, durante el periodo comprendido del 1 de enero del 2000 a el 30 de junio del 2001, con valoración preoperatoria, y que cumplieran con los criterios de inclusión . Obteniéndose los siguientes resultados , y que mediante la cedula de captación de datos, se determinaron y valoraron un total de 15 variables y 27 subvariables, misma que fueron analizadas estadísticamente y mediante los análisis de varianza de testing whether y de diferencias con análisis multivariado ANOVA de Kruskal-Wallis. Representados en los esquemas representativos (cuadro1). Se analiza el tipo y frecuencia de omisión y la calidad de la información existente expresada en puntaje, porcentaje y diferencia estadística encontrada durante la evaluación . Se procede analizar la evaluación de la nota preoperatoria , integrado por dos secciones, la primera que se refiere a la identificación del paciente y la instancia que otorga el servicio , que comprende un total de 5 variables y de 10 subvariables y una segunda sección que corresponde a criterios y decisiones médicas , y que comprende un total de 10 variables y de 16 subvariables. La primera seccion corresponde a la característica de la escritura y terminología (si es escrita a máquina o por el sistema de administración hospitalaria). En una relacion de entre médicos adscrito y residentes, se obtuvo una puntaje de 2105, de 224 observaciones, con una omision de 0.0% con una calificacion promedio de 9.3975 para médicos adscrito y para médjcos residentes de 2408 puntos, de 256 observaciones, con una omisión de 0.40% con una calificación promedio de 9.402, con poca diferencia estadística entre ambos con una  $p=<0.6530875$ , ya que la omisión en esta sección fue mínima. En cuanto a las características de la instancia, se obtuvo una correlación de un total de

1967 puntos de 224 observaciones, con una omisión 0.0% con una calificación promedio de 8.781 para médicos adscritos y con una puntuación de 2296 puntos , con una omisión del 0% una calificación promedio de 8.968 para médicos residentes, con una diferencia estadísticas poco significativa de 0.025575, y que a pesar de que no existió omisiones en esta sección , se obtuvo una calificación aceptable pero baja. En cuanto a las características del paciente, se obtuvo un total de 1089 puntos, con una omisión de 0.0% para médicos adscritos, y con una calificación promedio de 9.723, para médicos adscritos y en cuanto para médicos residentes , se obtuvo una puntuación de 1231, con una omisión del 0.78% y una calificación promedio de 9.617. con una baja significancia estadística entre ambos grupos, de  $p < 0.647448$ .(cuadro I) En cuanto a los criterios y decisiones médicas., el resultado obtenido en motivo de la interconsulta, fue de un total de 1056 puntos , con una omisión alta de 49.55%, con una calificación promedio de 4.951 para médicos adscritos y de 1170, con un 53 de omisión , con una calificación de 4.57 para médicos residentes, con una diferencial estadística no significativa, entre los dos grupo con una  $P < 0.341343$ . En cuanto a los antecedentes , se observó una puntuación baja de 23 puntos y de una omisión alta del 92% con una calificación de 0.2 para médicos adscritos y con una puntuación de 74 puntos , con una omisión del 79% , con una calificación promedio de 0.578. con una diferencia estadística de 0.007101. En el estado físico, se tuvo una puntuación de 1371, con una omisión de 22.75 y una calificación promedio de 6.1 para médicos adscritos y con una puntuación de 1810, y una omisión de 19.90% para médicos residentes, con un nivel estadístico de  $P < 6.5955$ . En los laboratorios y gabinete, se obtuvo un puntaje de 885 , con ausencia de omisión pero una calificación baja de 7.902 para médicos adscritos y una puntuación de 1052 con una omisión de 0.80% y una calificación promedio de 8.2 para médico residentes, con una  $P < 0.00473$ . Por otro lado en planes, se obtiene un total de 1418 puntos , con una omisión de 33.955 con una calificación promedio de 6.33 para médicos

adscritos y una puntuación de 1292, con una omisión del 44.90% y una calificación de 5.04 para médicos residentes, con una significancia estadística entre ambos grupos de una  $P < 0.0026865$  y en cuanto al pronóstico, se observó una puntuación de 682, con una nula omisión y una calificación promedio de 6.089 para médicos adscritos y para médicos residentes de 774, con una omisión de 05, pero una calificación promedio de 6.047, con una diferencia estadística para ambos grupos con una  $P < 0.362239$ , poco significativa. (cuadro II).



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado y a los resultados obtenidos, se pudo observar que, que existe una gran elevación de las omisión, de los datos bases para el llenado de la nota médica preoperatoria, de acuerdo a lo que se establece en la norma oficial de la federación NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, dado que este es un instrumento de índole legal, para el medico el cual realiza una valoración preoperatoria, encontrándose en este presente trabajo, se observación de la existencia de una omisión baja, en la las características de la escritura y terminología en la nota médica, en lo que se refiere a si es escrita a maquina o por el sistema de administración , así como una nula omisión en la fecha, hora, tipo de nota y servicio consultado, nombre, categoría , clave y firma del médico, nombre del paciente, edad, sexo, numero de expediente y cama del paciente, la cual esta dado por el sistema de computo de la administración , sin embargo a pesar de haber presentado una omisión nula, se ha visto reflejado con una disminución baja de una calificación promedio en forma general, por no redactarse o describirse en una forma correcta y establecida, como lo indica y establece la norma oficial de la federación , y en donde más se observo de la presencia de omisión alta, fue en la sección de criterios y decisiones médicas, en el carácter de la cirugía , con un 97% de

omisión, el motivo de la cirugía ,antecedentes personales del paciente ,de alergias, intolerancia a medicamentos, cirugías y complicaciones previas etc, en donde obtuvo una omisión del 85%, así en la ausencia de descripción de los signos vitales en un 42% y en donde en cuanto a su importancia debe ser descrita con una anamnesis adecuada y completa, así también se observó dentro de las pruebas diagnósticas como es los de laboratorios y de gabinete, se vio reflejada con una omisión baja del 0.4%, y que a pesar de no haber omisión se ve con una calificación en promedio de 8.0 , a pesar de no haber omisión de los laboratorio , pero si le resto puntaje ya que, esta se describió en forma incompleta, de tal forma se reflejo en la calificación promedio ,así también en el pronostico, en donde se observa una ausencia de la omisión baja , pero con una calificación de promedio muy baja de 6.07 , ya que esta última , solo se menciona el riesgo quirúrgico y no se menciona porcentajes de probabilidad de complicaciones durante el periodo pre-trans y postoperatorio, aunque el paciente no presente un riesgo alto. Por lo que es necesario de establecerse medidas mas minuciosas , para establecer el llenado de la nota médica y evitar la omisión de los datos de importancia , tal y para asegurar un cumplimiento satisfactorio como lo establece la norma oficial de la federación .

**CUADRO I**  
**NOTA DE VALORACION PREOPERATORIA**  
**IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y LA INSTANCIA**  
**QUE OTORGA EL SERVICIO**

<b>CARACTERISTICAS DE LA ESCRITURA Y TERMINOLOGIA</b>					
MEDICOS	OBSERV	AUSENCIAS	PUNTAJE	PORCENTAJE	CALIFICACION
				DE OMISION	PROMEDIO
ADSCRITOS	224	0/224	2105	0.00%	9.3975
RESIDENTES	256	1/256	2408	0.40%	9.4065
INTERNISTAS	480	1/480	4513	0.20%	9.402
<b>CARACTERISTICAS DE LA INSTANCIA</b> P=<0.6530875					
MEDICOS	OBSERV	AUSENCIAS	PUNTAJE	PORCENTAJE	CALIFICACION
				DE OMISION	PROMEDIO
ADSCRITOS	224	0/224	1967	0.00%	8.781
RESIDENTES	256	0/256	2296	0.00%	8.968
INTERNISTAS	480	0/480	4264	0.00%	8.88
<b>CARACTERISTICAS DEL PACIENTE</b> P=<0.025575					
MEDICOS	OBSERV	AUSENCIAS	PUNTAJE	PORCENTAJE	CALIFICACION
				DE OMISION	PROMEDIO
ADSCRITOS	112	0/112	1089	0.00%	9.723
RESIDENTES	128	1/128	1231	0.78%	9.617
INTERNISTAS	240	1/240	2320	0.40%	9.667

ANOVA      kruswall      wallis      P=<0.647448

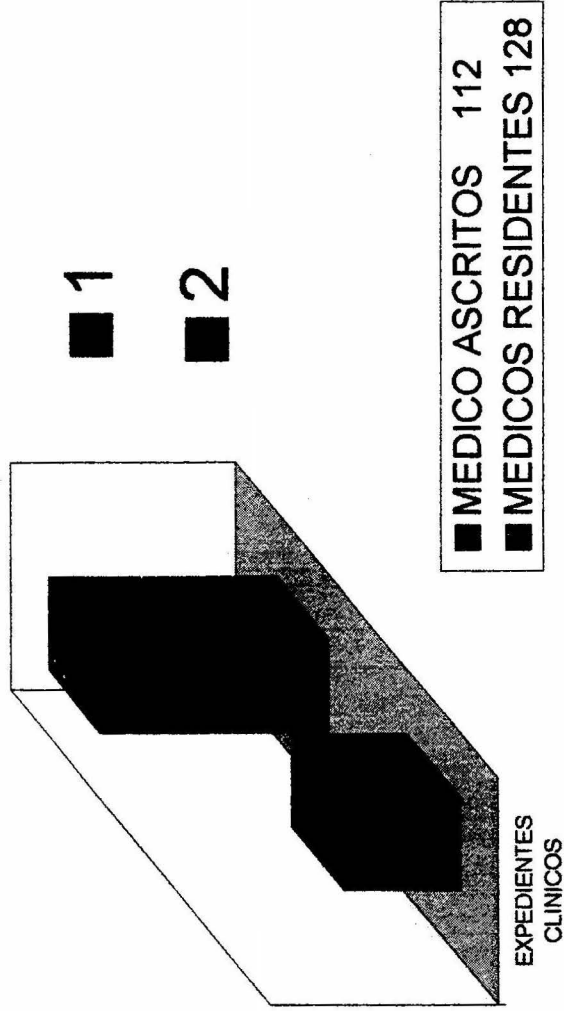
Evaluación de 240 expedientes clínicos de Medicina Interna de Enero de 2000 a junio de 2001. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE, México, D.F.

**CUADRO II**  
**NOTA DE VALORACION PREOPERATORIA**  
**CRITERIOS Y DECISIONES MEDICAS**

<b>MOTIVO DE LA INTERCONSULTA</b>					
MEDICOS	OBSERV	AUSENCIAS	PUNTAJE	PORCENTAJE DE OMISION	CALIFICACION PROMEDIO
ADSCRITOS	224	111/224	1056	49.55%	4.951
RESIDENTES	246	138/246	1170	53.90%	4.5705
INTERNISTAS	470	249/470	4226	51.73%	4.76075
<b>ANTECEDENTES</b> P=<0.341343					
MEDICOS	OBSERV	AUSENCIAS	PUNTAJE	PORCENTAJE DE OMISION	CALIFICACION PROMEDIO
ADSCRITOS	112	103/112	23	92.00%	0.205
RESIDENTES	128	102/128	74	79.70%	0.578
INTERNISTAS	230	205/230	97	171.70%	0.3915
<b>ESTADO FISICO</b> P=<0.007101					
MEDICOS	OBSERV	AUSENCIAS	PUNTAJE	PORCENTAJE DE OMISION	CALIFICACION PROMEDIO
ADSCRITOS	224	51/224	1371	22.75%	6.1205
RESIDENTES	256	51/256	1810	19.90%	7.0705
INTERNISTAS	480	51/480	3181	21.32%	6.5955
<b>LABORATORIO Y GABINETE</b> P=<0.03303					
MEDICOS	OBSERV	AUSENCIAS	PUNTAJE	PORCENTAJE DE OMISION	CALIFICACION PROMEDIO
ADSCRITOS	112	0/128	885	0.00%	7.902
RESIDENTES	128	1/128	1052	0.80%	8.219
INTERNISTAS	240	1/240	1937	0.40%	8.0605
<b>PLANES</b> P=<0.00473					
MEDICOS	OBSERV	AUSENCIAS	PUNTAJE	PORCENTAJE DE OMISION	CALIFICACION PROMEDIO
ADSCRITOS	224	76/224	1418	33.95%	6.3305
RESIDENTES	246	115/246	1292	44.90%	5.047
INTERNISTAS	470	191/470	2710	39.43%	5.676
<b>PRONOSTICO</b> P=<0.0026865					
MEDICOS	OBSERV	AUSENCIAS	PUNTAJE	PORCENTAJE DE OMISION	CALIFICACION PROMEDIO
ADSCRITOS	112	0/112	682	0.00%	6.089
RESIDENTES	128	0/128	774	0.00%	6.047
INTERNISTAS	240	0/240	1456	0.00%	6.068
ANOVA      kruswall      wallis      P=<0.362239					

Evaluación de 240 expedientes clínicos de Medicina Interna de Enero de 2000 a junio de 2001. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE, México, D.F.

# EVALUACION DE LA VALORACION PREOPERATORIA



## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Gregory A. Ewald, Clark R. McKenzie Manual de terapéutica médica Washington 9 ed. MASSON 1996;24-28
- 2.-Introducción en: Valoración perioperatoria integral en el adulto Jos Halabe ,Lifshitz ED.UTEA Noriega editores 3ra ed. 2000;19-20
- 3.-José Halabe-cherem, José Malagón, et al: La utilidad de la escala de ASA y de la radiografía de tórax como indicadores de riesgo cardiovascular perioperatorio. Gaceta Méd Méx 1 :27-32.
- 4.C.BLERY et.al. :Evaluación de un protocolo para la prescripción selectiva de pruebas preoperatorias. The Lancet .8:347-350.
- 5.- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico. Diario Oficial de la federación, México, D.F. 14 septiembre 1999.
- 6.-Hollenberg, Steven M. MD.FCCP: Preoperative Cardiac Risk assessment Chest 115(5) supplement. May 1999
- 7.-Klotz, et al: preoperative risk assessment in elective general surgery. The British Journal of surgery. The British Journal of Surgery 1996;83(12): 1788-1791
- 8.-Alcaraz Calderón Luciana: Cirugía abdominal electiva en el anciano complicaciones más frecuentes Tesis UNAM 2000; 5-19
- 9.-Sandoval Gutiérrez José Luís: Experiencia de la valoración preoperatoria en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE Tesis UNAM 1998;2-10

10.-Colima Marín Cipriano: Utilidad de la prueba de función respiratoria rutinaria para la valoración preoperatoria de paciente sometido a braquiterapia pélvica Tesis UNAM 2000, 2-11

11.-López González Leticia: Factores de riesgo y complicaciones más frecuentes en el anciano sometido a cirugía en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE Tesis UNAM 1995; 2-15

# APENDICE 1

## VALORACION PREOPERATORIA

### **OBSERVACIONES DE LAS RESPUESTAS CODIFICADAS:**

#### **a) CIRUGIA REALIZADA**

- a-1.0 No se operó.
- a-2.0 Si se operó.

#### **b) LEGIBILIDAD DE LA NOTA MEDICA**

- b-1.0 No, toda la nota es ilegible.
- b-2.1 Si, porque toda la nota es legible.
- b-2.2 Si, aunque en algunos párrafos es ilegible.
- b-2.3 Si, porque casi toda la nota es ilegible.
- b-2.4 Otro (especificar).

#### **c) EXISTENCIA DE ABREVIATURAS, TACHADURAS O ENMENDADURAS**

- c-1.0 No, porque no existe ninguna abreviatura, tachadura ni enmendadura.
- c-2.1 Si, porque existen algunas abreviaturas como: Fem ó (F), Masc ó (M)DM, HTAS, SV, Rs Cs Rs, etc.
- c-2.2 Si, porque existen algunas enmendaduras.
- c-2.3 Si, porque hay algunas tachaduras.
- c-2.4 Si, porque existen combinaciones de abreviaturas y enmendaduras.
- c-2.5 Otro (especificar).

#### **d) IDENTIFICACION DEL LUGAR DE LA ATENCION DE LA INTERCONSULTA**

- d-1.0 No, porque no se anotó el número de la cama.
- d-2.1 Si, porque el número de cama anotado es el correcto.
- d-2.2 Si, porque el número de cama anotado es equivocado.
- d-2.3 Otro (especificar).

#### **e) NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE**

- e-1.0 No se anotó.
- e-2.1 Si se anotó, completo y correcto.
- e-2.2 Si se anotó, pero faltó un apellido.
- e-2.3 Si se anotó, pero faltó el segundo o primer nombre.
- e-2.4 Si se anotó, pero faltaron los nombres.
- e-2.5 Si se anotó, pero los nombres o apellidos estuvieron abreviados.
- e-2.6 Si se anotó, pero los nombres o apellidos estuvieron equivocados.
- e-2.7 Otro (especificar).

#### **f) NUMERO DE EXPEDIENTE**

- f-1.0 No se anotó
- f-2.1 Si se anotó, completo y correcto.
- f-2.2 Si se anotó, pero el número de expediente estuvo equivocado.
- f-2.3 Si se anotó, pero faltó el número del tipo de derechohabiente.
- f-2.4 Otro (especificar).

#### **g) EDAD**

- g-1.0 No se anotó.
- g-2.1 Si se anotó y fue correcta.
- g-2.2 Si se anotó pero fue incorrecta.
- g-2.3 Otro (especificar).

#### **h) SEXO**

- h-1.0 No se anotó.
- h-2.1 Si se anotó y fue el correcto.
- h-2.2 Si se anotó pero estuvo equivocado.
- h-2.3 Otro (especificar).



**i) SERVICIO O ESPECIALIDAD SOLICITANTE**

- i-1.0 No se anotó.
- i-2.1 Si se anotó y fue el correcto.
- i-2.2 Si se anotó pero fue equivocado.
- i-2.3 Otro (especificar).

**j) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA REALIZADA**

- j-1.0 No se anotó.
- j-2.1 Si se anotó, fue correcta y completa (fecha y hora).
- j-2.2 Si se anotó, fue correcta e incompleta (faltó la hora).
- j-2.3 Si se anotó, fue incorrecta (fecha equivocada o ausencia de día, mes o año).
- j-2.4 Otro (especificar).

**k) DIAGNOSTICO MOTIVO DE LA CIRUGIA**

- k-1.0 No se anotó.
- k-2.1 Si se anotó, fue correcta y completa.
- k-2.2 Si se anotó, fue correcta pero incompleta.
- k-2.3 Si, se anotó correctamente pero con abreviaturas.
- k-2.4 Si se anotó, pero estuvo equivocada.
- k-2.5 Otro (especificar).

**l) TIPO DE CIRUGIA PROYECTADA**

- l-1.0 No se anotó.
- l-2.1 Si se anotó y fue la correcta.
- l-2.2 Si se anotó pero fue incorrecta.
- l-2.3 Otro (especificar).

**m) ANTECEDENTES (de alergias, intolerancia a medicamentos, transfusiones de sangre o de sus componentes).**

- m-1.0 No se anotó nada.
- m-2.1 Si se anotaron pero faltó la descripción de antecedentes de alergias.
- m-2.2 Si se anotaron pero faltó la descripción de antecedentes de intolerancia a medicamentos.
- m-2.3 Si se anotaron pero faltó la descripción de antecedentes de transfusión de sangre o de sus componentes.
- m-2.4 Otro (especificar).

**n) CIRUGIAS PREVIAS**

- n-1.0 No, porque se omitió la negación del antecedente.
- n-2.1 Si, porque no se omitió la negación del antecedente.
- n-2.2 Si, porque en su caso, la descripción es completa e incluye las fechas de realización.
- n-2.3 Si, porque en su caso, la descripción es incompleta.
- n-2.4 Otra (especificar).

**ñ) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS PREVIAS**

- ñ-1.0 No, porque se omitió la negación del antecedente.
- ñ-2.1 Si, porque no se omitió la negación del antecedente.
- ñ-2.2 Si, porque en su caso, la descripción es completa.
- ñ-2.3 Si porque en su caso, la descripción es incompleta.
- ñ-2.4 Otro (especificar).
- ñ-3.0 No valorable, porque es improcedente.

**o) REACCIONES ADVERSAS PREVIAS A ANESTESICOS**

- o-1.0 No, porque se omitió la negación del antecedente.
- o-2.1 Si, porque no se omitió la negación del antecedente.
- o-2.2 Si, porque en su caso, la descripción es completa.
- o-2.3 Si, porque en su caso, la descripción es incompleta.
- o-2.4 Otro (especificar).
- o-3.0 No valorable, porque es improcedente.

## **p) DIAGNOSTICOS O PROBLEMAS CLINICOS CO-MORBIDOS**

p-1.0 No, porque se omitió la negación de los antecedentes patológicos.

p-2.1 Si, porque no se omitió la negación de los antecedentes patológicos (ejemplo: niega antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, etc.).

p-2.2 Si, porque en su caso, la descripción es completa (ejemplo: diabetes mellitus desde 1999, actualmente descontrolada, tratada con glibenclamida 5 mg. 1-1-1; hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución, controlada con captopril 25 mg tres veces al día, etc.).

p-2.3 Si, porque en su caso, su descripción es incompleta (ejemplo: portadora de diabetes mellitus; tiene hipertensión arterial sistémica, etc.).

p-2.4 Otra (especificar).

## **q) CUADRO CLINICO ACTUAL**

q-1.0 No, porque se omitió la negación del estado actual.

q-2.1 Si, porque no se omitió la negación del estado actual (ejemplo=actualmente asintomático).

q-2.2 Si, porque en su caso, se anotaron los síntomas con descripción completa de los datos (semiología).

q-2.3 Si, porque en su caso, se anotaron los síntomas con descripción incompleta de los datos (semiología).

q-2.4 Otro (especificar).

## **r) EXPLORACION FISICA ACTUAL**

r-1.0 No, porque se omitió.

r-2.1 Si, porque no hubo omisión de la exploración física actual (ejemplo: exploración física dentro de parámetros normales).

r-2.2 Si, porque no hubo omisión de la exploración física actual (ejemplo= exploración física: asignológica o sin patología).

r-2.3 Si, porque no hubo omisión de la exploración física actual (ejemplo: sin anomalías en cabeza y cuello, tórax, abdomen y extremidades).

r-2.4 Si, porque no hubo omisión de la exploración física actual y existe una descripción completa de los datos en todas las regiones exploradas del cuerpo humano, a pesar de que no había anomalías (ejemplo: inicia con la inspección general que comprende el estudio del habitus exterior, edad aparente, biotipo, actitud física, existencia de movimientos anormales, estado de la conciencia, actitud psíquica ante la enfermedad, intervención quirúrgica, ambiente o el médico. Se anotó "normal" en las regiones correspondientes a los órganos en que no existían alteraciones por ejemplo en piel y anexos, ganglios linfáticos, cráneo, ojos, fondo de ojo, oídos, nariz, boca, orofaringe, cuello, mamas, tórax, abdomen, columna vertebral, extremidades, músculos, huesos, articulaciones y exploración neuropsiquiátrica. En su caso, órganos genitales masculinos o femeninos y examen anorrectal).

r-2.5 Otra: especificar

## **s) RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO**

s-1.0 No, porque se omitieron.

s-2.1 Si, porque no se omitieron y existe una descripción completa de los resultados de los siguientes exámenes con cifras y unidades de medida (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, LEUCOCITOS, PLAQUETAS, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh, GLUCOSA, BUN, CREATININA, SODIO, POTASIO, CLORO, TIEMPO DE PROTROMBINA, I.N.R. y EGO) a pesar de que estaban normales.

s-2.3 Si, porque existe una descripción incompleta de los resultados, (ya que faltaron cualquiera de los siguientes: BH, QS, EGO, TIEMPO DE PROTROMBINA, PLAQUETAS, TIPO SANGUINEO Y FACTOR RH, o bien, que hayan faltado las unidades de medida).

s-2.4 Si, porque no se omitieron y existe una descripción completa de los resultados siguientes a pesar de que estaban normales (cifras y unidades de medida de HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, LEUCOCITOS, PLAQUETAS, GRUPO SANGUINEO Y FACTOR Rh, GLUCOSA, BUN, CREATININA, SODIO, POTASIO, CLORO, BILIRRUBINAS, TRANSAMINASAS, COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, FOSFATASA ALCALINA, DESHIDROGENASA LÁCTICA, TIEMPO DE PROTROMBINA, DE TROMBINA, PARCIAL DE TROMBOPLASTINA, I.N.R. y EGO).

s-2.2 Si, porque no se omitieron y existe una descripción completa de los resultados de los siguientes exámenes (BH, QS, EGO, TIEMPO DE PROTROMBINA, PLAQUETAS, TIPO SANGUINEO Y FACTOR RH), pero en los resultados anormales se omitió la interpretación y su posible repercusión como riesgo en la cirugía por realizar.

s-2.5 Otra: especificar

## **t) RESULTADOS DE EXAMENES DE GABINETE**

t-1.0 No, porque se omitieron.

t-2.1 Si, porque existe una descripción completa y objetiva a pesar de que estaban normales (por ejemplo: la descripción de la tele de tórax, se refiere a partes blandas, óseas, opacidades, no opacidades, silueta cardíaca, botón aórtico, vasos, etc. La descripción del trazo electrocardiográfico, se refiere al ritmo sinusal o no sinusal, frecuencia, tiempo de PR, QRS, segmento ST, desniveles, eje eléctrico, hipertrofias, sobrecargas, etc. La descripción de los ESTUDIOS ESPECIALES: se refieren específicamente a las características de morfología y función en cifras, titulaciones de reacciones, unidades de medida, voltajes o potenciales de acción, de pruebas de esfuerzo, gamagrama cardíaco, hepático o renal, espirometría, gases arteriales, etc.).

t-2.2 Si, porque hace una descripción completa, pero no objetiva de los resultados, (por ejemplo Rx de tórax normal, ECG normal o sin patología, etc.).

t-2.3 Si, porque hace una descripción incompleta y no objetiva de los resultados, (por ejemplo sólo describió Rx de tórax normal; o bien ECG normal o sin patología).

t-2.4 Otra: especificar

**u) CUIDADOS Y PLAN TERAPEUTICO PRE-OPERATORIO**

- u-1.0 No, porque se omitieron.
- u-2.1 Si, porque no se omitió la negación (ejemplo: no requiere de cuidados preoperatorios especiales).
- u-2.2 Si, porque en su caso existe una descripción completa y objetiva de las indicaciones o ajustes del tratamiento establecido (ejemplo: se anotan dosis, vía de administración y periodicidad de los medicamentos. En el caso de la sangre o de sus componentes, se señala la justificación de la solicitud, así como cantidad de unidades y volumen a transfundir).
- u-2.3 Si, porque en su caso existe una descripción objetiva, pero incompleta, (por ejemplo: se anotan los medicamentos pero faltan cualquiera de los siguientes conceptos: dosis, vía de administración, periodicidad o bien los ajustes. En caso de sangre no se señala la justificación, o bien el volumen a transfundir).
- u-2.4 Otra (especifíquela)

**v) PRONOSTICO**

- v-1.0 No, porque se omitieron (ejemplo: no anotó el riesgo preoperatorio).
- v-2.1 Si, porque existe una descripción subjetiva (por ejemplo: riesgo ASA I o bien GOLDMAN II sin otras explicaciones).
- v-2.2 Si, porque existe una descripción subjetiva (por ejemplo: riesgo ASA I o bien GOLDMAN II y señala los porcentajes de la probabilidad de que el paciente se complique o muera).
- v-2.3 Si, porque existe una descripción completa y objetiva (por ejemplo: se anotan los fundamentos del grado atribuido en la escala conocida y validada y explica el puntaje obtenido (por ejemplo: ASA: I,II,III, IV o V y su explicación de porqué es GII o III; o GOLDMAN: I, II, III o IV, con el puntaje correspondiente así como el significado del grado atribuido. Además, se anota específicamente el porcentaje de probabilidad de que el paciente se complique o muera).
- v-2.4 Otra (especifíquela)

**w) COMPLICACIONES ACTUALES**

- w-1.0 No se complicó
- w-2.0 Si se complicó

**x) MUERTE**

- x-1.0 No se murió
- x-2.0 Si se murió

**y) NOMBRE, CATEGORIA, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO QUE LA ELABORA .**

- y-1.0 No, porque se omitieron.
- y-2.1 Si, porque no se omitieron y están completos (ejemplo nombre completo, categoría, clave y firma del médico que elaboró la nota).
- y-2.2 Si, porque falta la categoría del médico.
- y-2.3 Si, porque falta la clave del médico.
- y-2.4 Si, porque falta la firma del médico.
- y-2.5 Si porque, falta cualquiera de las siguientes combinaciones (ejemplo: nombre incompleto y categoría, clave y firma, etc.)
- y-2.6 Otro (especifíquela).

**z) Nombre del médico quien hizo la nota.**

## **APENDICE 2**

### **5. Generalidades**

- 5.8. Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.
- 5.9. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.
- 5.10. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- 5.15. El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana **NOM-003-SSA2-1993**, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

### **6. Del expediente en consulta externa**

#### **6.3. Nota de Interconsulta.**

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

**6.3.4.** Demás que marca el numeral **7.1.**

## **7. De las Notas Médicas en Urgencias**

### **7.1. Inicial.**

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

**7.1.1.** Fecha y hora en que se otorga el servicio;

**7.1.2.** Signos vitales;

**7.1.3.** Motivo de la consulta;

**7.1.4.** Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso;

**7.1.5.** Diagnósticos o problemas clínicos;

**7.1.6.** Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

**7.1.7.** Tratamiento y

**7.1.8.** Pronóstico.

## **8. De las notas médicas en Hospitalización**

### **8.5. Nota Pre-operatoria**

**8.5.1.** Fecha de la cirugía;

**8.5.2.** Diagnóstico;

**8.5.3.** Plan quirúrgico;

**8.5.4.** Tipo de intervención quirúrgica;

**8.5.5.** Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

**8.5.6.** Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios; y

**8.5.7.** Pronóstico.



1= NO  
2= SI  
3= NV

OBSERVACIONES:	CODIGO
1-a. ¿Se operó?	
2-b. ¿La nota es legible?	
2-c. ¿Existen abr viaturas, enmendaduras o tachaduras?	
3-d. ¿Se identificó dónde se realizó la interconsulta? (en hospitalización por el número de la cama, o en la consulta externa).	
3-e. ¿Se anotó el nombre completo del paciente?	
3-f. ¿Se anotó el número de expediente?	
3-g. ¿Se anotó correctamente la edad?	
3-h. ¿Se anotó correctamente el sexo?	
3-i. ¿Se anotó el servicio o especialidad que solicitó la interconsulta?	
4-j. ¿Se anotó correctamente la fecha y hora de la consulta realizada?	
5-k. ¿Se anotó correctamente el nombre de la patología, problema quirúrgico o diagnóstico motivo de la cirugía?	
6-l. ¿Se anotó correctamente el tipo de cirugía a realizar?	
8-m. ¿Se anotaron los antecedentes? (de alergias intolerancia a medicamentos, transfusiones de sangre o de sus componentes).	
8-n. ¿Se anotó si hubo o no cirugías previas?	
8-ñ. En caso de cirugías previas, ¿se anotó si hubieron ó no complicaciones postoperatorias?	
8-o. En caso de cirugías previas, ¿se anotó si hubieron o no reacciones adversas a anestésicos?	
9-p. ¿Se anotó la patología o problemas clínicos comórbidos?	
9-q. ¿Se describió objetivamente el cuadro clínico actual?	
9-r. ¿Se describió objetivamente la exploración física actual?	
11-s. ¿Se describieron objetivamente los resultados de los exámenes de laboratorio incluyendo grupo sanguíneo y factor Rh?	
11-t. ¿Se describieron objetivamente los resultados de los exámenes de gabinete?	
12-u. ¿Los cuidados y el plan terapéutico preoperatorio están bien descritos?	
14-v. ¿La estimación del riesgo preoperatorio quirúrgico está bien fundamentado?	
15-w. ¿Se complicó?	
15-x. ¿Se murió?	
15-y. ¿El nombre, categoría, clave y firma del médico son correctos?	
15-z. Otros (especificar), por ejemplo, nombre del médico quien hizo la nota, etc.	