

11202

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
I.S.S.S.T.E.

ANALISIS DE LA PRESENCIA DE DOCUMENTOS
MEDICO-LEGALES QUE DEBEN EXISTIR EN EL
EXPEDIENTE LA PACIENTE OBSTETRICA

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA LA
DRA. ELVIA LIBIA LOPEZ GOMEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

A OCTUBRE AÑO 2005

m. 340733



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

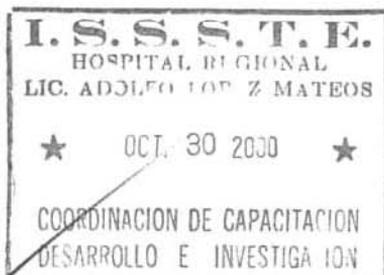


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Dr. Oscar Trejo Solorzano.

Coordinación de Capacitación
Desarrollo e Investigación




Dr. Eduardo Rojas Pérez

Profesor Titular del Curso de
la Especialidad de Anestesiología



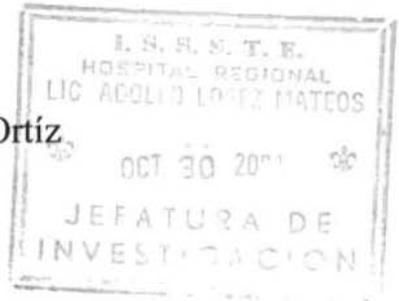
Dr. Eduardo Rojas Pérez
Asesor de Tesis



Dr. José Guadalupe Sevilla Flores
Vocal de Investigación
del Área Quirúrgica



M. en C. Hilda Rodríguez Ortiz
Jefe de Investigación



Dr. Julio Cesar Díaz Becerra
Jefe de Enseñanza

INDICE

RESUMEN	PAG. 1 - 3
SUMMARY	PAG. 4 - 5
INTRODUCCION	PAG. 6 - 10
MATERIAL Y MÉTODOS	PAG. 11 - 14
RESULTADOS	PAG. 15 - 24
DISCUSION	PAG.25 - 28
BIBLIOGRAFIA	PAG. 29 - 37
APENDICE GRAFICO	PAG. 38
INDICE	PAG 39

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

" ANALISIS DE LA EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICO
LEGALES EN EL EXPEDIENTE DE LA PACIENTE OBSTETRICA "

RESUMEN

Desde 1895 Harvey Cushing en el Hospital general de Massachussets inicio el registro del periodo trananestésico. En 1986 el ASA adoptó sus primeros estándares de vigilancia transoperatoria, a demás de los estándares de cuidados presnestesicos y postanestesicos. En México se inicio en 1998 la vigilancia oficial de la practica de la anestesiología con la publicación de la NORMA Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, n la cual se marcan como necesarios la existencia de las notas preanestesica, trananestesica y postanestesica, así como, la información adecuada hacia la paciente del procedimiento anestésico que se le aplicara y los riesgos propios del procedimiento anestésico planteado y de esta manera obtener de la paciente, familiar o tutor legal; el consentimiento verbal, y firma del consentimiento escrito y la hoja de riesgos anestésicos.

En el presente trabajo de investigación se estudio la calidad de la atención a las pacientes obstétricas, así como la existencia de los documentos medico legales que la NORMA Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998 nos marca como necesarios.

Por lo cual incluimos 150 pacientes del sexo femenino sometidas a procedimientos obstétricos. Se dividieron en tres grupos: El grupo I lo conformaron 50 pacientes postoperadas de cesarea bajo anestesia general o regional, el grupo 2 se conformo de 50 pacientes postoperadas de legrado intrauterino bajo anestesia general o regional y en el grupo 3 fueron 50 pacientes a las cuales se les coloco analgesia obstétrica para atención del parto. Todas las pacientes fueron manejadas por el Staff de médicos anesthesiologos del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos y el autor no intervino en ninguno de los procedimientos. Los tres grupos se dividieron en tres fases, la Fase I evaluó la calidad d atención a la paciente obstétrica, la Fase II evaluó la presencia de los documentos medico legales que la NORMA Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998 nos marca, en el expediente clínico. En la Fase III se estudió el grado de satisfacción de la atención anestésica a las pacientes obstétricas admitidas en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

Los resultados obtenidos fueron analizados por medio de porcentajes de presencia o ausencia del cumplimiento de los parámetros estudiados. Concluimos lo siguiente:

- 1.- En el 2% de las pacientes no obtuvo una presentación adecuada por parte de su obstetra y su anesthesiólogo y la ausencia también del 2% en la explicación de la técnica anestésica propuesta.

- 2.- 100% de presencia del consentimiento escrito.
- 3.- 100% de ausencia del consentimiento escrito.
- 4.- 6 al 46 % de ausencia de la nota preanestésica.
- 5.- 8 al 42 % de ausencia de la nota transanestésica
- 6.- 100 % de ausencia de la nota postanestésica.
- 7.- 100 % de ausencia de la hoja de consentimiento
- 8.- 100 % de ausencia de la hoja de riesgos anestésicos
- 9.- 100 % de satisfacción en la atención anestésica otorgada.

Todos los resultados anteriores se registraron en los tres grupos. Con los resultados anteriores concluimos que la calidad de atención es buena en nuestro hospital, sin embargo, podría ser excelente con un poco más de esfuerzo. La satisfacción de la atención anestésica otorgada es excelente por parte del Staff de médicos anesthesiologos.

En cuanto al cumplimiento en la presencia de los cinco documentos medico legales que la Ley nos exige, se presenta un déficit del 6 al 100% lo que nos indica que no se esta prestando la atención debida a esta situación y puede tener repercusiones medico legales catastróficas para el médico especialista en caso de demanda medico legal.

SUMMARY

Since 1895 Harvey Cushing in the Massachusetts General Hospital began to register the tran-anesthetic period. In 1986 the ASA adopted its first postoperative vigilance care standards, apart from the pre-anesthetic and post-anesthetic care standards. In Mexico anesthetic practice official vigilance care began in 1998 with the issuing of the mexican Official NORM NOM-170-SSA1-1998, where the need for the most suitable information for patients regarding the anesthetic procedures to be used and the risks surrounding them in order to obtain verbal consent, and the signature on the written consent form and the anesthetic risks sheet from the patient, a relative or legal guardian.

In the current research paper, obstetric patients' medical attention quality as well as the existence of medical-legal documents stated as necessary .

150 female patients under obstetric procedures were included and divided into three groups: cesarean delivery, instrumental intrauterine curettage. Anesthesiologist staff treated all patients and the author of this paper did not intervene in any of the procedures.

The three groups went through three different phases. Phase I evaluated obstetric patient attention quality, phase II evaluated the

presence of medical-legal documents in the patients' medical record as required, phase III studied anesthetic attention satisfaction degree in obstetric patient . Results obtained were analyzed through percentages of presence or absence in the fulfillment of the parameters studied.

We conclude that attention quality in our hospital is good, however, it could be excellent if the official norms were observed. Patient surveyed indicated that the satisfaction derived from anesthesiologists' staff anesthetic attention was excellent.

Regarding the fulfillment in the presence of the five medical-legal documents demanded by law, there is a shortfall of between 6 and 100% which highlights the fact that not enough attention is being paid to this situation and that it can bring medical-legal repercussions for the specialist in case of a medical-legal lawsuit.

INTRODUCCIÓN

La Anestesiología es una rama de la medicina especializada en la atención médica de los pacientes, que se someten a procedimientos quirúrgicos, obstétricos o de diagnóstico, tratando de evitar o disminuir la conciencia y proporcionar insensibilidad al dolor, al estrés emocional o a una combinación de los anteriores y que se produce por la administración de diversas sustancias farmacológicas, por lo que también se dedica al cuidado y protección de las funciones de los sistemas vitales. (1)

La participación del médico especialista en anestesiólogo es ahora un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente previo a la aplicación de la anestesia para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado para cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones trans-operatorias del paciente hasta la recuperación post-anestésica y la estabilidad completa de sus funciones. Es necesario considerar el cuidado anestésico como un proceso que abarca tres etapas pre, trans y post-anestésica y documentarlo para reflejar estos componentes, como lo marca la NORMA Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998 para la práctica de la anestesiología (1).

REGISTROS DE LA ANESTESIA.

La introducción de registros en anestesia se atribuye a Harvey Cushing en 1895. (2) Para el adelanto de cualquier ciencia es esencial contar con buenos registros y ello se aplica en particular a la disciplina de la anestesia. La primera etapa al valorar una situación y al paciente es anotar los acontecimientos. Con este fin, la carta de registro de la anestesia es una parte integral del expediente clínico de un paciente. Es necesario anotar la secuencia de todas las mediciones de las funciones vitales, procedimientos y medicamentos. La precisión del diagnóstico clínico de la anestesia depende de la calidad y suficiencia de estas observaciones anotadas. (1,2)

PROPOSITOS DE LA CONSERVACIÓN DE REGISTROS.

- Los fines por los que debe de conservarse un registro durante la anestesia son:
 1. Facilitar el cuidado del paciente.
 2. Proporcionar material para enseñanza, estudio e información estadística.
 3. Establecer un registro medicolegal. (2)

RESPONSABILIDADES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE ANESTESIOLOGÍA.

1- Determinar el estado físico del paciente y de ser necesario, convocará a otros especialistas para desarrollar un plan de estudios anestésicos.

2- Comunicará al paciente, representante legal o familiar más cercano en vínculo, el plan anestésico propuesto y los riesgos inherentes al procedimiento obteniéndose la carta de consentimiento bajo información e indicará la prescripción apropiada de la premedicación anestésica necesaria.

3- Proporcionar al paciente trato respetuoso y digno de acuerdo a la ética médica

4- Registrar completamente el proceso de la anestesia en el expediente.

5- Verificar que este plan sea registrado y documentado en forma correcta en el expediente del enfermo. (1)

LINEAMIENTOS EN LA ADMINISTRACIÓN ANESTESICA EN GINECO-OBSTETRICIA.

1- Los procedimientos anestésicos serán aplicados y vigilados durante todo el proceso por un medico anesthesiologo o un medico en entrenamiento supervisado por un medico especialista.

2- Deberá documentarse en el expediente las características de monitoreo, oxigenación, ventilación y apoyo circulatorio, además de las técnicas anestésicas empleadas así como medicamentos utilizados y signos vitales materno fetales.

3.- El anesthesiologo elegirá el método y la técnica anestésica.

4.- Todas las pacientes que se encuentren en proceso de recuperación deberán recibir cuidados en una sala de recuperación anestésica. (1,3)

La frecuencia cada vez mayor de la "presión de producción", con la instrucción táctica de "apurar" al personal de anestesiología, sin importar que "hacer más con menos" orilla a los anesthesiólogos a seguir atajos y a comprometer el cuidado de seguridad máxima del paciente, así mismo han comprometido la atención necesaria que se debe poner en la realización de los documentos medico legales. (3)

Este tipo de presión se ha vuelto aún mayor con la aplicación de más protocolos o parámetros para la práctica, algunos de sociedades profesionales como el ASA, y otros exigidos o desarrollados junto con quienes adquieren servicios de salud (compañías de seguros, etc.) Muchos de estos protocolos están diseñados para incorporar con rapidez al paciente al sistema de cuidados médicos, en el menor tiempo posible para disminuir costos. La integración de sistemas y protocolos para ayudar a lograr la máxima calidad del cuidado del paciente, sea por estándares formales o no, es un elemento importante de la práctica de la anestesiología.

El estándar de cuidado es la conducta y habilidad de un practicante prudente que puede esperar un paciente razonable. Este es un concepto medico legal muy importante ya que un resultado

médico malo, por no satisfacer el estándar de cuidado, se considera malpraxis (3).

Se ha sugerido que la naturaleza de la práctica de la anestesia determina que sea, de todos los campos de la medicina, la que está más sujeta al uso de estándares publicados. Un ejemplo clásico son los estándares de vigilancia intraoperatoria originales (5). La ASA adoptó sus propios estándares de vigilancia intraoperatoria básicos en 1986, además, de los Estándares básicos para el cuidado preanestésico y postanestésico.

Existen ciertas diferencias en cuanto a los estándares para conducir la anestesia en obstetricia. Tales estándares los publicó originalmente la ASA en 1988.

Por todo lo anteriormente expresado, consideramos importante la realización de un estudio en el que se evidencie si en nuestra institución se están realizando adecuadamente todos los documentos médico legales que la norma oficial está solicitando. El creciente número de demandas a las que el médico anestesiólogo se está viendo sujeto, nos exige a tomar atención a las exigencias legales actuales.

MATERIAL Y METODOS

Una vez recibida la aceptación del protocolo por parte del comité de investigación del HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS del I.S.S.S.T.E. y después de haber obtenido el consentimiento por escrito de las pacientes previa explicación de los objetivos y las consecuencias del mismo.

Se procedió a incluir 150 paciente femenino del sexo femenino, las cuales procedían de recuperación de la unidad toco quirurgica y del segundo piso, el cual corresponde al area de hospitalización de las pacientes gineco-obstetricas, las cuales fueron sometidas a procedimientos de urgencia que requirieron de atención por parte del servicio de anestesiología. Especificamente se incluyeron en el estudio pacientes a las cuales se les realizaron cualquiera de los tres procedimientos siguientes: cesareas, legrados y analgesia obstetrica para atención del parto.

La población total de 150 pacientes femeninas se seleccionaron de acuerdo al tipo de procedimiento quirurgico anestésico al cual fueron sometidas y por el cual se nos solicito interconsulta, los procedimientos seleccionados fueron:

Grupo 1 n= 50 pacientes sometidas a cesarea bajo anestesia regional o general. Grupo 2 n=50 pacientes de legrado intrauterino

bajo anestesia regional o general endovenosa. Grupo 3 n= 50 pacientes a las cuales se le colocó analgesia obstetrica para atención del parto. Los procedimientos anestésicos los realizó el staff de médicos anesthesiologos en todos los casos, yo como investigador no intervine en ninguno de los procedimientos.

Los criterios de exclusión que se determinaron en la selección de las pacientes fueron los siguientes pacientes hemodinamicamente inestables, portadoras de enfermedades como preclamsia, eclamsia, hipotención o estado de shock, enfermedades neurologicas o estados alterados de la conciencia, enfermedades psiquiatricas, o pacientes que se negaran a colaborar con el estudio, así como pacientes que solicitaran su alta voluntaria.

Una vez obtenido el consentimiento verbal por parte de la paciente se le aplicó la FASE I del protocolo; la cual consistió de cuatro preguntas formuladas y recopiladas en la cédula de recolección de datos de la siguiente forma:

FASE I

- 1 ¿ El obstetra que la atendió se presentó con usted por nombre en forma debida
- 2 ¿ El anesthesiologo que la atendió se presentó con usted por nombre en forma debida?

3 ¿ El anesthesiologo le informo previo a su cirugia el tipo de anestesia que le aplicaria?

4 ¿ Usted estuvo de acuerdo con el tipo de anestesia que el anesthesiologo le planteo?

Las repuestas que se recopilaron fueron especificamente SI o NO. En la pregunta 4 correspondiente a ¿Usted estuvo de acuerdo con el tipo de anestesia que el anesthesiologo le planteo se recopilo un apartado especial en el cual se anotan se solicito consentimiento verbal y consentimiento escrito como lo solicita la NORMA Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998

Después se procedió a la recopilación de la FASE II del protocolo, la cual se consiguió del expediente clínico de las pacientes encuestadas, los datos recopilados fueron los siguientes y se plasmaron en la cedula de recolección de datos de la siguiente manera:

FASE II

1 Cuenta con nota preanestesica

Entendiendo por nota preanestesica la que elaborará el anesthesiologo y que deberá tener la evaluación clínica del paciente, sé ñalando los datos fundamentales con relación a la anestesia; tipo de anestesia, que se aplicara al paciente de acuerdo a las

condiciones del paciente y a la intervención quirúrgica planeada.
Riesgo anestésico y medicación preanestésica.

2 Cuenta con nota transanestésica.

Es la nota en la cual se anota la evolución de la paciente durante el evento anestésico quirúrgico, la técnica anestésica empleada, las dosis de medicamentos utilizados y manejo de líquidos, así como el tiempo de duración del evento anestésico y del procedimiento quirúrgico

3 Cuenta con nota postanestésica

Es la nota que contiene la evolución postanestésica en el área de recuperación, así como las condiciones en que es dado de alta

4. Cuenta con carta de consentimiento bajo información.

Es el documento con el cual el paciente, representante legal o familiar aceptan la técnica anestésica propuesta.

5. Cuenta con hoja de riesgos inherentes al procedimiento.

Es el documento con el cual se le exponen a la paciente los riesgos inherentes al procedimiento.

Las respuestas que se recopilaron fueron específicamente SÍ o NO.

FASE III

1. ¿Estuvo satisfecha con la anestesia que recibió?

Las respuestas que se recopilaron fueron específicamente SÍ o NO

RESULTADOS

Durante el estudio se captaron 150 pacientes del sexo femenino de las cuales se obtuvieron las mismas 150 para el estudio sin obtener ninguna exclusión o eliminación del estudio.

La población total se dividió en tres grupos de acuerdo al tipo de procedimiento quirúrgico que se les aplicó en la unidad de cirugía y a su vez estos tres grupos se subdividieron en dos fases, ya antes mencionadas ampliamente en la sección de material y métodos.

El primer grupo de pacientes se conformó de 50 pacientes las cuales fueron sometidas a cesárea bajo anestesia regional o general, las cuales no presentaron ningún criterio de exclusión o eliminación, captadas en recuperación o en hospitalización de gineco obstetricia.

Los resultados muestran que en una de las pacientes no se presentó adecuadamente su obstetra tratante, lo cual representa el 2%. Así mismo, se muestra que la calidad de información a la paciente postoperada de cesárea es de 100% lo cual representa un cumplimiento total con respecto a la NORMA Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, a este respecto, como se ejemplifica en la tabla 1.

GRUPO 1 n= 50				
FASE I				
PREGUNTA NO	SI	%	NO	%
1 *	49	98	1	2
2 **	50	100	0	0
3 ***	50	100	0	0
4 ****	0	0	50	100

*¿El obstetra que la atendió se presentó con usted por nombre en forma debida

**¿El anestesiólogo que la atendió se presentó con usted por nombre en forma debida

***¿El anestesiólogo le informó previo a su cirugía el tipo de anestesia que le aplicaría

****¿usted estuvo de acuerdo con el tipo de anestesia que el anestesiólogo le planteó

Tabla 1; Fuente: Archivo del Hospital Lic. Adolfo López Mateos

El segundo grupo fue conformado por 50 pacientes sometidas a legrado intrauterino bajo anestesia regional o general endovenosa en la unidad tóco quirúrgica y que no presentaron ningún criterio de eliminación o exclusión. En la tabla 2 se observa que la información, así como, la aceptación verbal del procedimiento por parte de la

paciente es del 100%, lo cual nuevamente cumple con lo estipulado en la NORMA Oficial. Mexicana NOM-170-SSA1-1998,

GRUPO 2 n= 50				
FASE I				
PREGUNTA NO.	SI	%	NO	%
1 *	50	100	0	0
2 **	50	100	0	0
3 ***	50	100	0	0
4 ****	0	0	50	100

*¿El obstetra que la atendió se presentó con usted por nombre en forma debida

**¿El anestesiólogo que la atendió se presentó con usted por nombre en forma debida

***¿El anestesiólogo le informó previo a su cirugía el tipo de anestesia que le aplicaría

****¿usted estuvo de acuerdo con el tipo de anestesia que el anestesiólogo le planteó

Tabla 2; Fuente: Archivo del Hospital Lic. Adolfo López Mateos

En el tercer grupo se incluyeron 50 pacientes sometidas a analgesia obstétrica para atención del parto con las mismas características que los dos grupos anteriores. En este grupo se observa que existe un 2 % de ausencia de información a la paciente del plan anestésico, lo

cual concuerda con el 2% de ausencia de presentación por parte del obstetra y del anestesiólogo hacia la paciente, sin embargo, la paciente no opuso ninguna objeción a su tratamiento, como se muestra en la tabla 3. Los resultados anteriores en caso de demanda médico legal por parte de la paciente, el médico especialista tendrá la nota preanestésica como apoyo en su defensa.

GRUPO 3 n= 50				
FASE I				
PREGUNTA NO	SI	%	NO	%
1 *	49	98	1	2
2 **	49	98	1	2
3 ***	49	98	1	2
4 ****	0	0	50	100

*¿El obstetra que la atendió se presentó con usted por nombre en forma debida

**¿El anestesiólogo que la atendió se presentó con usted por nombre en forma debida

***¿El anestesiólogo le informo previo a su cirugía el tipo de anestesia que le aplicaria

****¿usted estuvo de acuerdo con el tipo de anestesia que el anestesiólogo le planteo

En lo que respecta a la pregunta 4 cuando se examinó si se había solicitado el consentimiento verbal y el consentimiento escrito. Se encontró que el consentimiento verbal se obtuvo en el 100% de los casos sin embargo el consentimiento escrito no se encontró en ninguno de los casos, como se demuestra en la siguiente tabla

FASE I								
PREGUNTA NO. 4 *								
GRUPO NO.	C. VERBAL **				C. ESCRITO ***			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
1	50	100	0	0	0	0	50	100
2	50	100	0	0	0	0	50	100
3	50	100	0	0	0	0	50	100

*¿usted estuvo de acuerdo con el tipo de anestesia que el anesthesiologo le planteo

**Consentimiento verbal

***Consentimiento escrito

Tabla 4; Fuente: Archivo del Hospital Lic. Adolfo López Mateos

En la Fase II del estudio, en cual se verifico la presencia de los cinco documentos medico legales, que deben existir en el expediente clínico, como lo marca los estándares de atención (6) se encontró que en el grupo 1 un 6% de ausencia de la nota preanestesica en el expediente clinico, lo cual no concuerda con el 100% de información

y visita preanestésica reflejada en la fase I del estudio. En cuanto a la nota transanestésica se encuentra en 100% de los expedientes, y la nota postanestésica no se encontró en el expediente clínico en un 100% como se muestra en la tabla 4, a demás de la carta de consentimientos y la carta de riesgos.

GRUPO 1 n= 50				
FASE II				
DOCUMENTO O NOTA	SI	%	NO	%
PREANESTESICA	47	94	3	6
TRANSANESTESICA	50	100	0	0
POSTANESTESICA	0	0	50	100
CONCENTIMIENTOS	0	0	50	100
RIESGOS	0	0	50	100

Tabla 5; Fuente: Archivo del Hospital Lic. Adolfo López Mateos

En el grupo 2 se encontraron un 8% de ausencias de las notas pre anestésicas y trans anestésicas, como se muestra en la tabla 5, lo cual nuevamente no vuelve a concordar con la fase I del estudio correspondiente al grupo de pacientes post operadas de legrado intrauterino y presenta, como en el grupo anterior, una ausencia del 100% en las notas postanestésicas, cartas de consnimientos y de riesgos.

GRUPO 2 n= 50				
FASE II				
DOCUMENTO O NOTA	SI	%	NO	%
PREANESTESICA	46	92	4	8
TRANSANESTESICA	46	92	4	8
POSTANESTESICA	0	0	50	100
CONCENTIMIENOS	0	0	50	100
RIESGOS	0	0	50	100

Tabla 6; Fuente: Archivo del Hospital Lic. Adolfo López Mateos

En el grupo 3 se encontró una ausencia del 46% de ausencia de la nota preanestesica en los expedientes clínicos de las pacientes a las cuales se les colocó analgesia obstetrica, y la presencia del 58% de la notas transanestesicas lo cual es aún más alarmante que en los dos grupos anteriores. La nota postanestesica y las cartas de consentimientos y riesgos no se encontraron en el 100% de los casos. como se muestra en la tabla siguiente:

GRUPO 3 n= 50				
FASE II				
DOCUMENTO O NOTA	SI	%	NO	%
PREANESTESICA	27	54	23	46
TRANSANSTESICA	29	58	21	42
POSTANESTESICA	0	0	50	100
CONCENTIMIENTOS	0	0	50	100
RIESGOS	0	0	50	100

Tabla 7; Fuente: Archivo del Hospital Lic. Adolfo López Mateos

En la fase III del estudio, la cual evalúa la calidez de atención, encontramos un 100% de satisfacción por parte de las pacientes con respecto a la atención y técnica anestésica que recibieron por parte del el Staf de anestesiólogos del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

En el grupo 1 se obtuvo una población de 33 pacientes de la 50 encuestadas originalmente, la razón fue que no se les aplicó dicha fase del estudio. Los resultados se marcan en la tabla 7.

GRUPO 1 n= 33				
FASE III				
PREGUNTA NO.	SI	%	NO	%
1 *	33	100	0	0

*¿Estuvo satisfecha con la anestesia que recibió

Tabla 8; Fuente: Archivo del Hospital Lic. Adolfo López Mateos

En el grupo 2 se obtuvo una población de 47 pacientes, las tres que faltan para completar la población total original fue por que no se les aplico la fase III del estudio, lo cual se muestra en la siguiente tabla:

GRUPO 2 n= 47				
FASE III				
PREGUNTA NO.	SI	%	NO	%
1 *	47	100	0	0

*¿Estuvo satisfecha con la anestesia que recibió

Tabla 9; Fuente: Archivo del Hospital Lic. Adolfo López Mateos

En el grupo 3 se recopilaron 43 pacientes al resto de las pacientes (50 pacientes recopiladas en la fase I y II) no se les aplico la fase III del estudio. En este grupo se obtiene nuevamente un 100% de satisfacción.

GRUPO 3 n= 43				
FASE III				
PREGUNTA NO.	SI	%	NO	%
1 *	43	100	0	0

*¿Estuvo satisfecha con la anestesia que recibió

Tabla 10; Fuente. Archivo del Hospital Lic. Adolfo López Mateos

CONCLUSIONES

En la actualidad los registros medico legales del expediente clínico, así como, la calidad y calidez de atención e información medica hacia el paciente se ha vuelto de relevante importancia, ya que él número y magnitud de las demandas se ha vuelto un tema que el médico no puede ignorar y especialmente el anestesiólogo, ya que se encuentra en una posición medico legal cada vez más vulnerable a estas situaciones.

La comprensión del concepto de estándar de cuidado es la clave para articular los diversos estándares, guías, parámetros para la práctica y protocolos sugeridos, aplicables a la practica de la anestesiología en la infortunadamente necesaria tendencia de prever una posible responsabilidad legal.

Uno de los parámetros que demuestran la calidad de atención, es la presentación adecuada de los médicos especialistas que intervienen en el tratamiento multidisciplinario con su paciente, así como, la información clara y específica hacia la paciente de su padecimiento y su tratamiento, con lo cual se obtendrá una respuesta positiva de la misma en su tratamiento y estancia hospitalaria. Un Segundo parámetro para evaluar la calidad y calidez de atención es

el grado de satisfacción por parte de la paciente con la técnica anestésica aplicada por parte del anestesiólogo.

En el presente estudio se evidenció que dicha información y presentación adecuada por parte de los médicos especialistas involucrados, no se lleva a cabo en el dos por ciento de las pacientes, sin embargo, la satisfacción de atención de las pacientes obstétricas es del 100%

La importancia de que el expediente clínico contenga los tres registros que la NORMA Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, y los estándares de atención nos demandan, es algo que no podemos ignorar.

Se encontró en la revisión de los expedientes clínicos que la nota preanestésica que es la que nos da información acerca del estado físico de la paciente, así como, de las patologías agregadas al diagnóstico por el cual es intervenida por el obstetra, y su implicación en la decisión de la técnica anestésica más conveniente para el caso en particular; presenta una ausencia del 46% en el grupo de paciente sometidas a analgesia obstétrica, en el caso de pacientes sometidas a legrados intrauterinos es del 8% y menor aun en grupo de cesáreas que fue del 6%, sin embargo si tomamos en cuenta la primera fase del estudio en el que se obtienen resultados del 98% al 100% de información acerca de la técnica anestésica propuesta y del 100% de

consentimiento por parte de las pacientes, nos indica que la valoración se realiza extraoficialmente, pero al momento en que no se cuanta con el documento medico legal que avala dicha valoración e información, así como el consentimiento verbal por parte de las pacientes (como lo marca la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, como necesario) nos indica que unicamente se debe realizar el esfuerzo de plasmar dicha valoración en el expediente. En cuanto a los consentimientos que se deben obtener por parte de la paciente; el consentimiento verbal se obtiene en el 100% de las pacientes pero el consentimiento por escrito y la hoja de riesgos no se encontraron en el 100% de las pacientes lo cual demuestra que no se está cumpliendo con la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998

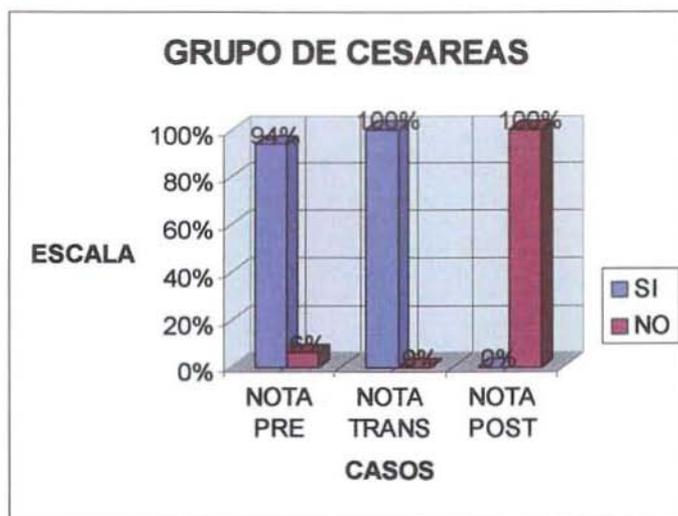
La nota transanestésica que la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998 nos marca la encontramos en el 100% en las pacientes sometidas a cesáreas, sin embargo en las pacientes sometidas a legrados intrauterinos se encontró una ausencia de la misma del 8%, y en el grupo de pacientes sometidas a analgesia obstétrica para atención del parto el déficit es mucho mayor llegando al 42% tomando en cuenta nuestro marco teórico estos resultados son alarmantes. Además encontramos que el título de dicho documento está mal referido, como nota "postanestésica",

fundamentandonos en la Norma oficial la nota postanestésica es la que se debe registrar en el periodo en el cual se observa la evolución de la paciente durante dicho periodo así como las condiciones en las que es egresada la paciente de dicha zona hospitalaria,

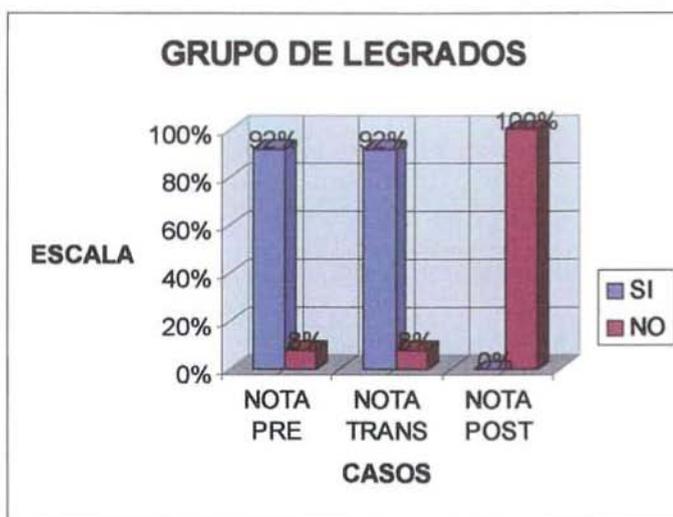
Una situación más alarmante es el hecho de que dicha nota post anestésica no se encontró en el 100% de los casos, lo cual legalmente, significa que el anestesiólogo no vigila el estado de la paciente en el periodo post anestésico y a demás, no se asegura de las condiciones en la que es egresada de esta zona hospitalaria, por lo cual cualquier evento que ocurra en este periodo y que sea susceptible de demanda médico legal, definitivamente el anestesiólogo no tendrá el arma más importante para su defensa.

La " presión de producción" y la demanda de servicios de salud a la que el anestesiólogo se ve sometido dificulta la realización de la visita preanestésica y el asentamiento por escrito de los tres documentos médico legales que nos exigen los lineamientos oficiales actuales, sin embargo la magnitud de la importancia en su realización es mucho más relevante, por lo cual se sugiere una meditación profunda de los planteamientos propuesto en el presente estudio.

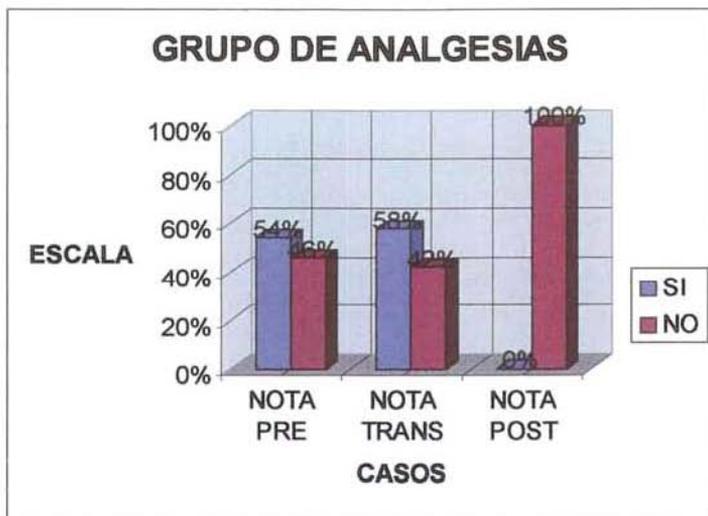
APENDICE GRAFICO



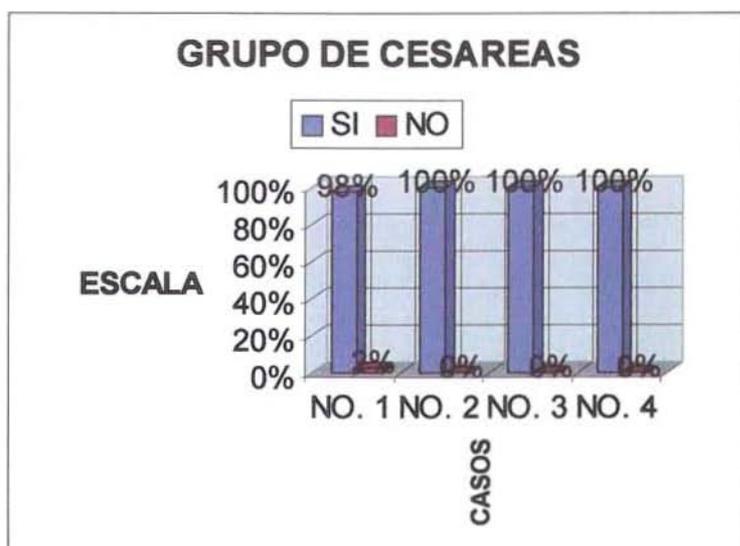
Gráfica 1



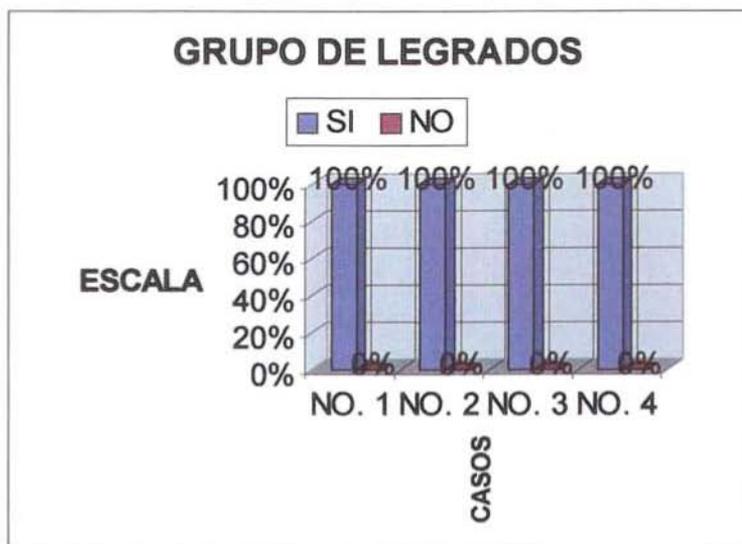
Gráfica 2



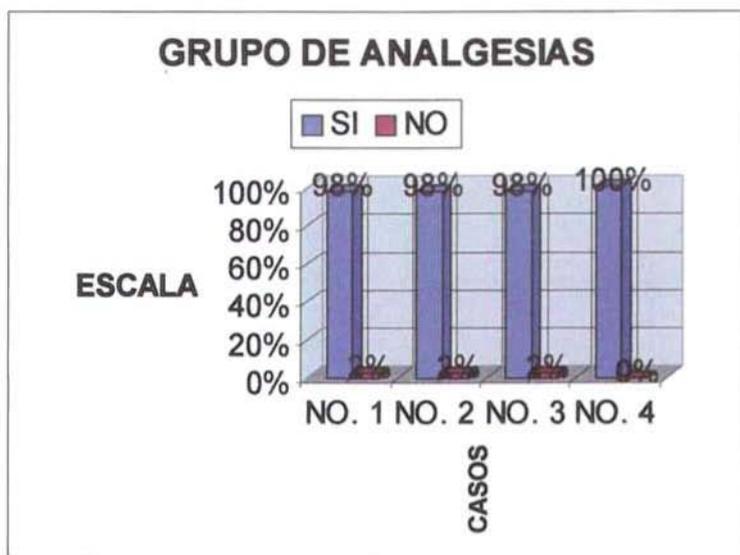
Gráfica 3



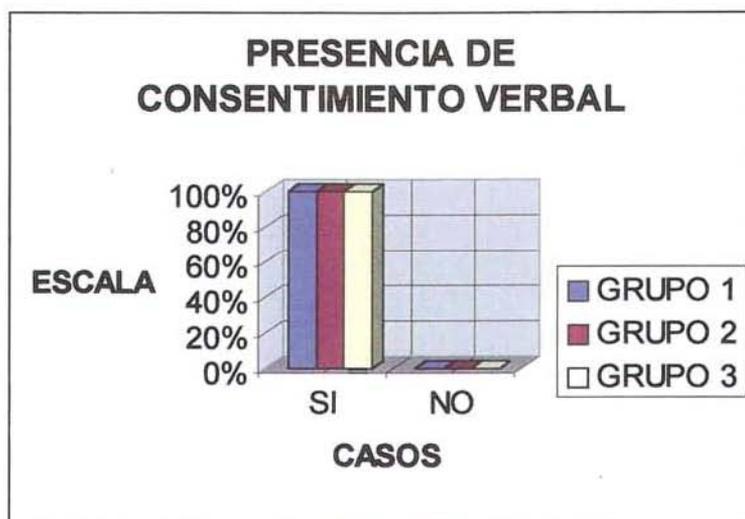
Gráfica 4



Gráfica 5



GRÁFICA 6

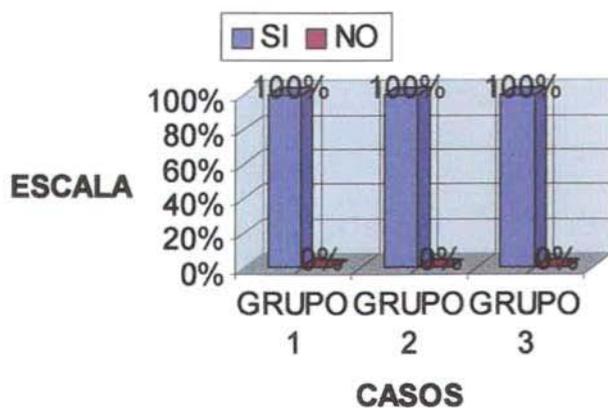


Gráfica 7



Gráfica 8

GRADO DE SATISFACION CON LA TECNICA ANESTESICA



Gráfica 9

BIBLIOGRAFIA

- 1- NORMA Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la practica de la anestesiología publicada en el DIARIO OFICIAL PUBLICADA EL 10 DE ENERO DE 2000
- 2- Vincent J. Collins , ANESTESIOLOGIA Anestesia general y regional; Tercera edición, 1993; vol I, pag 29-34
- 3-Paul G. Barash, et.al; ANESTESIA CLINICA; tercera edición, 1999; vol I, pag 37 - 34
- 4-Eichhorn JH, Cooper JB, Cullen DJ et al: Anesthesia practice standars at harvard: A review. J clin Anesth 1.56, 1988
- 5.- Jonh H. Tinker, G. et,al; Principios y practica de la anestesiología, macGraw-Hill Companies, agosto 1996
- 6.-Saundra E. Curry, Matthew Levine, MacGraw-Hill caompanies;anesthesiology present self-Assessment and review; january 1995
- 7.- Theodore H. Stanley W. Anesthesiology today and Tomorrow; Klumwer academic publishers; January 1985