



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA"
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

TITULO

***LA NOTA DE VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA COMO
INDICADOR DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA***

*TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA*

Presenta:

DRA. JANETTE LORENA PORTILLA RUIZ
*MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO UNIVERSITARIO DE
ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA*

Asesor de Tesis:

Dr. Antonio Castellanos Olivares

Ciudad de México, D.F. a octubre de 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Doctora

LEONOR BARILE FABRIS

Directora de Educación e Investigación en Salud
UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Maestro en Ciencias Médicas

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

Jefe del Servicio de Anestesiología
UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Profesor Titular del Curso Universitario de Especialización en Anestesiología
(Asesor de Tesis)

INDICE

RESUMEN	4
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	5
OBJETIVO	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
CUADROS Y GRÁFICOS.....	

RESUMEN

Objetivo: determinar si la nota prequirúrgica se elabora de acuerdo a la nom del expediente clínico en la umae hospital de especialidades del cmn siglo xxi del imss.

Diseño. encuesta comparativa.

Material y Métodos: previa autorización del comité local de investigación. se realizó la recolección de datos de los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados postanestésicos en el quirófano del hospital de especialidades cmn siglo xxi durante los meses de enero y febrero del 2006. estudiando las hojas de registro de pacientes del servicio de anestesiología en la ucpa. análisis estadístico: los datos obtenidos se expresaran con promedio y desviación estándar, así como medianas y centiles. considerándose como estadísticamente significativo todo valor de p menor a 0.05.

Resultados: Estudiamos 96 casos, 40.6% de ellos no contaban con valoración prequirúrgica Los grupos fueron similares en cuanto a sexo. La edad promedio fue de 44 años para los que si se valoraron y de 49 años para aquellos que no recibieron valoración previa por cirugía. La valoración ASA 2 (25%) predominó en los valorados y ASA 3 (26%) para los no valorados. Los tiempos entre el ingreso del paciente y el inicio de la cirugía 24 minutos para el grupo valorado y 30 minutos para los no valorados. la cirugía tuvo una duración promedio para los pacientes valorados de 152 minutos y para los que no contaban con ella de 223 minutos, 0.014. con una estancia total hasta su salida a la unidad de recuperación de 220 y 299 minutos, p de 0.011 respectivamente. Los servicios que menos pacientes valorados prequirúrgicamente tuvieron fueron neurocirugía con 36% y otorrinolaringología con 15 %.

Conclusiones: En 40.6% de los pacientes que entraron a Quirófano no contaron con la nota de Valoración prequirúrgica: el Servicio de Neurocirugía fue el servicio que más frecuentemente la omitió. Los tiempos de cirugía y de estancia en la sala de Quirófano fueron mayores en el grupo que no cuenta con nota de valoración prequirúrgica.

Palabras clave: *valoración prequirúrgica, calidad, tiempos quirúrgico, estancia*

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El expediente clínico es el documento cuyo objeto es registrar la actividad que se efectúa cuando un médico y un paciente realizan, lo que de manera genérica se ha llamado el "acto médico", incluye las etapas y resultados de su estudio, programas de diagnóstico y tratamiento y su evolución hasta la solución parcial o total de la enfermedad. También se utilizan los términos de historia clínica en España o record médico en los Estados Unidos de Norteamérica. La razón del expediente clínico está en el extraordinario valor que significa para el progreso de la medicina y para el conocimiento de la enfermedad. Si este documento fuese solo un relato, no tendría trascendencia; su importancia reside en la necesidad que tiene el propio médico de establecer un cuerpo de datos y conocimientos que facilite su trabajo y ofrezca un manejo adecuado al paciente. ^{1,2,3,4}

Los primeros relatos fueron simples crónicas de pacientes, no historias clínicas intencionadas para investigar al enfermo. Las primeras historias clínicas propiamente dichas se encuentran en el hábeas hipocraticum, en los libros de epidemias I y III aparecen 42 historias clínicas, son relatos minuciosos y objetivos de lo que Hipócrates observó de procesos morbosos en particular y prácticamente sin alusiones al tratamiento o antecedentes. ^{1,2} Galeno escribió únicamente tipificaciones generales de enfermedades en las que basó su doctrina. Durante la Edad Media se continuaron escribiendo historias, pero sin seguir la forma ni el contenido de las clásicas de la antigüedad, se les conoce con el nombre genérico de concilia o consejo sobre

alguna enfermedad, la colección más antigua es la de Tadeo Albertini del siglo XIII. Durante el Renacimiento Vesalio y sus seguidores transformaron los consilium en observatio al agregar el estudio postmortem, publicando numerosos relatos de autopsia y su correlación con la enfermedad. Sydenham creó el concepto de historia morbi, y tuvo gran influencia en su tiempo. Al centrarse en los signos y síntomas, recomendaba: Hacer una historia de la enfermedad tan gráfica y natural como sea posible. De Boerhaave y Bichat en el siglo XVIII establecieron la división de la historia clínica en cinco capítulos. Durante el siglo XIX la historia clínica tuvo predominio por la exploración física y empiezan a considerarse los datos de laboratorio como signos. Bernard introdujo el proceso fisiopatológico de los síntomas. En el siglo XX y hasta nuestros días el progreso tecnológico, científico, quirúrgico y terapéutico agrega nuevos métodos de exploración clínica, sumando al expediente clínico un gran número de pruebas funcionales y de gabinete, se dice entonces que no son tanto las manifestaciones de la enfermedad lo que importa sino las alteraciones comprobables, y que es necesario investigar mediante recursos de diagnóstico indispensables. Al incluir el interrogatorio, la exploración física, y los datos de laboratorio y gabinete constituye lo que conocemos actualmente como expediente clínico o historia clínica convencional o clásica abierta, dejando de ser con el tiempo un documento debido al trabajo y estudio personalizado de un solo médico pasando a ser en los hospitales actuales un producto de todo un equipo asistencial, su proceso genera una extraordinaria cantidad de datos, y en su elaboración intervienen profesionales y expertos, no solo con finalidades médicas, sino también con miras empresariales y económicas, siendo esto más ostensible en países altamente desarrollados como Estados Unidos y España donde existen

centros universitarios con cátedras de documentación e informática médicas, agregando al punto de vista intrínseco de su creación como practica intelectual médica, el aspecto documental, funcional, de cumplimiento y de uso. ^{1,2,3,4}

El elaborar un expediente clínico, siempre ha sido un principio de ética, desde aquellas historias clínicas hipocráticas hasta las modernas historias clínicas computarizadas. ⁴ El expediente clínico es el documento médico-legal en donde se registra toda la relación del personal sanitario con el paciente, de aquí la importancia que este sea normado en su estructura y lógica, de forma tal que resulte en su fácil cumplimiento y uso. ^{2,4,5,6}

En 1992 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la ley federal sobre metrología y normalización, dando lugar a las Normas Oficiales Mexicanas en sustitución de las normas técnicas. El 30 de Noviembre de 1999 y posterior a una amplia consulta nacional de instituciones y particulares, se publica en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana (NOM) del Expediente Clínico. ^{5,6}

A semejanza de las reglamentaciones internacionales su finalidad es establecer los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico, siendo de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para todos los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado. ^{3,4,5,6}

En las generalidades se establecen las obligaciones de los prestadores médicos, los datos generales que deben contener los expedientes clínicos, su confidencialidad y buen uso de los mismos. 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. Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se toman en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico. Los profesionales de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del paciente, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que los presten. Solamente se puede dar a conocer a terceros mediante orden de autoridad judicial, órganos de procuración de justicia, autoridades sanitarias o a CONAMED para arbitraje médico.^{5,6}

La NOM define al Expediente Clínico, como el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. Las notas médicas y reportes a que se refiere la NOM deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo, fecha, hora, nombre completo, así como la firma del médico tratante que la elabora.^{5,6}

Las notas de cirugía serán de tres ordenes: prequirúrgica, operatoria y postoperatoria. La nota prequirúrgica, Es aquella en la que el cirujano que va a intervenir al paciente hace consideraciones sobre los datos clínicos, los

análisis y estudios de gabinete y en particular, acerca del diagnóstico, la indicación quirúrgica, el tipo de operación por efectuar, la apreciación pronóstica, los cuidados preoperatorios y el riesgo quirúrgico. La calidad de los datos que se anoten incluyendo la definición y selección del diagnóstico principal, complicaciones y comorbilidad relevantes durante la estancia hospitalaria, son responsabilidad del cirujano.^{2,4,5,6}

A pesar de la importancia de contar con un expediente clínico en la práctica diaria del médico existe un manejo deficiente del mismo, Además la presión asistencial que existe hoy en día lleva a los médicos a jerarquizar su tiempo, dando más importancia a la asistencia médica que a la documentación que genera. Habitualmente lo elabora el miembro del equipo médico de nivel inferior en la escala jerárquica del proceso de atención médica; generalmente no se revisa, poco se discute, no se actualiza y ocasionalmente sirve para la toma de decisiones, por lo que habrá que redimensionar su significado como instrumento de trabajo.^{1,2,3,4,5}

Estudios sobre el cumplimiento de la normatividad del expediente en medios hospitalarios de la ciudad de México, han demostrado que éste está mal integrado y presenta muchas omisiones, encontrándose expedientes completos en menos de 30% y un grado de omisión de hasta 75% para apartados como las notas prequirúrgica y preanestésica.

El informe anual de labores 2004 de la CONAMED confirma los datos anteriores, solamente 40% presentan expediente clínico completo y en 25.5% no se cuenta con éste. Ocupando la atención quirúrgica 38 % de los casos reclamados y 56% de casos de mala práctica.^{7,8,10}

Una de las tareas fundamentales del proceso de atención de quejas médicas, es la revisión documental del expediente clínico. En el se debe plasmar toda la información clínica recabada del paciente, debe ser congruente y coherente con la situación del enfermo y especificar las medidas aplicadas conforme a la *lex artis* y la normatividad sanitaria aplicable. A medida que los médicos documenten y cumplan la normativa, mayores elementos y de mejor calidad se tendrán para evaluar el acto médico reclamado.¹³

Para el médico es un instrumento de indiscutible valor, las acciones que no se sustentan en el expediente, omiten datos importantes para propiciar la salud. Tan importante es recabar la información como dejarla por escrito en el expediente, no puede ser solo un papel más en la burocracia institucional, ni un mero trámite administrativo. La elaboración adecuada de un buen expediente clínico, es demostrativa de los altos niveles de excelencia alcanzados en la práctica por una institución y su personal.^{1,2,3,4}

Desde los primeros intentos realizados en nuestro país para conocer la calidad con que se otorga la atención médica, el expediente clínico ha sido un instrumento fundamental. Hay publicaciones con carácter normativo al respecto en las diferentes instituciones del sector salud. En el IMSS el médico dispone de la evaluación del expediente como medio de apoyo para su avance profesional y como procedimiento para determinar la calidad de su trabajo; se realiza de acuerdo con un formato que tiene la finalidad de ordenar la discusión de las distintas secciones del expediente, aplicando la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998.^{5,10,11,12}

Es un documento que debe contener información completa y ordenada, que permita a quien la consulte, la toma de decisiones médicas, el análisis con fines de evaluación a través de los subcomités médicos o determinar la calidad con que se está otorgando la atención médica.^{10,11,12}

La revisión de expedientes clínicos para la realización de trabajos de investigación representa un apoyo indispensable y requiere de una base de datos completa y veraz, fincada en la calidad de la información que proporciona. El expediente recoge las aplicaciones de la ciencia y de la tecnología a la solución de los problemas de salud de cada enfermo. Esta aplicación diaria de conocimientos y habilidades constituye una fuente de enseñanza inapreciable.^{1,2,3,4,5}

JUSTIFICACIÓN

El profesional de la salud suele ser exageradamente responsable y tiende a sentir la necesidad de excelencia y perfección en cada uno de sus actos, por esto resulta factible el suponer que el llenado y manejo del expediente clínico y en particular la nota prequirúrgica sean llevados en forma correcta, lo cual reflejará una calidad de atención satisfactoria.

Las repercusiones en el ámbito laboral y en el paciente por un manejo deficiente del expediente clínico hacen importante la realización de este estudio en el Hospital de Especialidades con la finalidad de evaluar la calidad de atención quirúrgica que se otorga.

OBJETIVOS

Determinar si la nota prequirúrgica se elabora de acuerdo a la NOM del expediente clínico en la UMAE Hospital de Especialidades del CMN SIGLO XXI del IMSS.

Determinar el impacto de la no realización de la nota de valoración prequirúrgica sobre los tiempos de estancia del paciente en quirófano.

MATERIAL Y MÉTODOS:

I.- Diseño del estudio: Encuesta comparativa

2.- Universo de Trabajo

Los expedientes clínicos de los pacientes programados para cirugía electiva en la UMAE Hospital de Especialidades del CMN SIGLO XXI.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

Expedientes clínicos de los pacientes programados para cirugía electiva en el Hospital de Especialidades del CMN SIGLO XXI.

Criterios de Exclusión:

Expedientes clínicos de los pacientes programados para cirugía de urgencia o ambulatoria en el Hospital de Especialidades del CMN SIGLO XXI.

Criterios de eliminación: pacientes con formatos de encuesta llenados de manera incompleta.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN LA METODOLOGÍA:

Variable Dependiente: Nota prequirúrgica:

Definición Conceptual: Es el apartado del expediente clínico en el que el cirujano que va a intervenir al paciente hace consideraciones sobre los datos clínicos, los análisis y estudios de gabinete y, en particular, acerca del

diagnóstico, la indicación quirúrgica, el tipo de operación por efectuar, la apreciación pronóstica, el riesgo quirúrgico y los cuidados preoperatorios.

^{1,2,3,4,5,6} Definición Operacional: Se recabarán los datos de la nota prequirúrgica de los pacientes programados para cirugía, de acuerdo a:

Contenido general de la nota
Fecha de elaboración
Hora de elaboración
Nombre del Cirujano tratante
Firma del Cirujano tratante
Lenguaje técnico-médico
Abreviaturas
Enmendaduras y tachaduras
Apartado 2
Contenido específico de la nota prequirúrgica
Fecha de cirugía
Diagnóstico
Plan quirúrgico
Tipo de intervención
Riesgo quirúrgico
Cuidados y plan terapéutico preoperatorio
Pronóstico

Variable Independiente: Servicios con especialidad quirúrgica: Gastrocirugía, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía de Colon y Recto, Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía, Angiología, Urología, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica y Reconstructiva

Variable dependiente: Nota de Valoración Pre-quirúrgica, Tiempo quirúrgico, Tiempo de estancia en sala

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se efectuó un análisis exploratorio con cada una de las variables del estudio, a fin de identificar su distribución y sus valores extremos. De acuerdo con la naturaleza de las variables y de su distribución (Gaussiana o no) se elaboraron tablas y gráficos con medidas de tendencia central y de dispersión (promedio y desviación estándar) o proporciones. La contrastación de las diferencias entre los grupos, con relación al tiempo quirúrgico y tiempo de estancia en sala se realizó mediante una prueba para comparación de promedios entre muestras independientes, considerando estadísticamente significativo un valor de p menor a 0.05

PROCEDIMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Después de contar con la aprobación del proyecto por parte del Comité Local de Investigación del hospital se inició la fase de recolección de datos mediante el formato de encuesta para la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes programados para cirugía electiva, evaluando la nota prequirúrgica y los tiempos anestésico quirúrgicos y tiempo de estancia en sala de Quirófano.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto se ajusta a las normas que dicta la Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki, ya que se sometió a la Consideración del Comité Local de Investigación del Hospital para contar con su autorización.

RESULTADOS

De los 96 casos analizados 39 no contaban con valoración prequirúrgica, lo cual equivale al 40.6%. Los grupos fueron similares en cuanto a sexo. La edad promedio fue de 44 años para los que si se valoraron y de 49 años para aquellos que no recibieron valoración previa por cirugía. Con un peso promedio de 69 kg para los valorados y 73 kg para los no valorados (ver cuadro 1). De acuerdo a la valoración del ASA que se otorgó, en los pacientes si valorados la mayoría entró en el grupo 2 con 25% muy cercano a los de ASA 3 con 24%, y en los no valorados en el grupo ASA 3 con 26% (ver gráfica 1).

En cuanto a los tiempos quirúrgico-anestésicos, con valores promedio, ni un solo minuto se registró para ambos grupos desde su ingreso a la sala quirúrgica hasta el inicio de la anestesia. En relación a la inducción se tomaron 19 minutos para el grupo valorado y 17 minutos para los no valorados. Con un lapso entre el ingreso del paciente y el inicio de la cirugía de 24 minutos para el grupo valorado y de 30 minutos para los no valorados; y del inicio de la anestesia al inicio de la cirugía de 15 y 17 min. respectivamente. La cirugía tuvo una duración promedio para los pacientes valorados de 152 minutos y para los que no contaban con ella de 223 minutos,

con una estancia total hasta su salida a la unidad de recuperación de 220 y 299 minutos, respectivamente. Se registraron nueve minutos en promedio de tiempo de salida del quirófano a la UCPA para los pacientes valorados a diferencia de los 12 minutos que se reportaron para los no valorados. (ver gráficas 2,9)

Los servicios que más pacientes valorados prequirúrgicamente tuvieron fueron Gastrocirugía con 23% y Urología con 18%, siendo los menos valorados los del servicio de Neurocirugía con 36% y Otorrinolaringología con 15 %. (ver gráfica 3)

La mayoría de las cirugías fueron electivas en 93.8%, realizándose valoración prequirúrgica en 91.2% de los pacientes, sólo 1% fueron urgentes en el grupo de casos no valorados.

En cuanto al tipo de anestesia, los pacientes fueron manejados con anestesia general balanceada (AGB) en 92%, el resto con anestesia general endovenosa o AGE en 2% y con bloqueo peridural (BPD) en 6 %. Los pacientes manejados con AGB tuvieron 92 % de pacientes sin valoración, los que recibieron BPD 5% y los de AGE 3%.

También es importante mencionar el tipo de agente halogenado que se

manejó, reportándose en mayor porcentaje el sevoflurano con 27 % dentro del grupo de no valorados prequirúrgicamente y en 48% en los que si se valoraron. El inductor más utilizado fue el propofol (sin valoración prequirúrgica 40% y con ella 57%) en relación al etomidato (1% para los dos grupos); al igual que el vecuronio (sin valoración 33.3%, con valoración 50.6%) sobre el cisatracurio y el rocuronio, destacando la presencia del rocuronio solo en el grupo no valorado con 1.1% (Ver cuadro 2). De todos los pacientes únicamente el 3.4 % se antagonizaron.

Los analgésicos utilizados fueron de tipo AINE, siendo el metamizol con 18%, en el grupo que no contaba con valoración prequirúrgica, ketorolaco 15.1% y butiliosina 1.4%; y para el grupo valorado 38.4%, 26% y 1.4% respectivamente. Se registraron también los valores de los resultados de exámenes de laboratorio prequirúrgicos con un promedio de hemoglobina de 12 mg/dl para los que no fueron valorados y 13 para los que se valoraron; el valor de plaquetas fue similar con 259 000 y 241 000 respectivamente por grupo y glucosa 104 y 102 con la misma relación.

La frecuencia cardiaca de ingreso fue en promedio de 78 latidos por minuto (lpm) para el grupo que no recibió valoración prequirúrgica y de 77 para el grupo valorado; frecuencia respiratoria de 17 respiraciones por minuto (rpm)

en promedio para ambos grupos al ingreso a sala, al igual que la saturación de oxígeno de 94% para los dos grupos; para el grupo no valorado la tensión arterial (en mmHg) sistólica fue de 139, la diastólica de 81 y para el grupo valorado fue de 130 y 80 respectivamente. (Ver gráfica 4,5,6,7,8)

Al egreso los pacientes registraron las siguientes variables: para el grupo no valorado tuvimos una frecuencia respiratoria de 16, frecuencia cardiaca de 80, TAS de 125 y TAD de 72, saturando al 97%; y para el grupo valorado prequirúrgicamente se registraron así: frecuencia respiratoria de 18, frecuencia cardiaca de 82, TAS de 124 y TAD de 78, saturando al 97%. Ambos grupos fueron egresados a la Unidad de Cuidados Posanestésicos (UCPA) con un Aldrete promedio de 8 puntos. (Ver gráficas 4,5,6,7,8)

DISCUSIÓN

Se encontró una frecuencia alta de pacientes que no contaban con una valoración prequirúrgica, el 40.6% de todos los pacientes estudiados, lo cual se encuentra dentro de los informes de otros estudios en este ámbito, en donde se ha reportado hasta el 75% de omisión. (7,8,10,17). Esto se sucede a pesar de que el porcentaje de cirugías urgentes fue bajo (6.3%) lo cual podría en alguna instancia hacer comprender, que no justificar, la falta de valoración preoperatoria. Resaltando aquí la deficiencia de este requisito establecido en la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998 del expediente clínico, por parte del servicio de neurocirugía, el cual obtuvo el más alto porcentaje de déficit.

El tipo de pacientes se encuentra en su mayoría en un estado físico de la American Society of Anesthesiologist 2 y 3, lo cual se encuentra en relación al tipo de anestesia que se les proporcionó más frecuentemente, la AGB, pues estos tienen una enfermedad sistémica que puede limitar su función.(16)

Los anestésicos utilizados con mayor porcentaje son aquellos que

proporcionan mayor estabilidad hemodinámica en los pacientes, sin embargo resalta la presencia de rocuronio solo en el grupo de pacientes no valorados prequirúrgicamente, y porqué, pues este está indicado en casos de intubación de secuencia rápida, y tal vez, esta condición desfavorable no fue prevista o evitada a falta de valoración previa. (16)

En cuanto a los resultados de exámenes de laboratorio en el tiempo prequirúrgico no tuvieron relevancia estadística. Tampoco las variables de registro cardiovascular y respiratorio: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, tuvieron diferencia estadística, para los grupos estudiados.

Sin embargo tuvimos diferencia estadística con una probabilidad menor de 0.05 en relación a los tiempos de atención anestésicos y quirúrgicos: con una duración quirúrgica mayor para el grupo no valorado con un p de 0.014 y una estancia total con una p de 0.011. A pesar de que en los tiempos entre el ingreso, el inicio de la anestesia y el inicio de la cirugía el valor de p no resultó significativo, si se encontraron valores promedio mayores para el grupo no valorado, al igual que en el tiempo de salida a la UCPA.

Este estudio como tal no tiene precedentes, solo han sido reportadas las deficiencias en la elaboración de los expedientes clínicos, arma importante en el ejercicio médico, resaltando que pesar de su utilidad en la practica diaria, la presión asistencial que existe hoy en día lleva a los médicos a jerarquizar su tiempo dando más importancia a la labor asistencial que a la documentación que genera. (1,3,4,14)

Hemos visto como es prioritaria la necesidad de que el paciente sea evaluado en forma integral por el grupo médico, que incluye obviamente al cirujano (15) y de que de no realizarse, puede tener repercusiones durante la cirugía con mayor dificultad para su abordaje como se demostró con tiempos quirúrgicos más prolongados, y tal vez mayor cantidad de complicaciones, que también se reflejaría en lo que reportamos como mayor estancia en el servicio de sala quirúrgica más UCPA. Todo esto genera mayor morbimortalidad y además gasto de recursos e insumos, que fácilmente se podría prevenir con una visita prequirúrgica bien elaborada, y además asentarlo correctamente en el expediente clínico para llevar orden en la atención a los pacientes y este sirva como el documento médico legal que constituye.

CONCLUSIONES

En 40.6% de los pacientes que entraron a Quirófano no contaron con la nota de Valoración prequirúrgica: el Servicio de Neurocirugía fue el servicio que más frecuentemente la omitió.

Los tiempos de cirugía y de estancia en la sala de Quirófano fueron mayores en el grupo que no cuenta con nota de valoración prequirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Somolinos PJ, Jinich H, Campillo SC, Varela RC, Sánchez ML. El expediente clínico y su importancia en la asistencia y educación médicas. *Gaceta médica de México* 1980; 116(11): 477-491.
2. Estudio analítico del expediente clínico. División de estudios superiores de la Facultad de Medicina. UNAM. México. 1977.
3. Huffman EK. *Medical record management*. Ninth edition. Physicians record company 1990. Berwyn, Illinois, United States of America.
4. Tejero AM. *Documentación clínica y archivo*. Primera edición. Ediciones Díaz De Santos, S.A. 2004. Madrid, España.
5. Hernández OJL. Consideraciones sobre la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. *Arch Med Fam* 2001; 3(3): 89-93.
6. Norma Oficial Mexicana NOM- 168-SSA1-1998. del expediente clínico. Subsecretaria de regulación y fomento sanitario. Secretaria de Salud. Diario oficial de la federación, 30 de septiembre de 1999.
7. Fernández VMH. La conveniencia de la norma en la calidad del expediente clínico. *Rev CONAMED* 1997; 5:9-14.
8. García Vigil JL, García Mangas JA. La historia clínica, instrumento del trabajo médico. *Rev Med IMSS* 1999, 37(3):169-174.
9. López SA. Evaluación de la calidad de la atención médica por medio del expediente clínico y la satisfacción del usuario en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Arch med fam* 2002; 4(2): 56-62.

10. El expediente clínico en la atención médica. Subdirección General Médica, IMSS. México. 1973.
11. SUBCOMITE DE EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO, EN: Manual para médicos residentes 2000. Hospital de Especialidades "DR BERNARDO SEPULVEDA G." CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI".
12. Suárez NJF. Evaluación de la calidad de la atención médica a través del expediente clínico. Tesis de postgrado en medicina interna, Facultad de Medicina. UNAM. México. 2000.
13. Informe anual de labores, Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. 2004.
14. Alvarez Bravo A. Elementos y funciones del expediente clínico. En: Taller sobre el Estudio analítico del expediente clínico. División de estudios superiores de la facultad de medicina. UNAM. 1977. p.21-35.
15. Bracudi RJ. Anauch D. Baudino P. Evaluación preoperatorio cardiovascular en pacientes sometidos a cirugía no cardiaca. Rev Fed Arg Cardiol 2001; 30: 325-333.
16. Morgan Edward. Anestesiología Clínica. Ed. Manual Moderno. 3ª edición 2004.
17. Rivapalacio-Chiang Sam IL. Evaluación de la calidad de la atención médica por medio del expediente clínico y la satisfacción del usuario en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. Arch Med Fam 2002;4: 56-62.

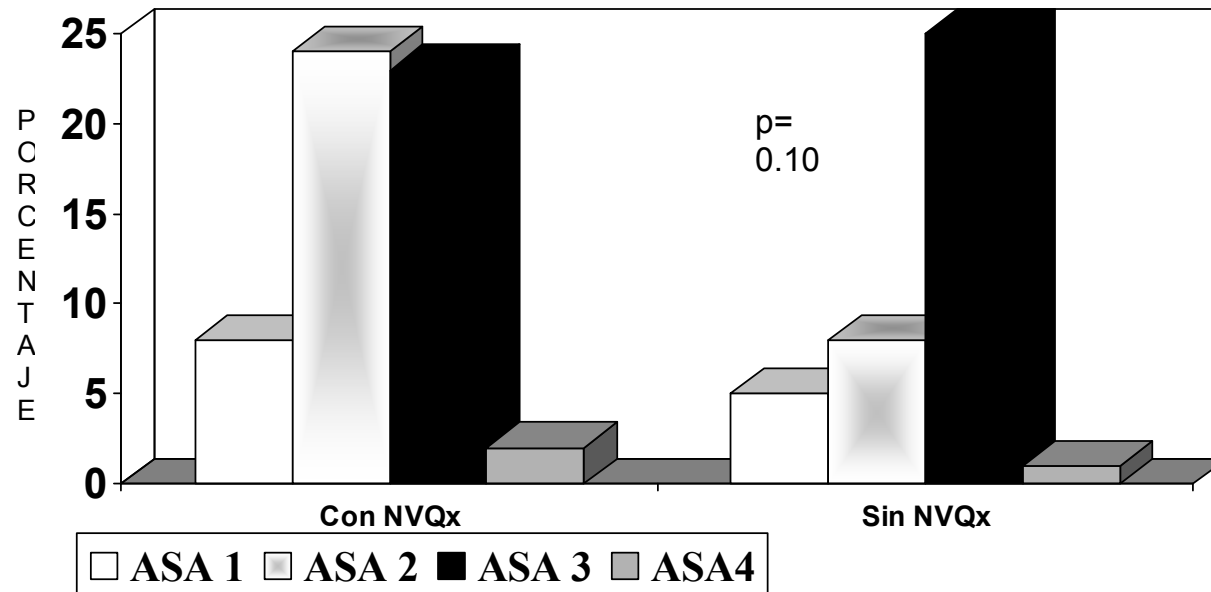
CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

	Grupo Con NVQx	Grupo Sin NVQx	p
No. SUJETOS	57	39	NS
EDAD (AÑOS)	44.92 ± 14.9	49.53±16.4	0.15
FEM./MASC.%	51/49	51/49	0.71
PESO (Kg)	69.96±13.30	73.28±18.00	0.31

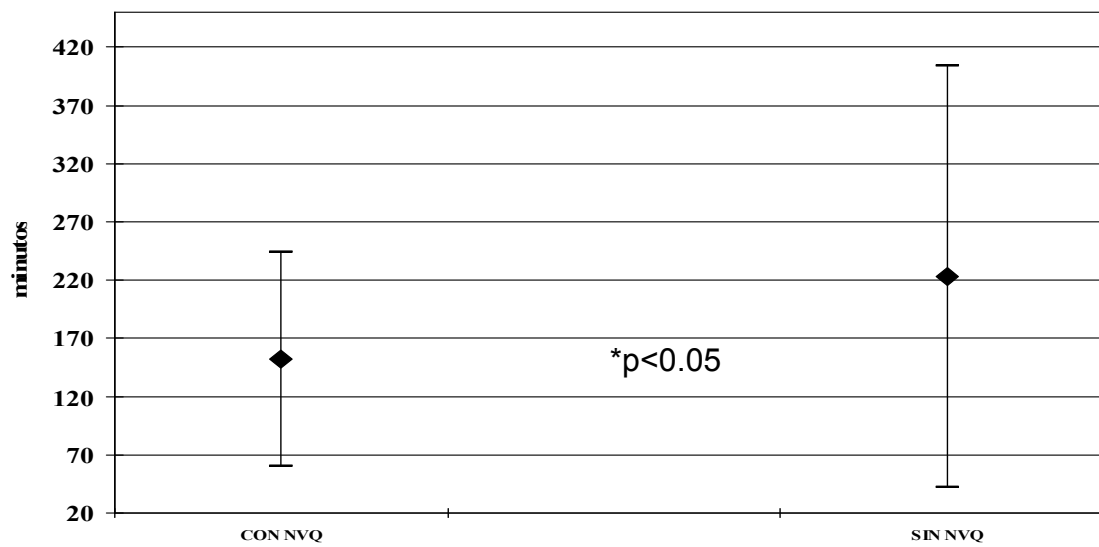
CUADRO 2. MÉTODO ANESTÉSICO

	CON NVQx	SIN NVQx
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA	91.2%	92.3%
BLOQUEO PERIDURAL	7%	5.1%
ANESTESIA GENERAL ENDOVENOSA	1.8%	2.6%
SEVOFLURANO	47.7%	27.3%
ISOFLURANO	11.4%	13.6%
PROPOFOL	57.3%	40.4%
ETOMIDATO	1.1%	1.1%
VECURONIO	50.6%	33.3%
CISATRACURIO	8%	6.9%
ROCURONIO	0%	1.1%

ESTADO FÍSICO SEGÚN LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIÓLOGOS

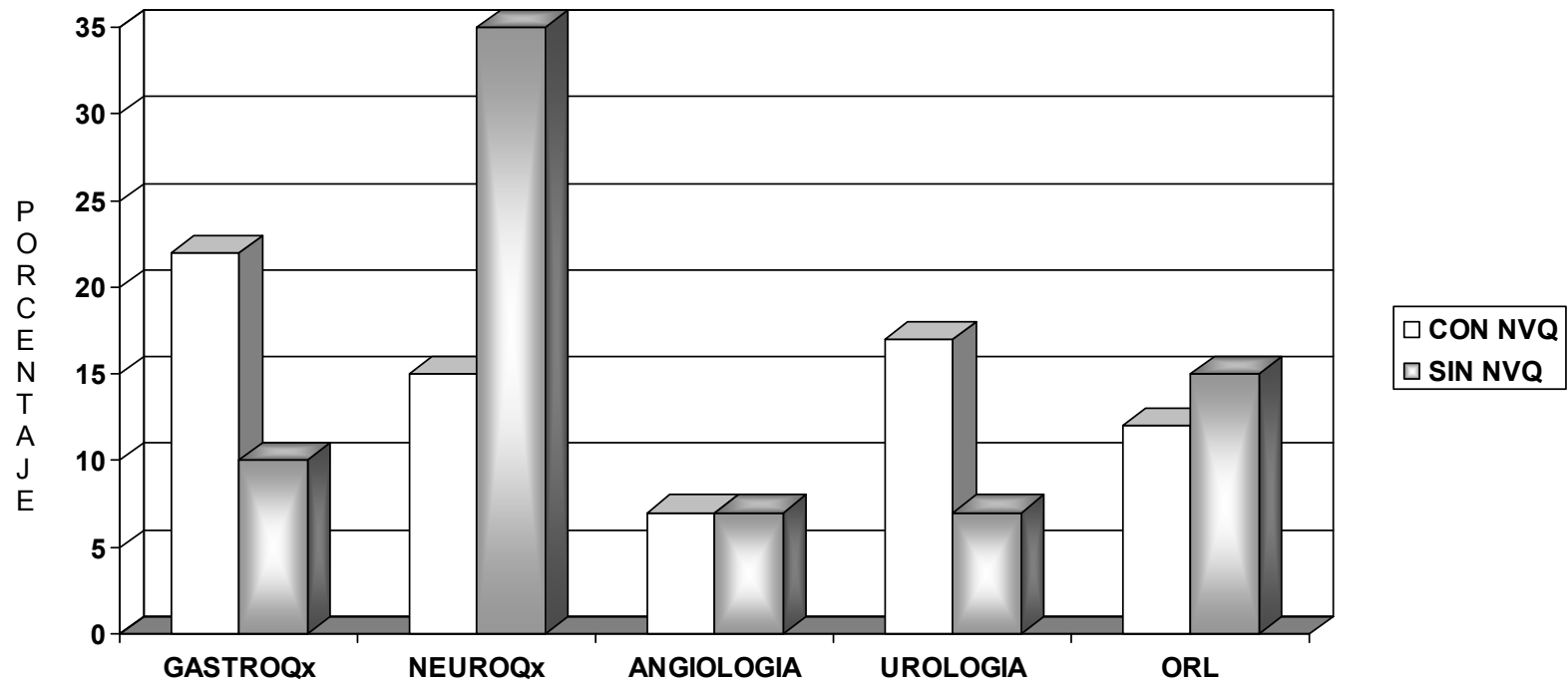


Gráfica 1

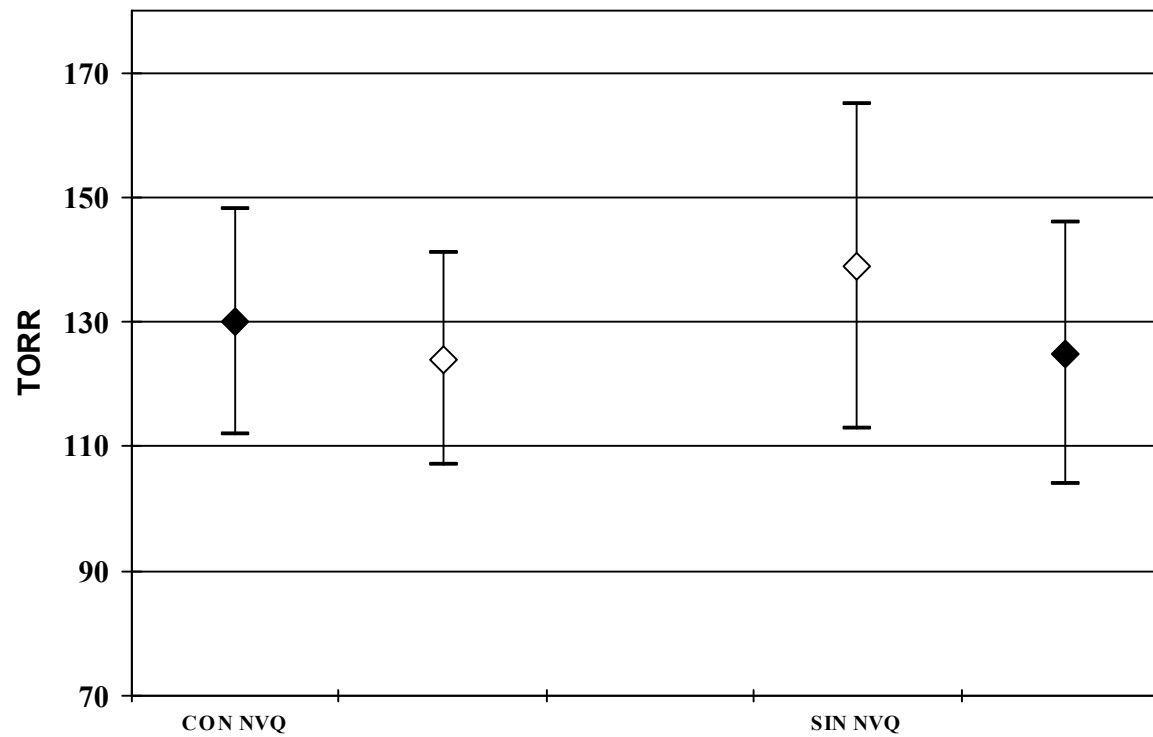


Gráfica 2. Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar de la Duración quirúrgica en minutos

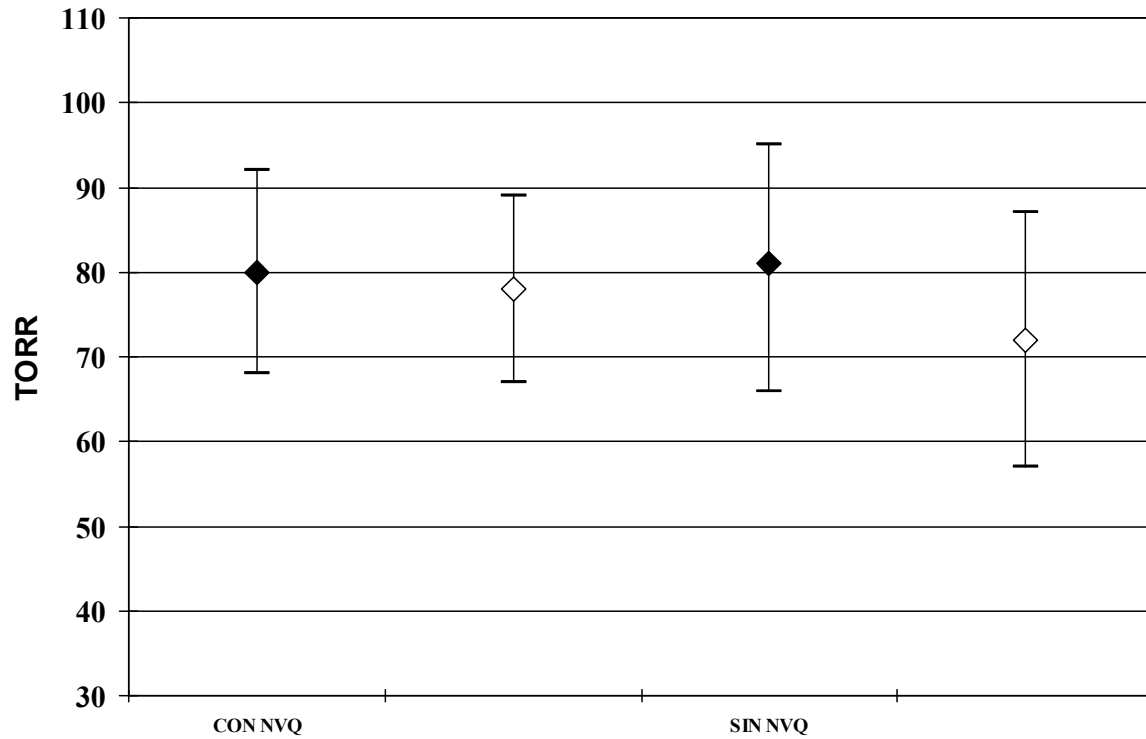
DISTRIBUCIÓN POR SERVICIOS



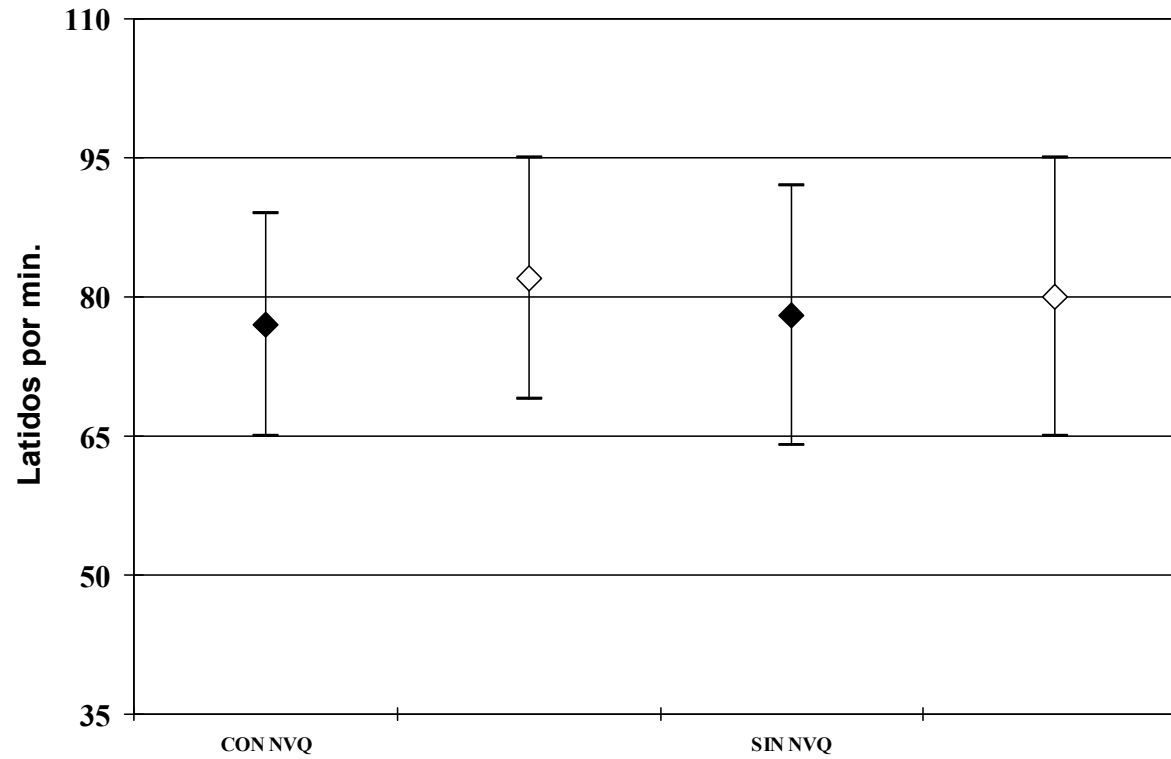
Gráfica 3



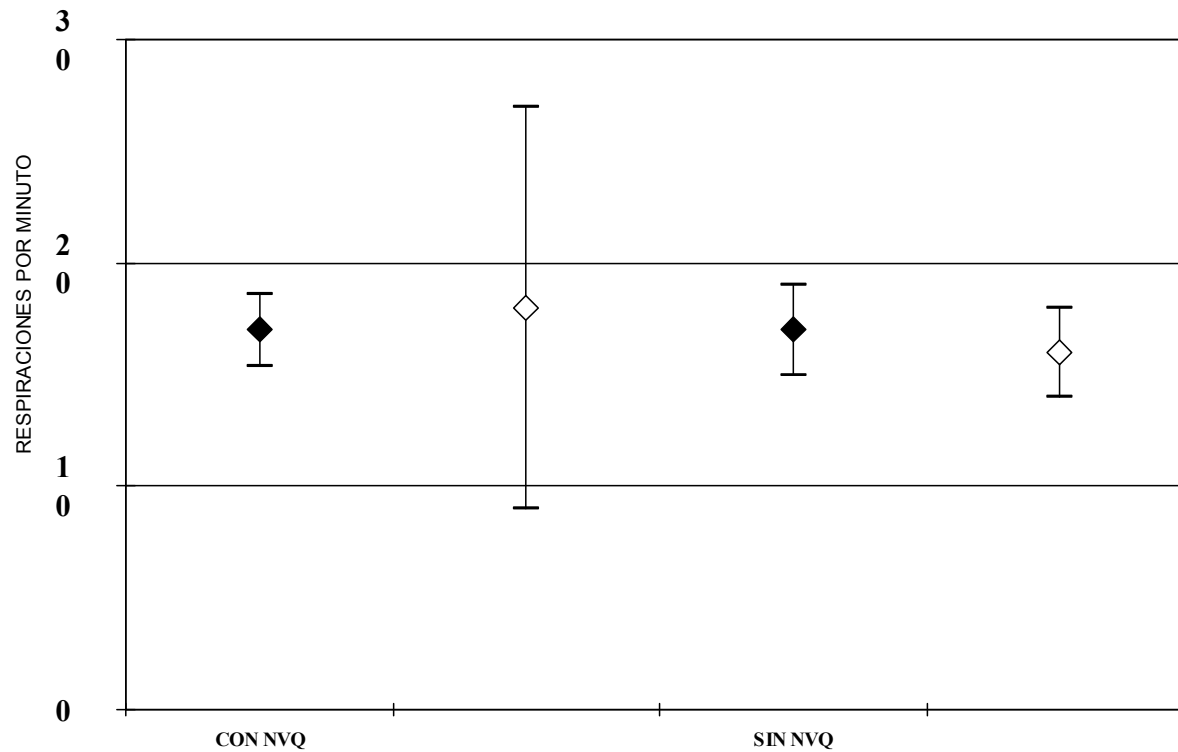
Gráfica 4. Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar de la presión arterial sistólica en mmhg. los círculos negros corresponden al estado basal y los blancos al final



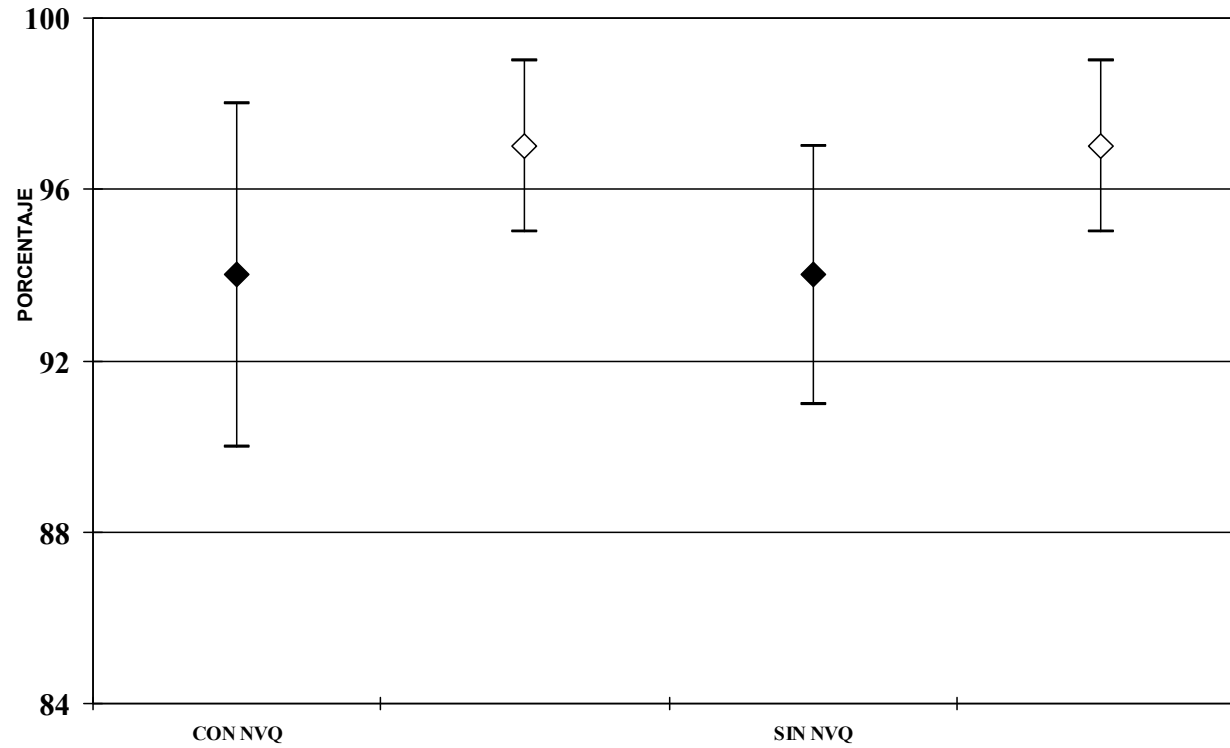
Gráfica 5. Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar de la presión arterial diastólica, en mmHg. Los círculos negros corresponden al estado basal y los blancos al final.



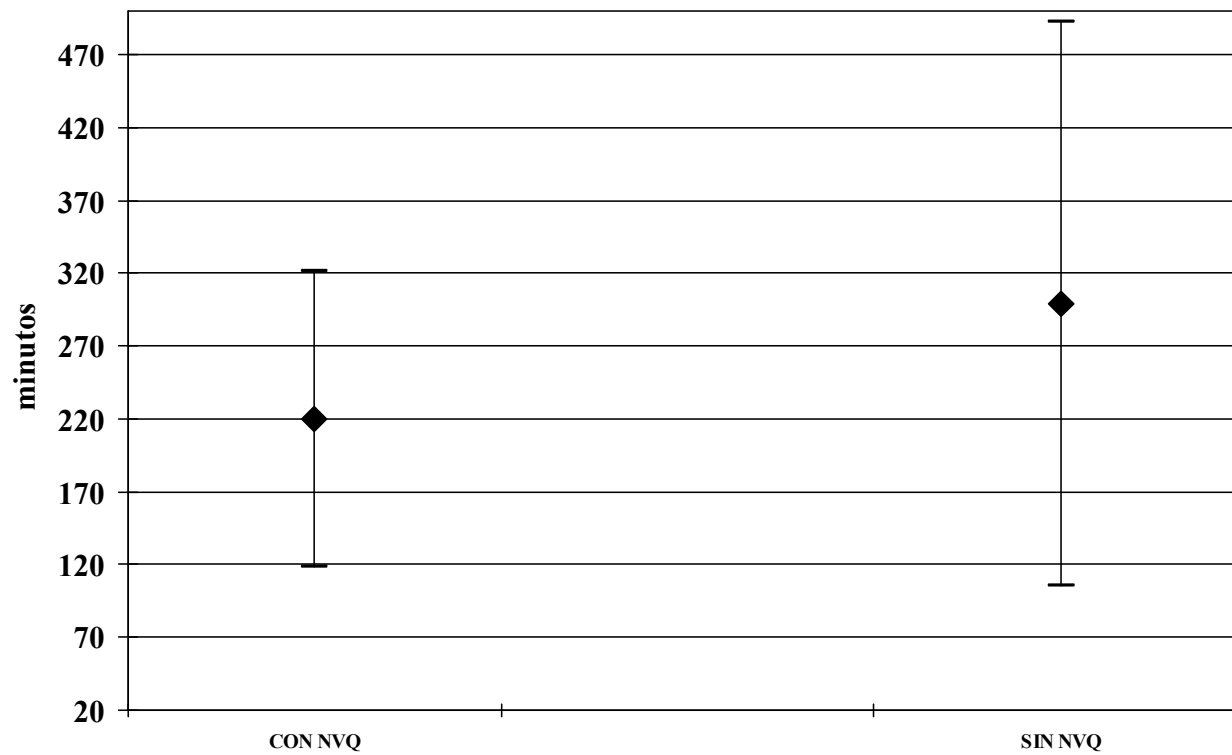
Gráfica 6. Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar de la frecuencia cardíaca, en latidos por minuto. Los círculos negros corresponden al estado basal y los blancos al final.



Gráfica 7. Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar de la frecuencia respiratoria, en respiraciones por minuto. Los círculos negros corresponden al estado basal y los blancos al final.



Gráfica 8. Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar de la saturación de oxígeno, en porcentaje. Los círculos negros corresponden al estado basal y los blancos al final.



Gráfica 9. Representa el valor expresado en promedio \pm desviación estándar de la Estancia Total en Sala de Quirófano