



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“ DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIERREZ “
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TÍTULO:

“Grado de conocimiento que tiene el paciente de su padecimiento en el momento de la Valoración preoperatoria”

AUTORES:

Asesores

Dra Elsa Aburto Mejía
Médico de Base Medicina Interna

Residente

Dr. Diego Rodrigo Flores Flores
Residente de cuarto año de Medicina Interna

SERVICIO:

Medicina Interna Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Agosto de 2012



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.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Antecedentes.....	4
• La valoración preoperatoria	4
• La importancia de un paciente informado y la comunicación.....	5
• El derecho a la información. Aspectos psicológicos, legales y éticos	6
• Cómo mejorar la comunicación con el paciente y obtener pacientes informados.....	11
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivo.....	14
Material y métodos.....	15
Resultados.....	21
Análisis.....	42
Conclusiones.....	44
Bibliografía	46
Anexos.....	48

Agradecimientos

“Hay quienes creen que el destino descansa en las rodillas de los Dioses, pero la verdad es que trabaja como un desafío candente sobre la conciencia de los hombres”

Eduardo Galeano

A mis padres, hermanos, familia y amigos por apoyarme incondicionalmente en cada uno de los aspectos de mi vida.

A mis maestros, que han marcado con su ejemplo y dedicación el rumbo de mi vida académica, en especial a los doctores Camacho, Gutiérrez, Kershenobich y Nellen, por los que siento una profunda admiración y respeto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por toda la formación que me ha dado.

Al servicio de Medicina Interna del Centro Médico Nacional Siglo XXI, donde disfruté cada segundo de mi residencia y me enamoré de la Medicina Interna por su increíble y destacado personal. Gracias a todos mis profesores del posgrado: Dra. Aburto, asesora de esta tesis, Dr. Ayala, Dra. Chong, Dra. Galván, Dr. Flores, Dr. Laredo, Dr. Malagón y Dr. Nellen. Todos dejaron una huella indeleble en mí, muy a su manera.

A mis Residentes de mayor jerarquía, quienes a partir de su exigencia, academia y amistad forjaron mi camino, en especial a los que estuvieron siempre presionándome y a los más cercanos a mí: Valente, Joaquín, Carolina, Alfredo, Eduardo y Alexandro.

A mis compañeros de Residencia, por sus enseñanzas, reflexiones, bromas y cariño, que hicieron un ambiente agradable y propicio para el conocimiento y la amistad.

A mis Residentes de menor jerarquía, internos y estudiantes que soportaron mis pases de visita a las 3 de la mañana, mis obsesiones, compulsiones y en algunas noches hasta confesiones.

A los pacientes, motivo de nuestra formación y de quienes he aprendido mucho con cada caso.

1 Resumen

El propósito de la valoración perioperatoria es la identificación de patologías asintomáticas o sintomáticas que requieran un tratamiento prequirúrgico o un cambio en el manejo anestésico o quirúrgico con el propósito de reducir las complicaciones perioperatorias, con conocimiento del paciente. Para poder realizarla de una manera adecuada es necesario tener en cuenta la Historia clínica completa del paciente así como todos los medicamentos que actualmente tome. Es primordial que el paciente esté informado acerca de las patologías de base con las que cuenta así como del procedimiento quirúrgico que se le va a realizar. Un paciente informado es de vital importancia debido a que el apego terapéutico es mayor, se reduce significativamente la ansiedad y por lo tanto el pronóstico es mejor. El presente estudio pretende valorar la cantidad y calidad de la información con la que cuenta el paciente al momento de acudir a la valoración en el servicio de Medicina Interna del CMN Siglo XXI tanto en el servicio de Valoración preoperatoria, interconsultas o durante las guardias. El cuestionario evalúa la información con la que cuenta el paciente y se engloba en los siguientes puntos principales: Información acerca de la valoración preoperatoria, de su diagnóstico, del procedimiento quirúrgico que se le pretende realizar, de los riesgos, información acerca del nombre del cirujano, de los medicamentos y padecimientos con los que cuenta el paciente así como la escala de ansiedad de Hamilton y su relación con el grado de información que posee el paciente.

2 Antecedentes

La valoración preoperatoria

La valoración preoperatoria es el protocolo de estudio que permite establecer el estado físico y la Historia médica que conlleva al establecimiento de un plan pre, trans y postoperatorio con fines de reducir las complicaciones de un evento quirúrgico, el cual debe ser llevado a cabo por el equipo multidisciplinario relacionado al evento quirúrgico.

El médico internista debe evaluar perioperatoriamente a los pacientes sanos a partir de los 40 años y en menores de 40 años cuando exista comorbilidad.

La valoración preoperatoria incluye una Historia clínica completa tomando los siguientes puntos:

- Indicación del procedimiento quirúrgico
- Urgencia de la cirugía
- Alergias e intolerancia a medicamentos, anestésicos u otros agentes especificando el tipo de reacción
- Enfermedades patológicas personales
- Antecedentes quirúrgicos o traumáticos
- Uso de medicamentos o suplementos nutricionales
- Factores de riesgo asociados a complicaciones quirúrgicas (tabaquismo, Diabetes, Obesidad, desnutrición, enfermedades crónicas)
- Enfocar los procedimientos anestésicos de acuerdo a cada paciente
- Antecedentes de alteraciones cardíacas, respiratorias, hemostáticas personales o hereditarios
- Posibilidades de anemia crónica o de embarazo
- Posibilidades de antecedentes de complicaciones personales o heredo-familiares anestésicos
- Historia de adicciones

El servicio de Medicina Interna realiza diariamente las valoraciones preoperatorias de los pacientes quirúrgicos del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI a través de 2 servicios: Por las mañanas en el servicio de Valoración preoperatoria en donde se revisan a los pacientes citados que no se encuentran hospitalizados y por parte del servicio de Interconsultas durante todo el día a los pacientes que se encuentran hospitalizados en los diferentes servicios quirúrgicos.

Para poder realizar una valoración integral y cubrir los puntos mencionados, es importante que el paciente cuente con la información solicitada el día de su valoración. Es habitual en la práctica clínica que durante la Valoración preoperatoria se detecten deficiencias en la Información, que dificultan al Internista que realiza la evaluación un adecuado análisis para la estimación del riesgo quirúrgico así como la planeación pre, trans y postquirúrgica. Básicamente las deficiencias de información se pueden englobar en tres grandes rubros:

1. Deficiencia en la Información que tiene el paciente: Aquí se engloban pacientes que no conocen sus diagnósticos, aquellos a los que no se les informó el procedimiento que se les va a realizar, aquéllos que no conocen los riesgos quirúrgicos o desconocen el nombre del cirujano que los va a intervenir quirúrgicamente. También se encuentran aquellos pacientes que teniendo una patología de base, no conocen la posología de los medicamentos que están tomando o aquéllos que desconocían una Enfermedad detectada durante la propia valoración.
2. Deficiencia en la Información que proporciona el medico interconsultante. En la solicitud de interconsulta (formato 4-30-200 del IMSS) se debe de especificar Nombre completo del paciente, número de afiliación completo, resumen del paciente (padecimientos de base y motivo de la cirugía), motivo de Interconsulta (básicamente cirugía a realizar, anestesia programada).
3. Deficiencia en la Información en el expediente clínico. Debe de contar con una Historia clínica completa y debe de especificarse en éste todos los medicamentos con los que cuenta el paciente incluyendo la posología. Además debe de plasmarse claramente el diagnóstico quirúrgico, el motivo de la interconsulta, la cirugía programada así como la anestesia que se planea realizar si es que cuenta con valoración preanestésica. Debe de contar con todos los laboratorios básicos que tengan como máximo 3 meses, que incluyen Biometría hemática completa, Química sanguínea, Electrolitos séricos, Tiempos de coagulación así como estudios especiales según patologías de base como ecocardiograma en pacientes con cardiopatía estructural previa, pruebas de función tiroidea en pacientes con patología tiroidea, electrolitos séricos completos, depuración de creatinina y creatinina sérica en los casos de pacientes nefróticas, pruebas de función pulmonar en pacientes neumóticas, etc . Debe de contar con los estudios de gabinete de electrocardiograma de 12 derivaciones y radiografía posteroanterior de tórax

Todas estas deficiencias hacen difícil para el médico internista que realiza la valoración que realice una planeación adecuada para el manejo del paciente quirúrgico así como la estimación del riesgo. La información que tiene el paciente determina en gran parte la disposición que presenta éste para el interrogatorio y la actitud ante sus enfermedades y padecimientos. En muchas ocasiones se tiene que reprogramar la cita preoperatoria debido a que las deficiencias son demasiadas e impiden una adecuada valoración retrasando así los tiempos quirúrgicos y generando inconformidad por parte del paciente y de los servicios interconsultantes.

La importancia de un paciente informado y la comunicación

Para que los resultados de un tratamiento sean óptimos, es indispensable una buena relación entre el paciente y el médico. La responsabilidad del paciente es una de las condiciones indispensables, pero para ello es requisito previo que éste esté informado. La información por si sola no basta para que el paciente esté informado. Se debe establecer y garantizar también una comunicación. El paciente es el principal interesado.

Una información precisa debe basarse en la ciencia médica internacional. El método más importante para que el paciente esté informado es el encuentro entre el paciente y el médico (la consulta médica). Desemboca en una decisión conjunta sobre la asistencia que se da al paciente. Todas las informaciones deben ser validadas desde el punto de vista del paciente. Deben ser correctas y comprensibles para el paciente.

Las informaciones orales y escritas deben considerarse como parte de un todo. Ambas deben ser accesibles. La comunicación quiere decir que se pueden plantear preguntas y obtener el consejo de los profesionales. Tras una consulta médica suele ser necesario un tiempo de reflexión. El paciente quizá desee obtener más información de fuentes diferentes. Es esencial que tenga esta oportunidad antes de tomar una decisión terapéutica. Las informaciones impresas o en Internet no pueden, en ningún caso, sustituir a las informaciones y a la comunicación de una consulta clínica. Deben considerarse un complemento a la comunicación directa

entre el paciente y el médico.

La información que reciben los pacientes y sus familiares acerca de su estado de salud es un aspecto de significativa importancia, ya que determinará en gran medida el grado de aceptación de su condición y la adherencia al tratamiento. Sin embargo, la sola consideración de la información sin tener en cuenta aspectos comunicacionales y un buen vínculo entre pacientes y familiares y profesionales de la salud no logran aumentar la motivación para manejar enfermedades, mejorar sus condiciones de salud y apropiarse de este conocimiento. Los pacientes que no participan en el proceso de decisión ni están informados tienen una menor probabilidad de aceptar el tratamiento elegido por el médico y de hacer lo que es necesario para permitir que el tratamiento dé resultado.

Desde hace tiempo, médicos y psicólogos investigan métodos que mitiguen las repercusiones negativas que sobre los pacientes tiene la enfermedad que padecen. Una de las estrategias más utilizadas habitualmente es la preparación psicológica. Dicha preparación busca conseguir el bienestar del enfermo a través de la información. Diversos estudios muestran además que la cantidad y calidad de la información transmitida a los enfermos y sus familias reducen la ansiedad, con lo que en general se consigue una mejor y más rápida recuperación, así como una mayor colaboración durante su periodo de tratamiento. Si queremos que esta información sea efectiva y consiga los objetivos previstos no debemos olvidar aspectos tales como desarrollo cognitivo y emocional, la experiencia vital previa y la actitud que presenta el paciente ante la enfermedad. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones de diferentes sectores implicados, en general los enfermos suelen carecer de información médica adecuada sobre su enfermedad.

La toma de conciencia de que la información aumenta la calidad de vida y la evolución constante de la medicina, ha llevado a pacientes y a familiares a exigir una más completa información sobre su estado de salud con el objetivo de no ver comprometida su dignidad y compartir, si procede, el proceso de toma de decisiones en asuntos que les afectan de manera directa. El paciente espera una información asequible y veraz que le permita afrontar su proceso con dignidad, la eliminación o paliación del dolor y el sufrimiento evitables, la sensación de que cada actuación, cada prueba, cada intervención son justificables en función de sus propias necesidades y no de cualquier otro factor. El paciente quiere, necesita y espera que se le trate como un enfermo y no como a una enfermedad, por lo que es necesario que se garantice que recibe asistencia en condiciones de equidad e individualizada.

Gilles Frydman aseguró que “Los pacientes informados no quieren ser exclusivamente los receptores pasivos de cuidados. Por el contrario, quieren ser tenidos en cuenta en las decisiones médicas que los afectan. Quieren acceder a toda la información que puede ayudarles a entender sus problemas médicos y controlar su cuidado. Quieren sentirse sin ataduras para consultar a sus doctores, con sus opiniones y esperar que las contestaciones no impliquen resquemor por ese interrogatorio”

El derecho a la información. Aspectos psicológicos, legales y éticos

El ejercicio del derecho a la información por parte de los pacientes se basa en un triple marco fundamental: psicológico, normativo-legal y ético

Desde un **punto de vista psicológico** la cantidad y calidad de la información facilitada a los enfermos reduce su ansiedad, consiguiendo así una mejor y más rápida recuperación gracias a la mayor colaboración mostrada durante su periodo de tratamiento

La ansiedad es una alteración psíquica caracterizada por un sentimiento de temor y de aprehensión que puede ser componente de enfermedad psiquiátrica o un desorden de ansiedad independiente y estar acompañado de componentes somáticos, alteraciones psíquicas e hiperactividad simpática.

Es el resultado de un esfuerzo de adaptación inadecuado para resolver conflictos internos y puede generar fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesivos y compulsivos. La ansiedad se puede presentar en cualquier persona; puede ser transitoria o crónica o de ambas formas. Existen diversos tipos de trastornos por ansiedad: trastornos de pánico, fobias, desórdenes por ansiedad generalizados, trastorno mixto ansioso depresivo. Se diferencia del miedo en que este último es un sentimiento de inquietud y malestar suscitado por la presencia de un peligro.

La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etcétera. La preparación psicológica que ofrece la visita preanestésica tiene gran influencia positiva en el estado anímico del paciente, pudiéndose observar en el mismo la disminución de su ansiedad preoperatoria cuantitativamente. A pesar de que mucho se ha avanzado en la farmacología de los medicamentos empleados para abatir la ansiedad en este periodo, poco se sabe sobre la frecuencia o la etiología de la misma; por esto se han implementado estrategias para disminuir su aparición, como pueden ser: la información audiovisual con material didáctico con realización de visitas guiadas previas en salas de operaciones; o la instrucción a través de hipnosis por medio de grabaciones que cada paciente escucha previamente a su cirugía.

La admisión de un paciente a un hospital genera ansiedad. En estudios previos se ha demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión. El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación por parte del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y, sobre todo, el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad y, por lo tanto, presentarse antes de su ingreso al hospital. Esta ansiedad puede desaparecer en el periodo posoperatorio, cuando el paciente recupera el estado de alerta y revalora que su entorno no presenta cambios importantes que le signifiquen modificación de sus hábitos de vida previos.

Existen diversos estudios que relacionan la cantidad y calidad de información con la que cuenta el paciente con reducción significativa en escalas de ansiedad.

Ruiz López et al realizaron un estudio en el Hospital General de México en el que se les efectuó un cuestionario a los pacientes programados para cirugía electiva. Se les preguntaba acerca de la ansiedad generada en una escala análoga del 1 al 10 así como preguntas sencillas acerca de la información con la que contaba durante su valoración preanestésica. En total se enrolaron 500 pacientes entre 18 y 65 años de edad, con ASA I y II,

En este estudio predominaron los pacientes de la cuarta década de la vida y del sexo femenino (66.6%), dedicadas al hogar (37.6%), con escolaridad máxima de secundaria (31.2%) y con nivel socioeconómico medio (67%). Al referirse a temor al ambiente hospitalario 35% respondió afirmativamente; se observó que un 45% de la población presentó miedo a la anestesia y un 33% lo manifestó como miedo a la cirugía. El 47% no conocía al cirujano que los operaría y el 45% de la población no sabía en qué consistiría el procedimiento que se le aplicaría. Asimismo la inspección visual mostró datos sugestivos de ansiedad como preocupación, inseguridad, dificultad en la concentración para responder, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, todas de intensidad variable, que pudieran manifestarse como ataques de pánico y/o síntomas fóbicos. Los resultados, de acuerdo a la escala visual de la ansiedad, mostraron que los valores referidos por los pacientes se manifestaron entre 2 y 5, lo que se traduce como ansiedad leve a moderada. Siendo la ansiedad un sentimiento de temor y aprehensión que puede tener repercusiones importantes en el entorno familiar, social, afectivo y ocupacional, se demuestra que hoy pueden haber factores importantes a considerar en este estudio, como son la frecuencia en sexo femenino y el estado socioeconómico. Con esto se confirma la presencia de ansiedad

reactiva en pacientes que se someten a cirugía. Es bien sabido que la cirugía provoca un estrés psicológico en grados variables y que se puede manifestar por diversas reacciones por parte del paciente, siendo las alteraciones de ansiedad las más frecuentes.

En un estudio realizado en Marburg, Alemania en la Unidad de Cuidados intensivos en la Unidad de Cirugía vascular y torácica se realizó un programa de información para los pacientes que serían sometidos a cirugía. Este programa incluyó preguntas estandarizadas e individualizadas. Entre la información estandarizada se les explicaba a los pacientes cómo se tratarían en la unidad de cuidados intensivos, quien era el médico responsable, la función de los aparatos médicos, cuál sería la probable evolución en la unidad de cuidados intensivos, se le preguntaba al paciente que se podía hacer si se siente estresado y en el ámbito individual se le preguntaba e informaba acerca del temor a las complicaciones, temor al dolor, temor a sentirse solo, temor a depender de otras personas o temor a morir. Se comparó este grupo con "información extra" con un grupo control homogéneo al que solamente se le daba la información habitual por parte del cirujano y anestesiólogo. Se realizó medición de la ansiedad postoperatoria mediante el STAI (State-Trait-Anxiety-Inventory) así como tres meses después. Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la escala de ansiedad en

aquellos pacientes a los que se les dio una mayor cantidad de información previa a la cirugía.

Akbarzadeh et al encontraron en pacientes sometidos a bypass coronario que los pacientes que completaron la prueba de ansiedad de spilberger antes y después del procedimiento quirúrgico experimentaron un descenso en la ansiedad en aquellos pacientes con ansiedad catalogada como moderada o severa. Sin embargo en aquellos pacientes con ansiedad catalogada como leve los síntomas ansiosos se exacerbaron. Se encontró que las mujeres experimentaban un mayor grado de ansiedad que los hombres y la ansiedad no se correlacionó con el nivel educativo de los pacientes.

Anne Scott enfatizó el papel que tiene la provisión de Información en el manejo de la ansiedad en los paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos. Afirma que brindar información a los pacientes reduce la ocurrencia de ansiedad y ayuda a los pacientes a lidiar con ésta en caso de aparecer. Los pacientes que cuentan con suficiente información presentan una menor incidencia de náusea y vómito, tienen menores complicaciones postoperatorias y requieren menor dosis de medicamentos analgésicos así como tienen una menor estancia hospitalaria (Cupples, 1991, Martin 1996). Comenta que la enfermera especialista en cuidados intensivos juega un papel muy importante en el manejo de la ansiedad, ya que al brindar al paciente de una información clara de lo que está sucediendo a su alrededor, le da al paciente cierta seguridad y control, pero que la labor en proveer información al paciente recae en un equipo multidisciplinario que consiste en enfermeras, doctores, cirujanos, anestesiólogos y en general cualquier profesional de la salud que se encuentre en contacto con el paciente a fin de disminuir la ansiedad y hacer que el paciente se encuentre en un estado de confianza.

Desde un punto de vista **legal y normativo** la legislación sanitaria en México reconoce la importancia de informar al sujeto sobre su estado de salud. De ahí que el artículo 29 del Reglamento de la Ley General de Saluden materia de Prestación de Servicios de Atención Médica obligue al personal sanitario a “proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes”. En el mismo sentido el artículo 30 indica que “el responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario y en su caso a los familiares, tutor o representante legal, cuando lo soliciten el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento”. Además de la información verbal, que según las disposiciones citadas debe privilegiarse, el resumen clínico objetiva el interés terapéutico del paciente al precisar los datos relevantes de la atención médica. En tales condiciones resulta claro que el médico no se encuentra legitimado para reservarse información relevante para el paciente, salvo que sea el propio sujeto enfermo el que lo autorice de manera expresa, lo que de cualquier manera significa su derecho a saber, renunciando de manera voluntaria a ser informado, situación que la doctrina ha dado el nombre de “minimalismo informativo”.

La carta de los derechos de los pacientes, realizada por la Secretaría de Salud consta de 10 enunciados, los cuales toman muy en cuenta la información que debe de recibir el paciente respecto a su atención médica. Se enlistan a continuación , haciendo énfasis en aquellos puntos que estrictamente toman en cuenta la información que se le brinda al paciente.

1. Recibir atención médica adecuada
2. Recibir trato digno y respetuoso: El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente y se haga extensivo a sus familiares o acompañantes
3. RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ. El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible, se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz y ajustada a la realidad
4. Decidir libremente sobre su atención. El paciente o en su caso el responsable tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en que consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.
6. Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia
9. Contar con un expediente clínico. El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir

la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

1. Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
2. Intervención quirúrgica.
3. Procedimientos para el control de la fertilidad.
4. Participación en protocolos de investigación.
5. Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
6. Procedimientos invasivos.
7. Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
8. Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aún cuando la familia lo autorice.

Baños et al realizaron un estudio para evaluar la información con la que contaban los pacientes al realizarse un procedimiento endoscópico. Se analizaron un total de 270 pacientes y valoraron los siguientes 6 puntos, de entre los cuales se hace mención al consentimiento informado:

Criterio 1 : El médico que solicita la prueba ha informado al paciente de las características de la misma. Tiene que informar como mínimo de porqué la pide, en que consiste, alternativas a la misma y complicaciones.

Criterio 2 : Se proporciona información escrita antes de la endoscopia. Se tiene que informar del tipo de prueba, día, lugar de la cita, si se requiere preparación antes de la prueba.

Criterio 3 : Se entrega documento de consentimiento informado cuando solicitan la endoscopia digestiva. Tiene que darse al paciente cuando se solicite la prueba en la consulta y el paciente debe entregarlo antes de realizarse la endoscopia.

Criterio 4 : Existe consentimiento informado. Tiene que estar firmado por paciente y médico y quedar en la historia clínica.

Criterio 5 : Se proporciona información tras la endoscopia por parte del médico que la hace. Cuando se realiza con sedación, la información se dará al acompañante. Se debe informar si se ha realizado terapéutica, complicaciones y recomendaciones tras la endoscopia.

Criterio 6 : Se aportan documentos con recomendaciones tras la prueba. Se deben entregar hojas con recomendaciones.

Se encontró que la frecuencia absoluta de incumplimientos de cada uno de los criterios del 1 al 6 fueron en los siguientes porcentajes: 65%, 15%, 85%, 5%, 10% y 90% respectivamente, evidenciando una clara desinformación con la que contaban los pacientes al momento de realizarse la endoscopia.

Desde **el punto de vista ético**, los códigos deontológicos de la profesión médica reconocen el derecho a la

información de los pacientes y se consideran los únicos responsables de darla. La base de estos códigos es el juramento hipocrático en el cual se aconseja al médico a actuar siempre en beneficio del paciente. El derecho a la información puede ser entendido como la actualización de un aspecto parcial de esta recomendación. El acceso a la verdad es un derecho de todos los pacientes. Sencillamente porque cada persona tiene derecho a decidir con apoyo y conocimiento de causa sobre aspectos tan importantes de su vida como el proceso de salud/enfermedad o de vida/muerte. Por otro lado el enfermo también tiene derecho a rechazar la información diagnóstica y/o pronóstica y el apoyo solidario y efectivo de profesionales, pero para que haya rechazo tiene que haber oferta. Y ésta oferta es una responsabilidad ética de todos los profesionales desde el momento en que empiezan a intervenir en su atención, cada uno con sus acentos específicos. Desde el punto de vista ético muchos profesionales de la salud, ante situaciones de diagnóstico y/o pronóstico grave tradicionalmente se suelen aducir distintos argumentos para no decir la verdad a los pacientes: Engaño benevolente: “lo que uno no conoce no puede herirle y puede ayudarle”. Informar sólo añadirá un plus de ansiedad al paciente y esto es evitable. Es un planteamiento puramente consecuencialista. Una de las cuestiones más paradigmáticas, en la que aparece el conflicto técnico-ético en cuanto a la información la tenemos en la llamada “conspiración del silencio” que podemos definir como el acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos y/o profesionales de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación. Por un lado parece demostrado que aunque a corto plazo la información de una mala noticia puede aumentar la ansiedad y el disconfort, las consecuencias a medio plazo justifican esta medida. Con la conspiración del silencio el paciente puede sentirse incomunicado, no comprendido, engañado y esto puede fácilmente potenciar sintomatología ansiosa o depresiva con un componente importante de miedo y de ira. Si seguimos situándonos en el mundo de las consecuencias tampoco podemos olvidar que se inhabilita al paciente para cerrar asuntos importantes que quizás hubiera querido resolver y que esta situación puede también dificultar la elaboración del duelo. La mentira no es admisible por principio y porque a medio plazo genera más mal que bien truncando la confianza terapéutica.

Cómo mejorar la comunicación con el paciente y obtener pacientes informados

La adecuación del mensaje al receptor exige reflexionar sobre cuestiones como qué es lo que ya sabe, qué es lo que quiere conocer y qué es lo que consideramos que debe saber. Aún cuando se realice correctamente, la comunicación del riesgo no resuelve todos los problemas ni evita los conflictos. En cualquier caso, una comunicación de riesgos deficiente o inexistente conduce a una percepción deficiente de los mismos.

El deber de los profesionales respecto a la comunicación del riesgo es proporcionar a los pacientes información sobre opciones terapéuticas, posibilidades diagnósticas y cambios en su estilo de vida, de forma que pueda ser comprendida, respetando el derecho de los mismos a involucrarse en las decisiones sobre su atención.

No existen datos suficientes para afirmar cuál es el modo más útil de presentar la información sobre el riesgo. Sin embargo, existen indicios de que, a pesar de la dificultad para interpretarla, la información cuantitativa es útil y necesaria. Probabilidades, estimaciones del riesgo relativo, odds ratio, diferencias del riesgo y el número de pacientes que es necesario tratar se han mostrado idóneas en algunos casos, pero son de difícil interiorización para pacientes y profesionales. Por otro lado, expresiones como “algunas veces”, “en ocasiones”, “rara vez”, “a menudo”, “con alguna frecuencia” son imprecisas y utilizadas de manera variable por los diferentes profesionales, presentan matices de significado y son de valor limitado para tomar decisiones informadas, ya que tienden a sobreestimar el riesgo en relación a cuando éste se presenta en forma numérica.

Consejos habituales sobre la comunicación en general pueden ser de utilidad en la comunicación del riesgo clínico: escuchar más que hablar, planificar lo que se quiere transmitir, satisfacer las necesidades de información conforme van surgiendo, utilizar un lenguaje asertivo, sencillo y comprensible, no interrumpir innecesariamente y mantener flexibilidad y comprensión con pensamientos, valores y conductas ajenas.

Asimismo, la combinación de datos y juicios de valor, la utilización de probabilidades comparativas con hechos más o menos familiares, un uso estandarizado de expresiones cuantitativas de uso común, la discusión sosegada sobre los mismos y la adecuación a las circunstancias y expectativas individuales son elementos que pueden contribuir a comunicar mejor el riesgo y a tomar decisiones más consecuentes.

La comunicación no consiste únicamente en verbalizar datos e información. Presenta además un componente no verbal que incluye la actitud corporal, el tono y la forma de presentar los datos que hay que cuidar.

Adicionalmente, el empleo de documentos informativos sobre afecciones frecuentes, tratamientos y pruebas diagnósticas de uso habitual y materiales audiovisuales realizados con la finalidad de lograr una percepción más ajustada de los riesgos pueden ser útiles para lograr una percepción ajustada a la realidad.

Un paciente informado es un paciente con datos e información suficiente sobre el riesgo. Un paciente consecuente y con capacidad de decisión es algo más. La conciencia del riesgo es consecuencia tanto del conocimiento y capacidad de análisis individual como de múltiples factores que influyen sobre la percepción del riesgo. Unos ligados al riesgo en sí y otros relacionados con cuestiones emocionales y sociales.

La Sociedad Europea de Anestesiología hace las siguientes recomendaciones respecto a la información que se le debe de dar al paciente previo a la cirugía:

- La cantidad de información que se le da al paciente debe de ser basada en lo que el paciente desea saber
- La información por escrito puede ser usada de manera segura para suplir algunas consultas directas
- La información por escrito no debe de suplir las consultas en persona
- Los pacientes prefieren que se les explique la estimación de riesgo mediante estadísticas numéricas
- La información escrita y en video son métodos efectivos para proveer información al paciente
- La información escrita y en video son métodos efectivos en reducir la ansiedad aunque su efecto clínico es pequeño.

La sociedad de Anestesiología de Gran Bretaña hace la recomendación de que el personal que le de información al paciente, especialmente anestesiólogos, sea el mismo personal que le de el seguimiento antes durante y después de la cirugía, ya que esto reduce los niveles de ansiedad y crea un estado de confort en el paciente. Además menciona que si el personal que da la información se encuentra en entrenamiento, el paciente puede tener dudas acerca de su capacidad, por lo que es conveniente que acuda con el Médico de Base responsable del caso para mejorar de esta manera la satisfacción del paciente.

Existen diversas guías realizadas por las diferentes Instituciones de Salud para ofrecer información a los pacientes previos a su evento quirúrgico. Una de ellas es la realizada por el Oxford Radcliffe Hospital en la cual se explica clara y de manera concisa en qué consiste todo el periodo preoperatorio. Se le explica al paciente la necesidad de realizar una valoración preoperatoria para asegurarse de que el paciente esté lo suficientemente informado acerca de su condición y se resalta la posibilidad que tiene el paciente de realizar cualquier pregunta estando en el periodo preoperatorio. En esta guía se le explica en qué consiste la valoración preoperatoria y los estudios de laboratorio que se le van a realizar. De igual manera se les pide a los pacientes que traigan el número telefónico de algún familiar o persona que conozca la condición del paciente así como una lista de todos los medicamentos que se encuentra consumiendo a momento, para saber exactamente la dosis y la periodicidad de las mismas. De igual manera se les solicita una lista de los medicamentos herbales que se encuentren tomando así como las admisiones previas al hospital y alergias con las que cuente el paciente. Esta guía recomienda que el día de su valoración el paciente traiga una lista de las preguntas que desea realizar.

En la guía del Grand River Hospital de Ontario, al igual que en la guía anterior se hace una explicación breve de la valoración preoperatoria así como de los estudios necesarios. En esta guía se hace énfasis en las medidas higiénico dietéticas así como en el cese del hábito tabáquico y alcohólico. A diferencia de la guía del Oxford Radcliffe Hospital, en ésta guía se proporciona un número telefónico de la clínica de preadmisión del Hospital para aclarar dudas acerca de los medicamentos que debe o no debe de tomar así como para cualquier duda referente al periodo postoperatorio. Como punto adicional se explican los cuidados postoperatorios inmediatos y las medidas para evitar la trombosis venosa profunda.

La guía realizada por el Institute for Clinical Systems Improvement para evaluación preoperatoria destaca la presencia de un checklist que debe de tener el paciente previo a la cirugía en las que destaca las razones de la cirugía incluyendo las alternativas al tratamiento, los riesgos de la cirugía, los resultados que se esperan y la duración aproximada del procedimiento quirúrgico. De igual manera el paciente debe de saber si ameritará anestesia, así como los procedimientos administrativos necesarios incluyendo la cobertura del seguro médico.

El American College of Physicians pone a disposición dentro de sus documentos “In the clinic” un folleto que se les puede entregar a los pacientes acerca de la valoración preoperatoria, en los que resume en una sola hoja las características más importantes de la misma así como los datos que tiene que tomar en cuenta para informar al médico los cuales incluyen sus antecedentes personales patológicos y consejos higiénico dietéticos que hay que tomar en cuenta antes de un procedimiento quirúrgico y pone a la disposición un sitio web donde se pueden encontrar las preguntas más comunes respecto a este tema avalado por el American College of Surgeons y por la Society of Ambulatory Anesthesia y la Agency for Healthcare Research and Quality.

Esta lista preoperatoria es de suma importancia, ya que en la práctica de nuestro Hospital, los pacientes son citados a la Valoración preoperatoria sin saber siquiera en que consiste ésta. Es muy común que el paciente que acude a Valoración preoperatoria no cuente con una lista de los medicamentos que se encuentra tomando actualmente y esto ve mermada la valoración del médico que realiza la VPO.

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expresado, podemos darnos cuenta que la información con la que cuenta el paciente es de suma importancia desde todos los puntos de vista (ético, legal, psicológico) y que la conducta a seguir por parte de los profesionales de la salud debe de ser propiciar de manera efectiva, mediante palabras claras y sencillas la información suficiente al paciente para que éste pueda ser participe de su proceso diagnóstico y terapéutico, mejorando así la comunicación efectiva y garantizando decisiones informadas adecuadas desde el punto de vista médico, humano, sociocultural para cada uno de los pacientes. Fortaleciendo la relación médico-paciente mediante estas medidas lograremos mejorar el bienestar biosicosocial de cada uno de nuestros pacientes.

3 Planteamiento del problema

Durante las valoraciones preoperatorias que realiza el servicio de Medicina Interna ya sea a pacientes externos como a pacientes hospitalizados hemos notado que existen irregularidades respecto a la información con la que cuenta el paciente respecto de su padecimiento, las cuales van desde no conocer los medicamentos que toman, no saber qué cirugía se le va a realizar, requisiciones mal realizadas, falta de estudios de gabinete o de laboratorio hasta no tener un plan quirúrgico, por lo que se ha vuelto costumbre de algunos servicios el solicitar Valoraciones preoperatorias de rutina sin siquiera ser necesarias en muchas ocasiones. Toda esta mala calidad de la Información repercute negativamente debido a que es difícil para el Internista que realiza la valoración preoperatoria tomar en cuenta todos los aspectos para realizar las recomendaciones pertinentes al periodo perioperatorio y resulta en un diferimiento de Cirugías programadas, de las cuales no llevamos estadística. Durante la consulta de valoración preoperatoria llegan pacientes de las diferentes especialidades quirúrgicas y muchas de las veces llegan mal canalizados o con grandes descompensaciones de sus padecimientos de base o tienen padecimientos que necesitan estudios de laboratorio adicionales para realizar una adecuada valoración preoperatoria y al momento de la cita no cuentan con ellos..

La calidad de la información con la que cuenta el paciente es deficiente así como la cantidad de información recopilada en los expedientes clínicos. Muchas de las veces el paciente que se presenta a valoración preoperatoria se enfrenta por primera vez al Juicio clínico del Médico Internista, por lo que es de vital importancia que éste tenga los elementos necesarios tales como una historia clínica completa que incluya todos padecimientos del paciente así como los medicamentos, posología y vía de administración bajo los que se encuentre el paciente, una adecuada requisición de VPO donde se especifique el tipo de cirugía, tipo de anestesia a realizar así como estudios de laboratorio y gabinete completos. Debido a que hemos notado irregularidades al respecto consideramos prudente realizar la estadística de los pacientes que no cumplen con todos los criterios para una adecuada valoración preoperatoria ya que ésta información deficiente ha llevado al diferimiento de procedimientos programados y hay retraso en los procedimientos quirúrgicos del Hospital.

4 Justificación

No existen datos en nuestro hospital de la información con la que cuentan los pacientes durante la valoración preoperatoria. Debido a que es importante contar con pacientes informados, el propósito de realizar un estudio para valorar la cantidad y calidad de la información con la que cuentan los pacientes resulta importante para implementar estrategias que lleven a una mejoría en la relación médico paciente cuyo objetivo final será la de tener pacientes más informados , expedientes clínicos más completos y garantizar condiciones de excelencia en nuestro Hospital.

El contar con pacientes más informados y comprometidos con su salud llevará a corto plazo a mejorar el apego terapéutico, reducir la ansiedad perioperatoria y disminuir el diferimiento de cirugías debido a que disminuirán los sesgos en la información, aumentando la calidad en la atención médica.

5 Pregunta general

¿Cuál es la información que tiene el paciente de su padecimientos al momento de acudir a una valoración preoperatoria?

6 Objetivo general

Evaluar la información con la que cuenta el paciente y el clínico durante la valoración preoperatoria

7 Objetivos específicos

Determinar el porcentaje de pacientes que :

- 7.1 conoce el motivo de consulta al servicio de valoración preoperatoria
- 7.2 sabe la cirugía que le realizarán
- 7.3 conoce su cirujano asignado
- 7.4 se le explicó el procedimiento que le realizarán
- 7.5 se le explicaron los riesgos de su cirugía
- 7.6 se le explicaron los beneficios de la cirugía
- 7.7 al momento de la valoración ya tienen programada fecha de la cirugía
- 7.8 al momento de la valoración cuentan con electrocardiograma
- 7.9 al momento de la valoración cuenta con laboratorios completos
- 7.10 al momento de la valoración cuenta con radiografía de tórax
- 7.11 al momento de la valoración cuenta con una lista completa de medicamentos con posología
- 7.12 le han diferido previamente su cirugía
- 7.13 se le pidió valoración de otra especialidad previo a la valoración preoperatoria
- 7.14 que tan informado se considera al momento de la valoración preoperatoria (punto de vista del paciente y del médico)
- 7.15 fueron canalizados adecuadamente al servicio
- 7.16 solicitudes adecuadamente requisitadas
- 7.17 que cuentan con una Historia clínica completa en el expediente
- 7.18 que cuentan con expediente donde se especifica el motivo de la vpo
- 7.19 que cuentan con expediente donde se especifique la anestesia
- 7.20 que cuentan con plan quirúrgico
- 7.21 que cuentan con expediente donde se especifiquen todos los medicamentos que se encuentra tomando el paciente
- 7.22 que se les otorga riesgo quirúrgico
- 7.23 que ameritan una valoración previa de otra especialidad
- 7.24 que cuentan con enfermedades no detectadas y se detectan por primera vez en la VPO

7.25 Realizar un listado de patologías que requieren estudios de gabinete o de laboratorio extra a los que se solicitan antes de la VPO y que condicionan que se difieran los procedimientos

7.26 Evaluar mediante la escala de Ansiedad de Hamilton a cada paciente al momento de realizar su valoración preoperatoria y correlacionarla según el grado de conocimiento que tiene el paciente de sus padecimientos.

8. Hipótesis

Los pacientes que acuden a la valoración preoperatoria cuentan con poca información acerca de sus padecimientos tanto de base como de sus diagnósticos quirúrgicos

9. Material y métodos

9.1 Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal.

9.2 Población de estudio: : pacientes que acuden al servicio de Valoración preoperatoria del servicio de Medicina Interna del HE CMNSXXI así como las VPO solicitadas durante la guardia.
Periodo comprendido del 1° de junio 2012 al 31 de julio 2012

9.3 Variables:

Dependiente: Grado de información con el que cuenta el paciente al momento de la valoración preoperatoria

Independientes:

Comprendida por cada uno de los criterios a evaluar

Motivo de consulta al servicio de valoración preoperatoria de medicina interna.

Definición conceptual: Expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al médico

Definición operacional: cualquier razón que dé el paciente para solicitar atención en el servicio de valoración preoperatoria, la cual será evaluada por el médico que realiza la VPO y la expresará en términos dicotómicos (sí o no) dependiendo si está o no informado acerca del motivo de la VPO.

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Cirugía que le realizarán

Definición conceptual: Operación quirúrgica con el fin de restablecer, mejorar o embellecer una parte del cuerpo

Definición operacional: Cualquier operación quirúrgica que el paciente mencione en el cuestionario. La respuesta será evaluada por el médico que realiza la VPO y la expresará en términos dicotómicos (sí o no) dependiendo si conoce o no la verdadera operación quirúrgica

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Cirujano asignado

Definición conceptual: Nombre del Médico que efectuará la cirugía programada

Definición operacional: Cualquier nombre que el paciente mencione en el cuestionario. La respuesta será evaluada por el médico que realiza la VPO y la expresará en términos dicotómicos (sí o no) dependiendo si conoce o no al cirujano

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Explicación del procedimiento a realizar

Definición conceptual: Declaración o exposición por parte del Cirujano de la técnica quirúrgica con palabras claras o ejemplos, para que se haga más perceptible para el paciente

Definición operacional: Conocimiento del paciente del procedimiento que le realizarán

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Explicación de los riesgos del procedimiento

Definición conceptual: exposición por parte del cirujano de la contingencia o proximidad de un daño derivado del procedimiento quirúrgico a realizar

Definición operacional: conocimiento del paciente de los posibles daños derivados de la cirugía

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Explicación de los beneficios de la cirugía

Definición conceptual: Exposición por parte del cirujano del bien que se hace o recibe derivado del procedimiento quirúrgico a realizar

Definición operacional: conocimiento del paciente del bien que le hace la cirugía programada

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Programación de la fecha de la cirugía

Definición conceptual: Fecha específica en que se planea el evento quirúrgico

Definición operacional: Fecha específica para el evento quirúrgico independientemente si tiene o no valoración preoperatoria

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Electrocardiograma realizado

Definición conceptual: gráfico obtenido por el electrocardiógrafo que registra la actividad eléctrica del corazón

Definición operacional: actividad eléctrica del corazón registrada en 12 derivaciones (DI,DII,DIII, avR,avF,avL, V1,V2,V3,V4,V5 y V6), completo y en el expediente

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Laboratorios realizados

Definición conceptual: Examen cualitativo y cuantitativo de ciertos componentes o sustancias del organismo según métodos especializados, con un fin diagnóstico

Definición operacional: Presencia en el expediente de biometría hemática completa, química sanguínea, tiempos de coagulación y electrolitos

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Radiografía de tórax realizada

Definición conceptual: obtención de una imagen radiológica del tórax que surge de la interposición de la zona anatómica a estudio entre una fuente emisora de radiación ionizante (rayos X) y una placa fotográfica o registro fotográfico digital.

Definición operacional: Presencia de estudio radiológico posteroanterior del Tórax

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Medicamentos completos expresados por el paciente

Definición conceptual: Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.

Definición operacional: Listado de las sustancias que el paciente se administra, con horario y dosis de administración. La respuesta será evaluada por el médico que realiza la VPO y la expresará en términos dicotómicos (si o no) dependiendo si conoce todos sus medicamentos y la posología.

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Diferimiento de cirugía previamente

Definición conceptual: aplazamiento previo de un procedimiento quirúrgico

Definición operacional: aplazamiento previo de un procedimiento quirurgico

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Valoración de otras especialidades

Definición conceptual: Evaluación por un Médico especialista certificado

Definición operacional: Presencia en el expediente de una nota de evaluación de un médico especialista certificado en cualquier especialidad o subespecialidad médica previa a la valoración preoperatoria

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Percepción del paciente que tiene sobre la información que posee sobre el procedimiento a realizar

Definición conceptual: grado de comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre el procedimiento a realizar

Definición operacional: Impresión del conocimiento que tiene el paciente sobre el procedimiento que le realizaran

Tipo de variable: cualitativa ordinal

Escala de medición: 1 nada informado 2 poco informado 3 medianamente informado 4 muy informado

Canalización adecuada

Definición conceptual: Condiciones apropiadas que justifiquen la valoración en el servicio de valoración preoperatoria

Definición operacional: Condiciones correctas que justifiquen una valoración preoperatoria. Se valorará por parte de los médicos que realizan la VPO

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Solicitud adecuada

Definición conceptual: Documento institucional en el que se solicita la interconsulta al servicio de valoración preoperatoria que cuente con u correcto llenado

Definición operacional: 4-30-200 debidamente requisitada que incluya nombre, afiliación, resumen, motivo de la VPO, cirugía programada y anestesia La respuesta será evaluada por el médico que realiza la VPO y la expresará en términos dicotómicos (si o no) dependiendo si la considera o no debidamente requisitada

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Historia clínica en el expediente

Definición conceptual: Relación de los datos con significación médica referentes a un enfermo, al tratamiento a que se le somete y a la evolución de su enfermedad

Definición operacional: Formato del IMSS de Historia clínica debidamente lleno o en su defecto un documento que se encuentre en el expediente nombrado como "Historia clínica" que proporcione los datos necesarios para una correcta valoración preoperatoria. Debe de contener Ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos, antecedentes personales no patológicos, interrogatorio por aparatos y sistemas, padecimiento actual, medicación actual y exploración física completa. Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Motivo de la VPO en el expediente

Definición conceptual: Causa o razón de la solicitud de interconsulta a valoración preoperatoria debidamente registrado en el expediente clínico

Definición operacional: Razón justificada en el expediente clínico por la que se solicita la interconsulta. Debe contener como mínimo el diagnóstico quirúrgico y la cirugía a realizar

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Anestesia programada

Definición conceptual: Plan anestésico solicitado o sugerido por parte del cirujano para el evento quirurgico

Definición operacional: Presencia de plan anestésico solicitado o sugerido por el cirujano o anestesiólogo

debidamente expresado en el expediente clínico ya sea en nota o en valoración preanestésica

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Medicamentos en el expediente

Definición conceptual: Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta registrados en el expediente clínico

Definición operacional: Todos los medicamentos que se encuentre tomando el paciente con dosis y posología registrados en el expediente independientemente si se los sabe el paciente

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Adecuado Seguimiento de patologías de base

Definición conceptual: Grupo de enfermedades que el paciente posee independientemente del diagnóstico quirúrgico, las cuales deben de estar controladas y con medicación específica.

Definición operacional Adecuado control de las enfermedades que tiene el paciente valorado por el médico que efectúa la valoración preoperatoria

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Otros estudios

Definición conceptual: Exámenes cualitativos y cuantitativos de ciertos componentes o sustancias del organismo según métodos especializados, que a decir del médico que realiza la valoración preoperatoria debieron ser solicitados antes de acudir a la misma

Definición operacional: Laboratorios bioquímicos que el evaluador considera se debieron realizar previo a la valoración preoperatoria distintos de los laboratorios clínicos habituales.

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Riesgo quirúrgico

Definición conceptual: Estimación del riesgo cardiovascular expresado mediante las escalas de Goldman, Detsky o Lee

Definición operacional: Asignación de riesgo según cualquier escala validada en una valoración preoperatoria completa que incluya recomendaciones preoperatorias, transoperatoria y postoperatorias

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Enfermedad detectada en la valoración preoperatoria

Definición conceptual: Alteración de la salud o condición patológica que previamente era desconocida y se realiza el diagnóstico durante la valoración preoperatoria

Definición operacional: Enfermedades diagnosticadas al momento de la valoración preoperatoria que previamente no estaban consignadas en el expediente

Tipo de variable: nominal, dicotómica

Escala de medición: 1 ausente 2 presente

Información del paciente percibida por el Médico

Definición conceptual: Impresión subjetiva del médico acerca del grado de conocimiento del paciente acerca del procedimiento que le realizarán

Definición operacional: Impresión subjetiva del médico acerca del grado de conocimiento que tiene el paciente sobre el procedimiento quirúrgico que le realizarán

Tipo de variable: cualitativa ordinal

Escala de medición: 1 nada informado 2 poco informado 3 medianamente informado 4 Muy informado

Ansiedad

Definición conceptual: Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos

Definición operacional: Puntaje obtenido mediante la escala de Hamilton, la cual evalúa 14 criterios valorados

del 0 al 4 (0=ausente, 1= intensidad leve, 2=intensidad moderada, 3= intensidad grave, 4= totalmente incapacitado). Los criterios a evaluar comprenden: estado ansioso, tensión, temores, insomnio, funciones cognitivas, humor depresivo, síntomas somáticos musculares, síntomas somáticos sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios, síntomas del sistema nervioso autónomo y conducta durante el transcurso del test.

Tipo de variable: cuantitativa discontinua

Escala de medición: de 0 a 56 puntos

10. Criterios de selección del estudio

10.1 Inclusión

pacientes de cirugías programadas UMAE CMN SIGLO XXI que acudan durante el periodo del 1 de junio de 2012 al 31 de julio de 2012 a consulta a valoración preoperatoria del servicio de Medicina Interna, así como las valoraciones preoperatorias que se soliciten al servicio de Interconsultas del servicio de Medicina Interna y las que se soliciten durante las guardias a los residentes de Medicina Interna.

10.2 No selección

Criterios de exclusión: pacientes de cirugías de urgencia y de cirugías. Pacientes que no deseen participar en el estudio. Pacientes que cuenten con un cuestionario incompleto

11. Metodología

11.1 Reclutamiento.

Durante la valoración preoperatoria realizada en consulta de valoración preoperatoria o en interconsulta se entregará una encuesta al paciente y al médico internista que realice la VPO donde se anoten las variables comentadas en el apartado correspondiente en el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2012 y el 31 de junio de 2012

11.2 Procedimientos.

Se creará una base de datos que servirá para el análisis estadístico subsecuente

Con los resultados, se creará una herramienta tipo “check list” para ser utilizado por los servicios quirúrgicos antes de que sean enviados a las valoraciones preoperatorias

11.3 Plan de análisis.

Se realizará análisis estadístico descriptivo y analítico con SPS versión 20. Variables se medirán en escalas cualitativa, nominal, ordinal; se expresan mediante frecuencia absoluta y porcentaje.

12. Recursos:

12.1. Humanos.

12.1.1 Residente de Medicina Interna de la consulta de valoración preoperatoria

12.1.2 Residente de Medicina Interna del servicio de Interconsultas

12.1.3 Residente de Medicina Interna de guardia encargado de realizar las VPO

12.2 Materiales

12.2.1 Computadora con paquetería Office y base de datos

12.2.2 Hojas blancas, fotocopias.

12.2.3 Lápices, plumas.

12.2.4 Impresora.

12.3Económicos.

12.2.11 Reactivos para determinación de NGAL.

13. Consideraciones éticas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud artículo 17 apartado II esta investigación es de riesgo mínimo. El protocolo será presentado para su validación al Comité de Investigación correspondiente. Todo el proyecto siguió las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki.

A los pacientes estudiados en este proyecto se les proporcionará carta de consentimiento informado para su inclusión en el protocolo

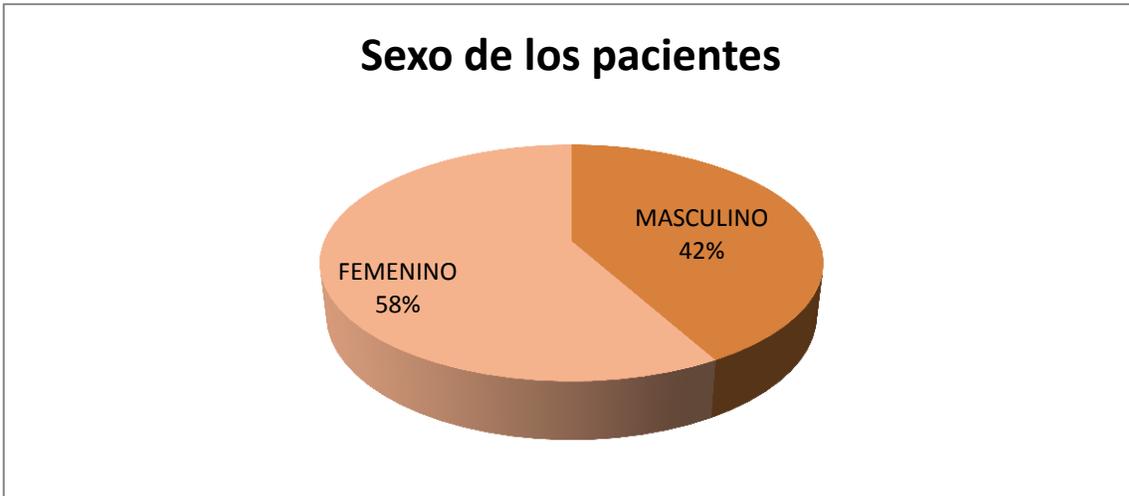
Las identidades no serán reveladas

14. Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
PLANTEAMIENTO DEL TEMA A INVESTIGAR	X	X				
BUSQUEDA DE ANTECEDENTES	X	X	X			
RECOPIACION DE BASE DE DATOS				X	X	
RESULTADOS						X
ANÁLISIS ESTADÍSTICO						X
CONCLUSIONES						X
ENTREGA DE TESIS						X

15. Resultados

De los 326 pacientes recolectados se excluyeron 11 pacientes debido a que estaban incompletos los datos. Al final se tomaron en cuenta un total de 315 pacientes de los cuales 183 (58.09%) fueron mujeres y 132 (41.90%) fueron hombres. La edad media fue de 56.01, con un mínimo de 22 años y un máximo de 99 años.

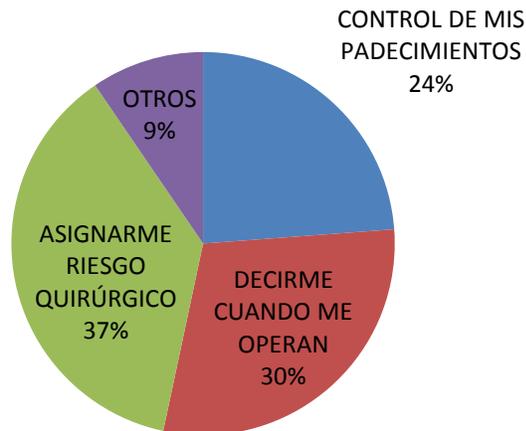


Respecto a la pregunta acerca del motivo de consulta al servicio de valoración preoperatoria de Medicina Interna, se encontró que del total de los 315 pacientes, sólo 117 (37.14%) respondieron adecuadamente (asignarme riesgo quirúrgico), mientras que 198 (62.85%) no respondieron correctamente.



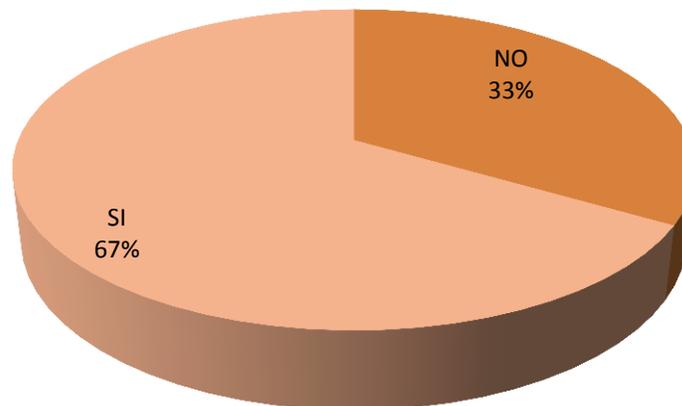
De los pacientes que respondieron erróneamente acerca del motivo de la valoración preoperatoria, 75 (23.08% del total de pacientes y 37.87% del subgrupo de respuestas equivocadas) refirieron que el motivo de su consulta era la del control de sus padecimientos, 93 (29.52% del total y 46.9% del subgrupo) refirieron que el motivo de la valoración era decirles cuándo los iban a operar y 30 (9.52% del total y 15.15% del subgrupo) respondieron que no sabían el motivo o colocaron otro motivo sin que se pudiera englobar en una de las categorías anteriores.

Desglose de la opinión del paciente acerca del motivo de consulta



Al preguntarles acerca de la cirugía que se les iba a realizar, encontramos que del total de 315 pacientes, solamente 210 (66.66%) sabían el procedimiento que se les iba a realizar mientras que 105 (33.3%) no lo sabían o no les habían informado.

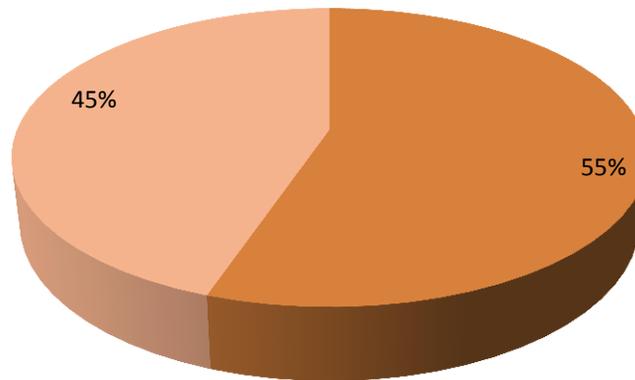
Conoce la cirugía que se le va a realizar



Al preguntarles acerca del cirujano que realizaría el procedimiento, se encontró que 174 pacientes (55.23%) no conocían a su cirujano, mientras que 141 (44.76%) sí lo conocían.

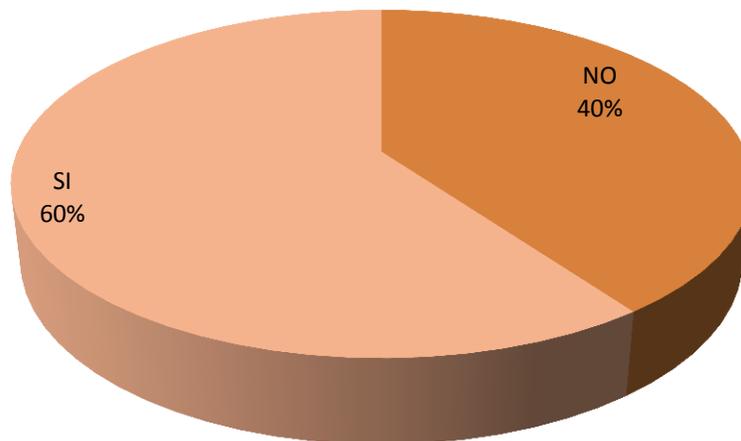
Conoce el nombre del cirujano

■ NO ■ SI



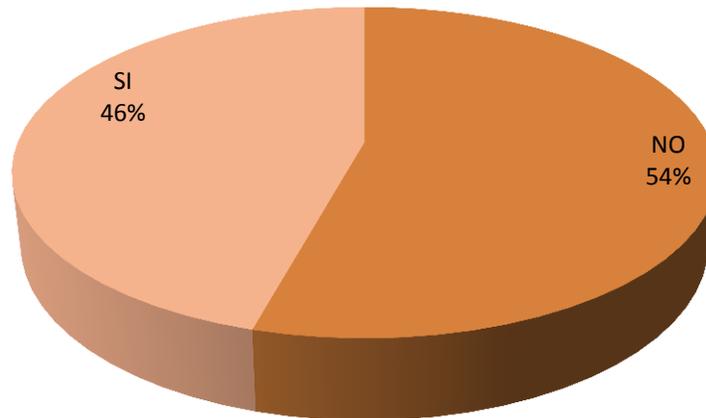
Al preguntarles si les explicaron el procedimiento que les iban a realizar, se encontró que solamente se les explicó a 189 pacientes (60%), mientras que a 126 (40%) no les explicaron.

Se le explicó el procedimiento

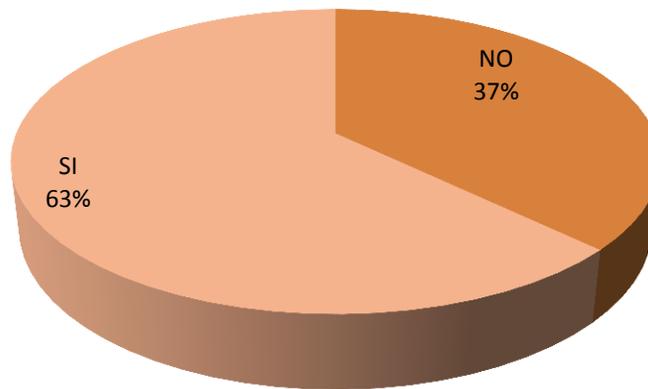


En cuanto a la explicación de los riesgos y beneficios del procedimiento a realizar, se encontró que del total de 315 pacientes, a 171 (54.28%) se le explicaron los riesgos, mientras que a 144 (45.71%) no se los explicaron. A 198 pacientes (62.85%) se le explicaron los beneficios del procedimiento mientras que a 117 (37.14%) no se los explicaron.

Se le explicaron los riesgos del procedimiento

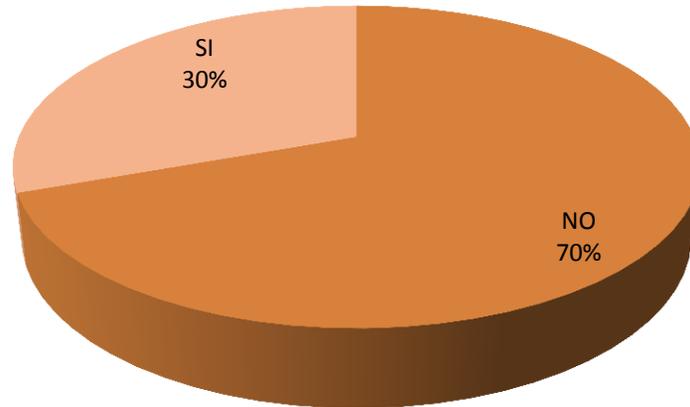


Se le explicaron los beneficios del procedimiento



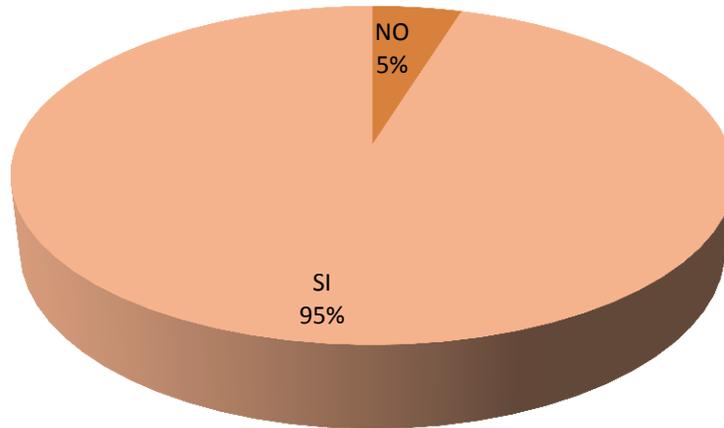
De los 315 pacientes a los que se les realizó Valoración preoperatoria, 96 (30.47%) ya tenían programado el procedimiento que le iban a realizar antes de que se les realizara la VPO , mientras que 219 (69.52%) no lo tenían.

Ya tenia programado su procedimiento antes del resultado de la Valoración preoperatoria

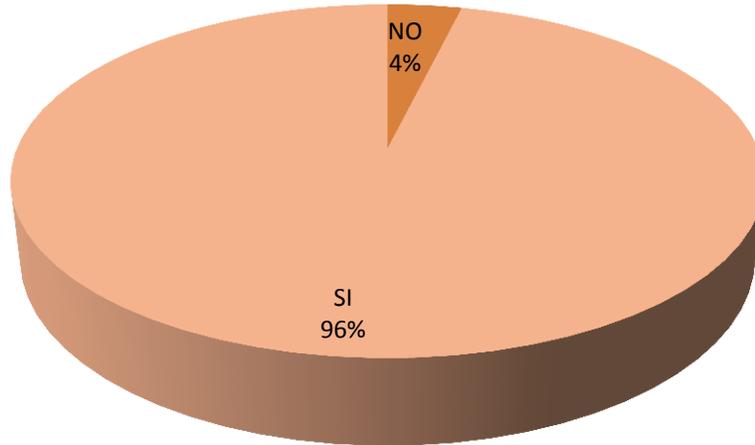


Se exploraron también los estudios básicos que debe de tener un paciente al momento de la valoración preoperatoria. Estos incluyen Laboratorios básicos (BH ,QS, ES, Tiempos de coagulación), electrocardiograma de 12 derivaciones y Radiografía Posteroanterior de tórax. Se encontró que al momento de la valoración, 15 pacientes (4.76%) no contaban con electrocardiograma, a 12 pacientes (3.80%) no se les había realizado estudios de laboratorio y 42 (13.33%) no contaban con radiografía de Tórax.

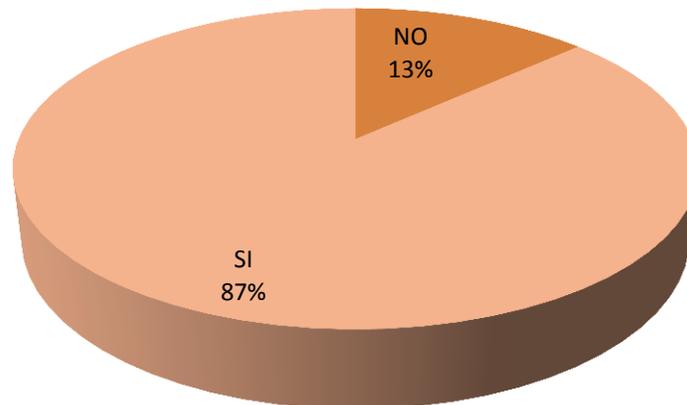
Se le realizó electrocardiograma



Se le realizaron estudios de laboratorio

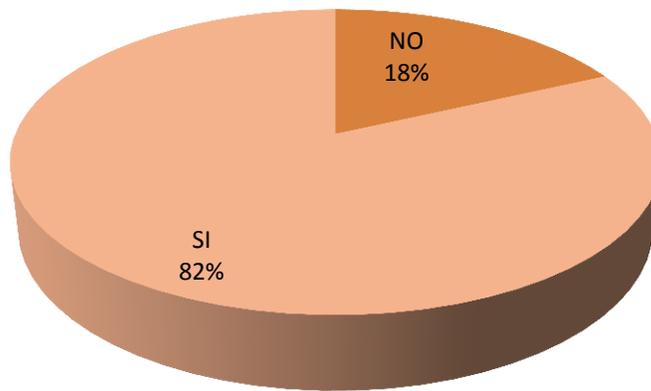


Se les tomó radiografía de tórax



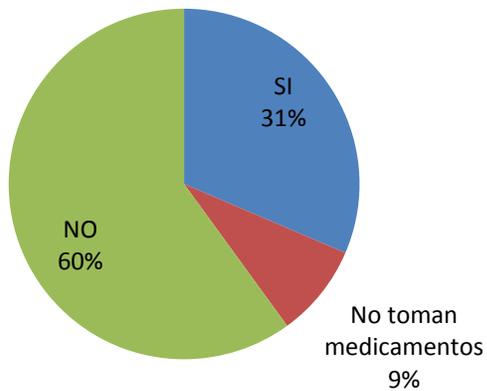
Se interrogó a los pacientes si traía una lista de medicamentos o conocía exactamente los nombres genéricos, dosis y vía de administración de los fármacos que estuviera tomando y se les solicitaba también que escribieran una lista de medicamentos. Se encontró que de los 315 pacientes, 57 (18.09%) no traía ni pudo realizar una lista de todos sus medicamentos, mientras que 258 (81.90%) sí pudo al menos enlistar los medicamentos que tomaba.

Pudo realizar o trae una lista de medicamentos

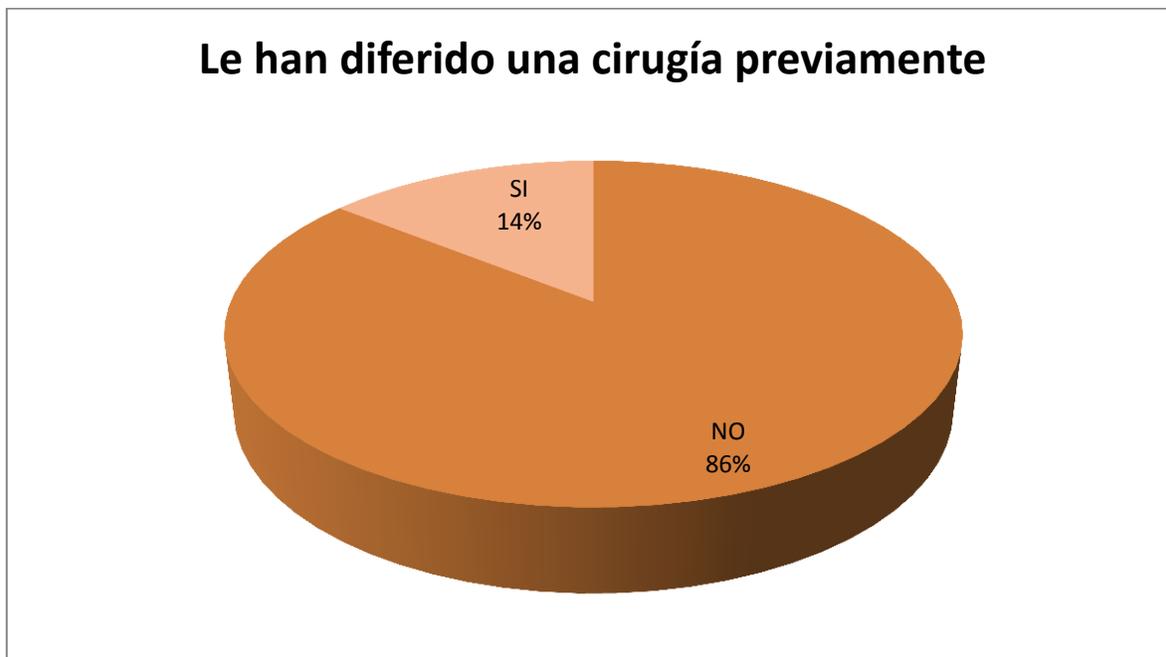


De los 315 pacientes, sólo 99 (31.4%) pudo escribir una lista en la que además de colocar los medicamentos, también indicaba la dosis y periodicidad con la que tomaba los fármacos, 189 pacientes (60%) no pudo especificar y 27 (8.57%) no tomaba medicamentos al momento de la valoración preoperatoria.

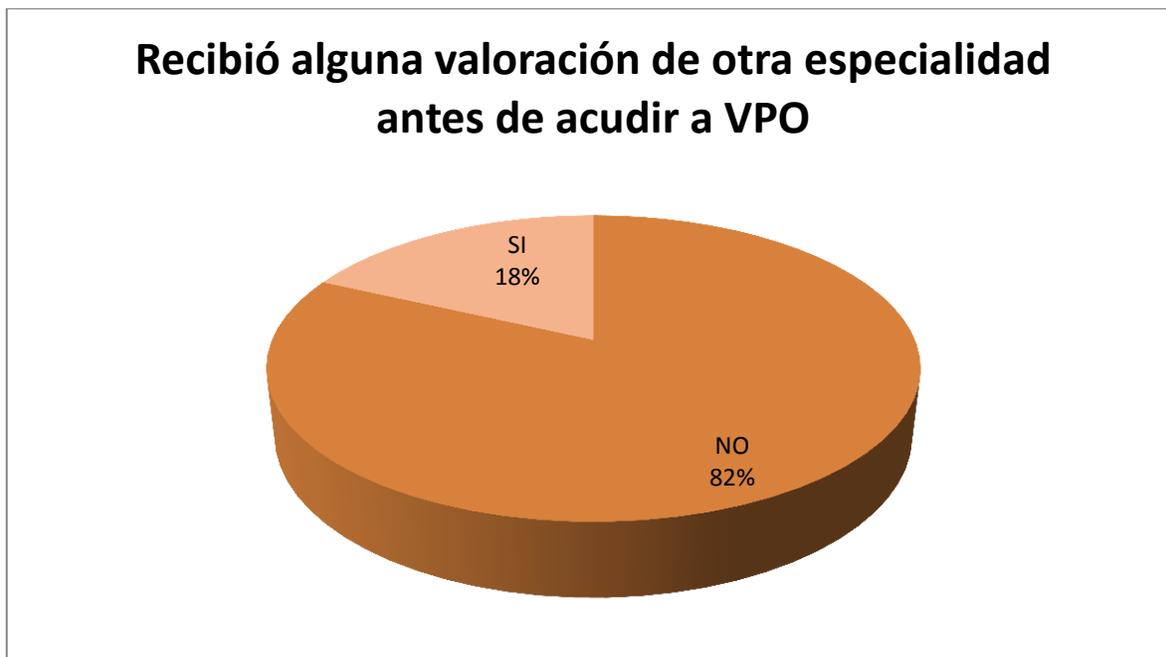
Pacientes que indicaron en su hoja la posología de los medicamentos que toman



De los 315 pacientes, a 45 de ellos (14.28%) se les había diferido una cirugía previamente, mientras que 270 (85.71%) nunca habían sufrido diferimientos.

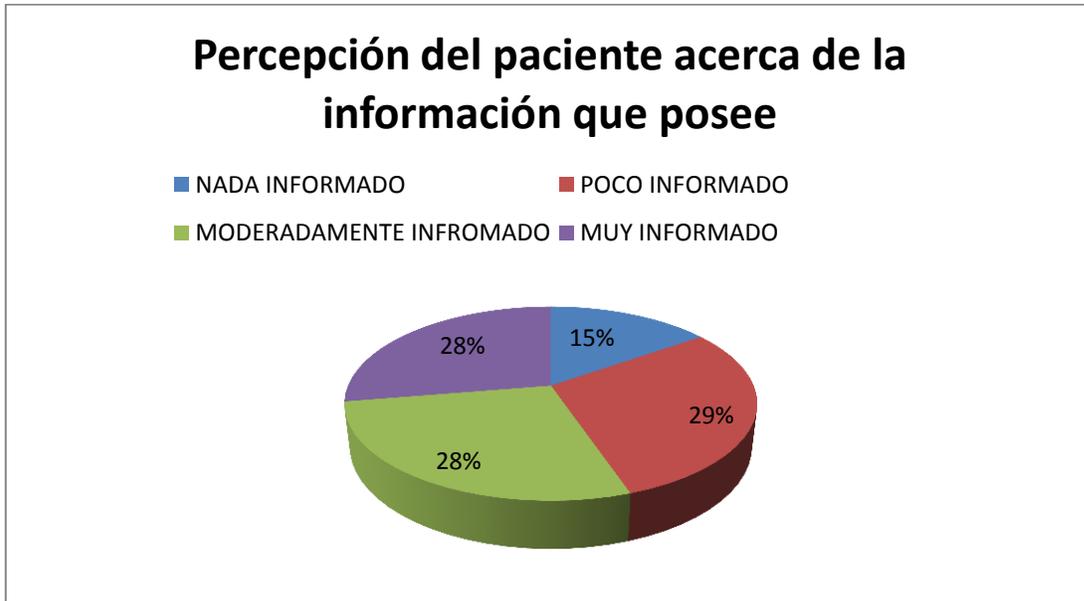


Antes de acudir a la valoración preoperatoria, se les solicitó valoración de otras especialidades a 57 pacientes (18.09%) mientras que a 258 (81.90%) no se les solicitó.

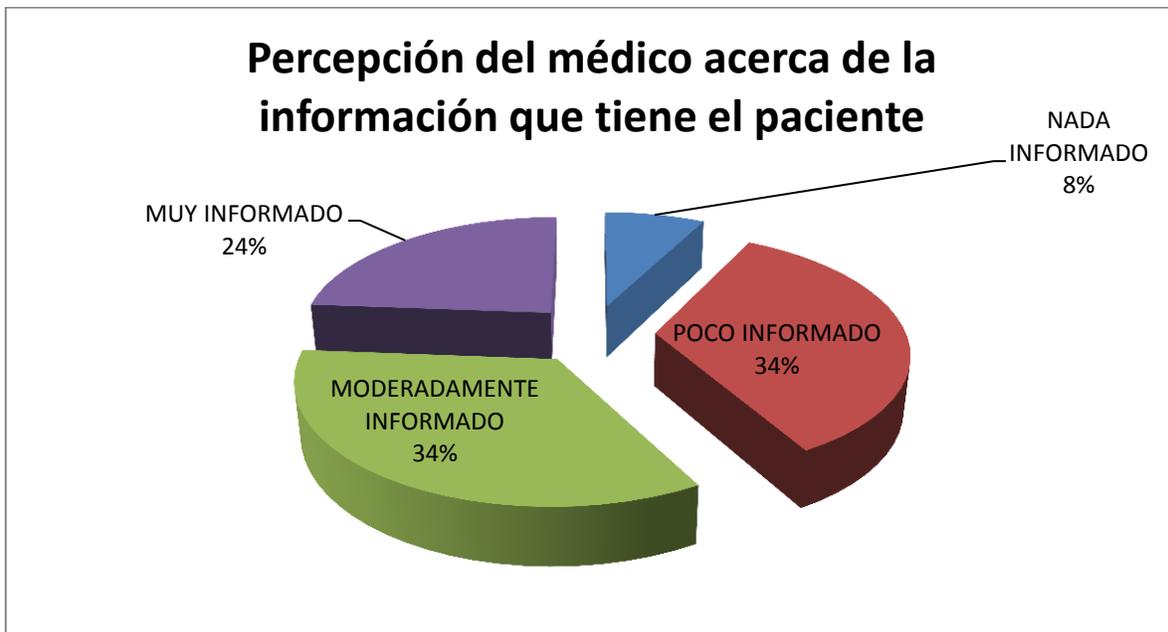


Se les preguntó a los pacientes la percepción que tenían acerca de la información que poseían acerca del procedimiento a realizar, pudiendo situarse en cualquiera de 4 categorías posibles: nada informado, poco informado, moderadamente informado y muy informado. Se encontró que 48 pacientes (15.23%) se

consideraron nada informados, 93 (29.52%) se consideraron poco informados, 87 (27.61%) se consideraron moderadamente informados y 87 (27.61%) se consideraron muy informados.



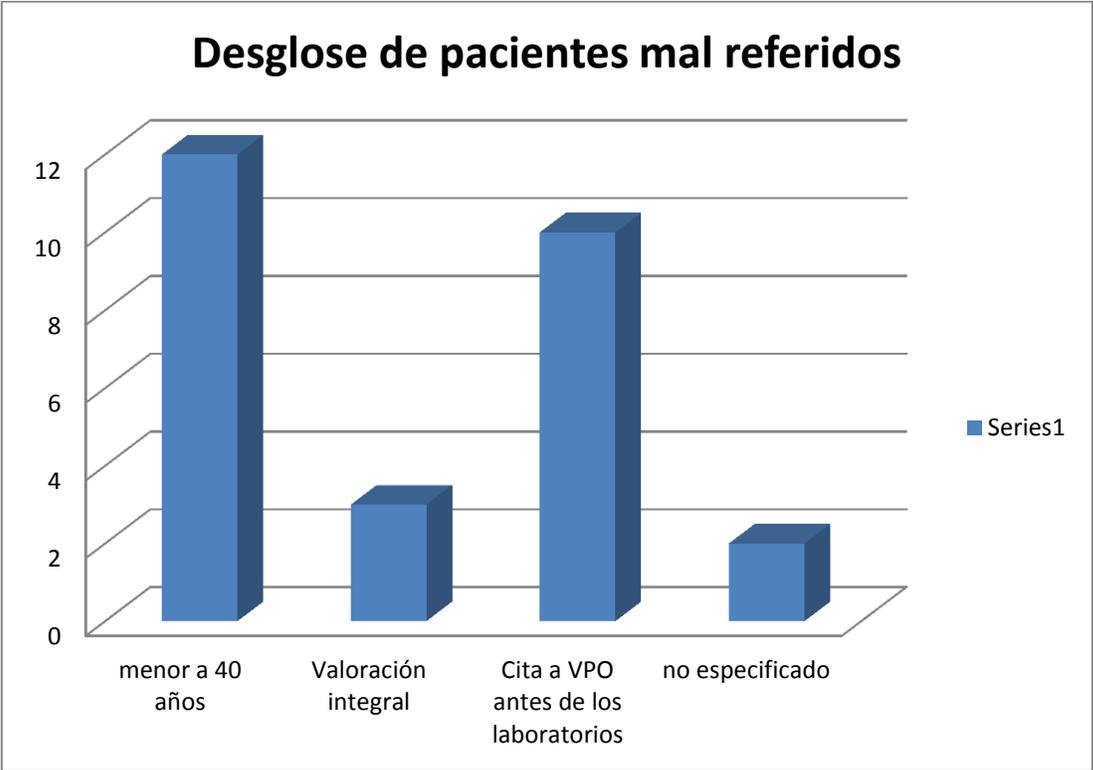
Se les solicitó a los médicos que realizaban la valoración preoperatoria que clasificaran al paciente según su criterio en las mismas categorías encontrando que la percepción del médico era que 24 pacientes (7.61%) estaban nada informados, 108 (34.28%) estaban poco informados, 108 (34.28%) estaban moderadamente informados y 75 (23.80%) estaban muy informados.



Al preguntar a los médicos que realizaron la valoración se les preguntó si consideraban que el paciente había sido adecuadamente referido, encontrando que 27 (8.57%) fueron considerados mal canalizados mientras que 288 (91.42%) fueron referidos adecuadamente.

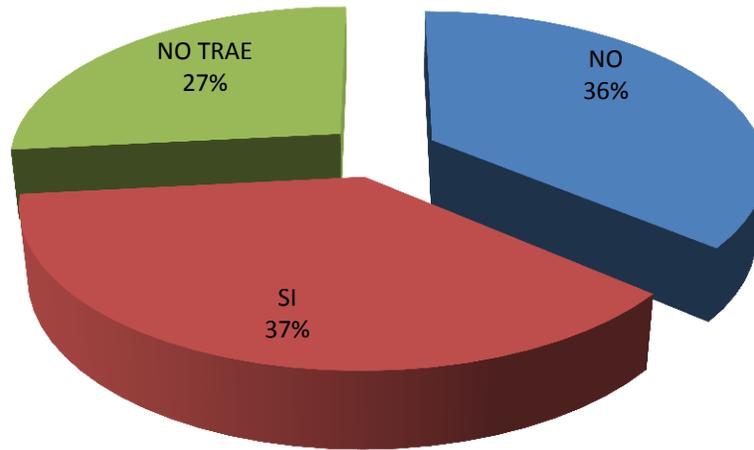


Se encontraron 27 pacientes considerados como mal referidos, de los cuales 12 (3.80% del total y 44.44% de los mal referidos) eran menores de 40 años y sin comorbilidades, 10 (3.17% del total y 37.03% del subgrupo mal referido) tuvieron si cita a valoración preoperatoria antes de acudir a su cita para laboratorios, 3 (0.95% del total y 11.11% del subgrupo) acudieron a valoración integral, sin requerir VPO y en 2 pacientes (0.63% del total y 7.40% del subgrupo) no se especificó el motivo



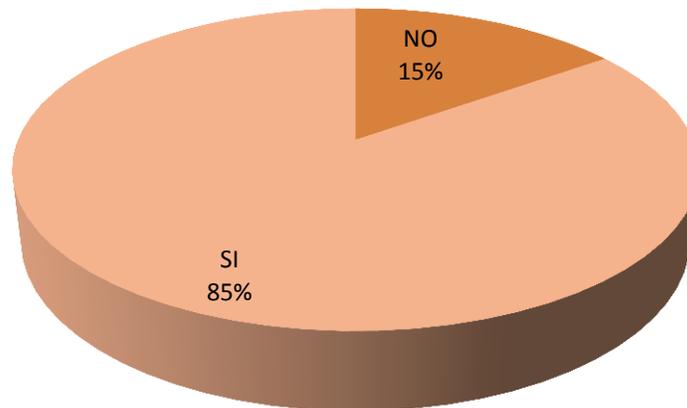
De los 315 pacientes analizados, 84 de ellos (26.66%) no traía consigo la solicitud de valoración preoperatoria emitida por el servicio solicitante, 117 (37.14%) fueron consideradas adecuadamente llenadas y 114 (16.19%) se consideraron mal llenadas.

solicitud adecuadamente llena



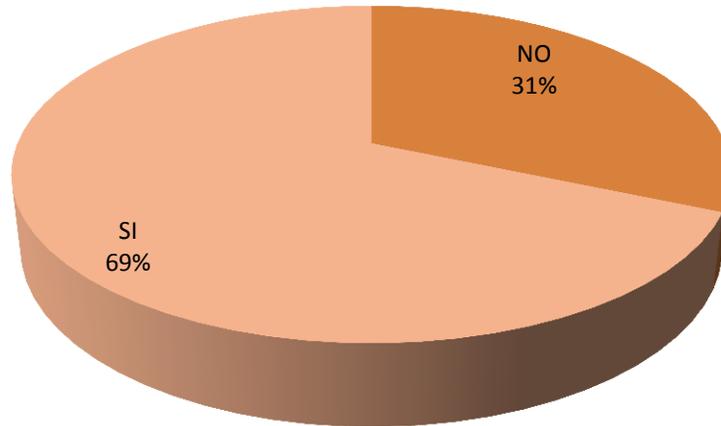
Al revisar el expediente clínico se encontró que 48 pacientes (15.23%) no contaban con una Historia Clínica en el expediente, mientras que 267 (84.76%) sí contaban con ella.

Cuenta con Historia Clínica en el expediente



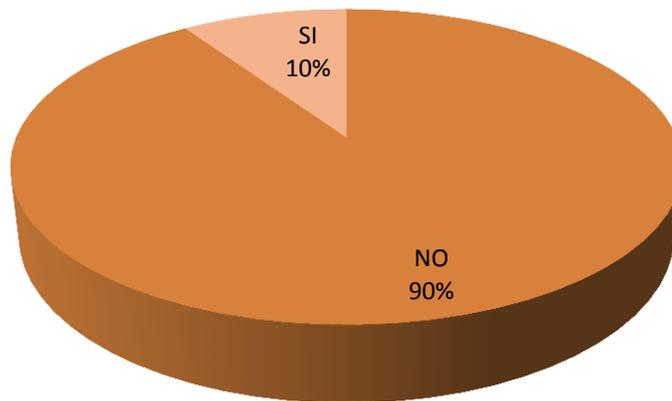
En 99 pacientes (31.42%) no se especificó en el expediente el motivo de la valoración preoperatoria, mientras que sí se especificó en 216 pacientes (68.57%).

Se especifica en el expediente el motivo de la VPO



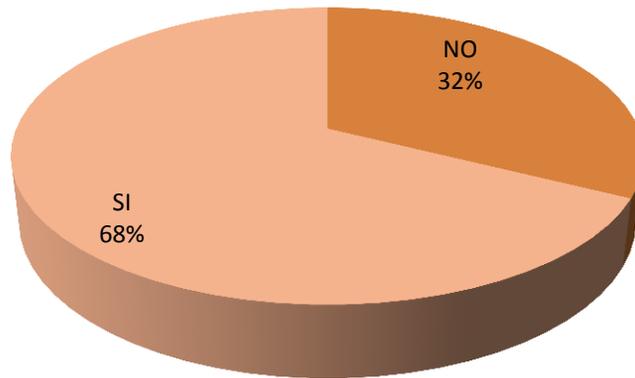
Se encontró que de todos los expedientes analizados, solamente en 30 (9.52%) había constancia en el expediente clínico de la anestesia solicitada o planeada. En 285 pacientes (90.47%) no se especificó.

Se especifica en el expediente la anestesia planeada



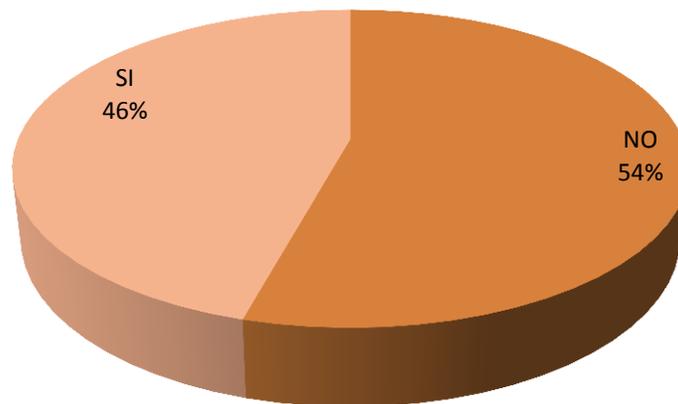
De los 315 expedientes revisados al momento de realizar la valoración preoperatoria, se encontró que 102 pacientes (32.38%) no tenían plan quirúrgico y 213 (67.61%) sí contaban con éste.

El paciente tiene plan quirúrgico



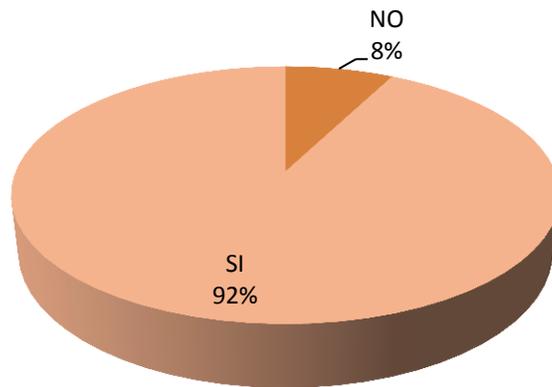
De los 315 expedientes revisados se encontró que en solo 144 (45.71%) están consignados todos los medicamentos que toma el paciente, mientras que en 171 (54.28%) no lo están.

Se especifican en el expediente todos los medicamentos del paciente



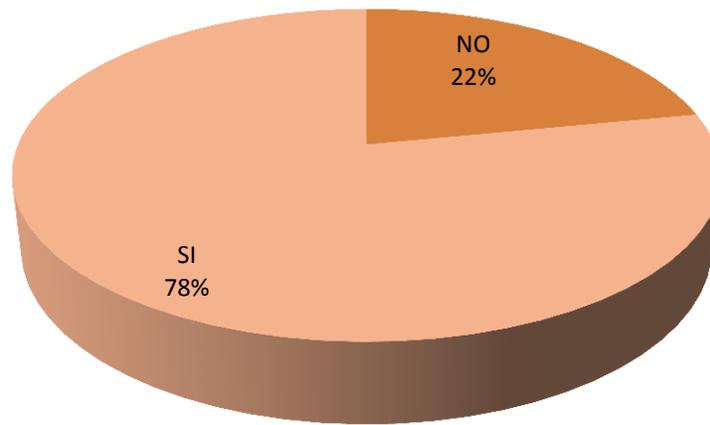
Desde el punto de vista de los médicos que realizaron la valoración preoperatoria, 24 pacientes (7.61%) no conocían sus medicamentos, mientras que 291 (92.3%) sí los conocían.

Percepción del conocimiento de los medicamentos desde el punto de vista del médico



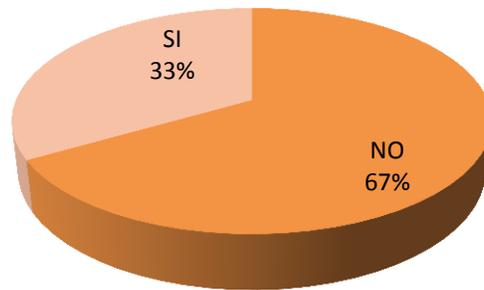
Los médicos que realizaron la valoración consideraron que 69 pacientes (21.90%) no han tenido un seguimiento adecuado de sus patologías de base, mientras que 246 (78.09%) sí lo han tenido.

Han llevado un seguimiento adecuado



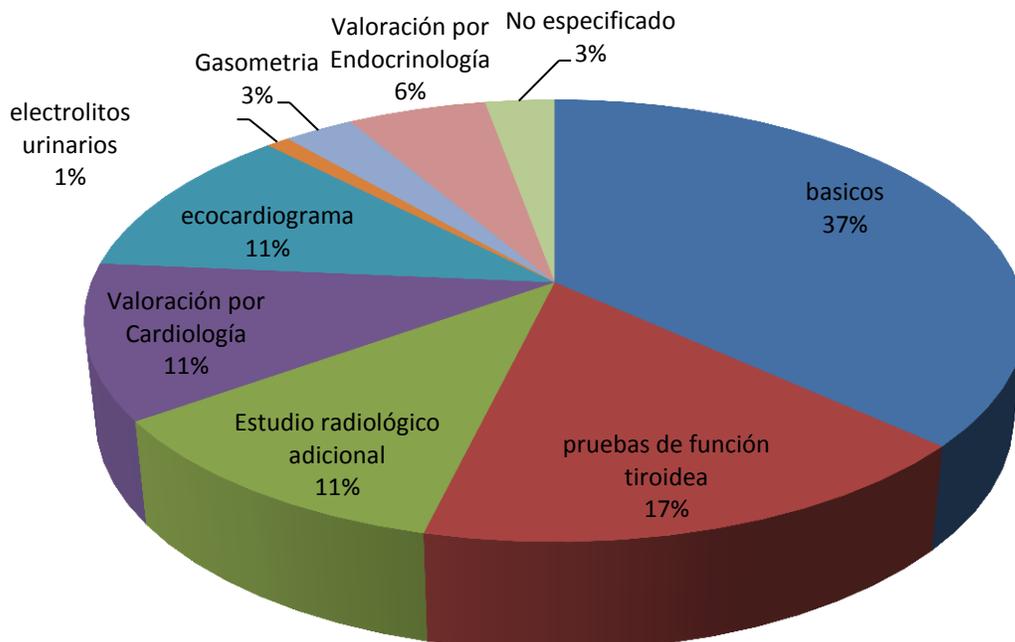
Del total de las 315 valoraciones, los médicos consideraron que 105 pacientes (33.33%) necesitaban algún estudio o valoración adicional antes de acudir a la valoración preoperatoria.

El médico considera que el paciente necesita otros estudios o valoraciones



Éstos se desglosan a continuación:

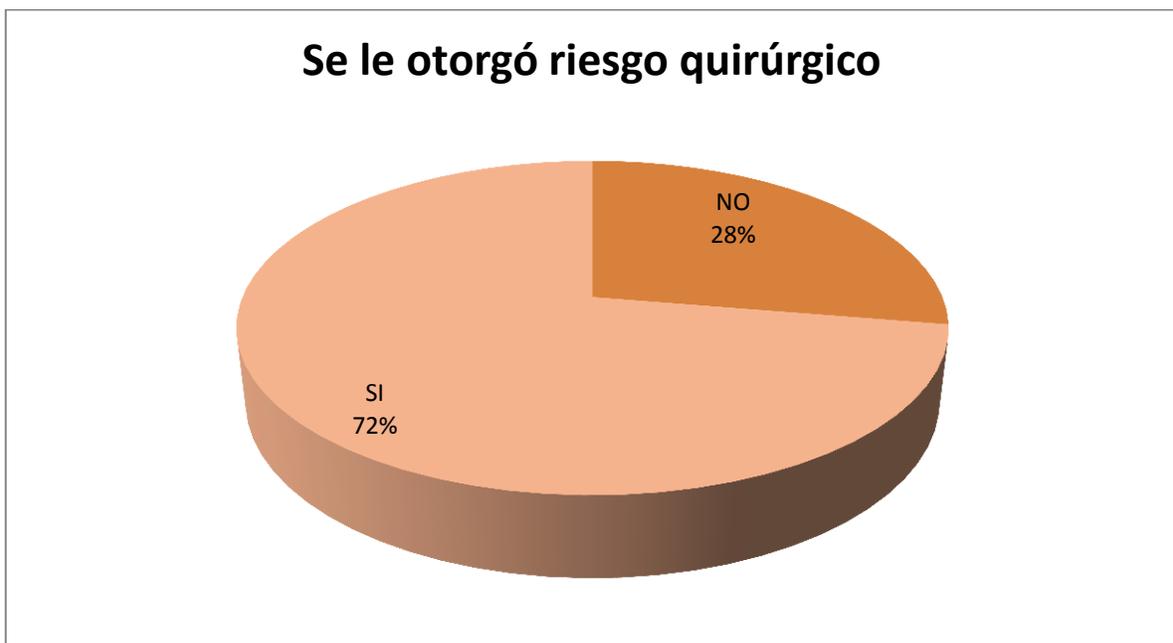
Estudios o valoraciones que el médico consideró debieron realizarse antes de la VPO



Consideraron que 39 pacientes (12.38%) necesitaban los laboratorios básicos completos (BH, QS, ES, Tiempos de coagulación), ya que al momento de la valoración no estaban completos o aún no los tenían; 18 pacientes (5.71%) necesitaban pruebas de función tiroidea, ya que tenían antecedente de patología tiroidea y no contaban con controles en esta unidad o los últimos laboratorios que estaban en el expediente eran muy lejanos; 12 pacientes (3.80%) ameritaban nueva valoración radiológica, ya sea porque no contaban con

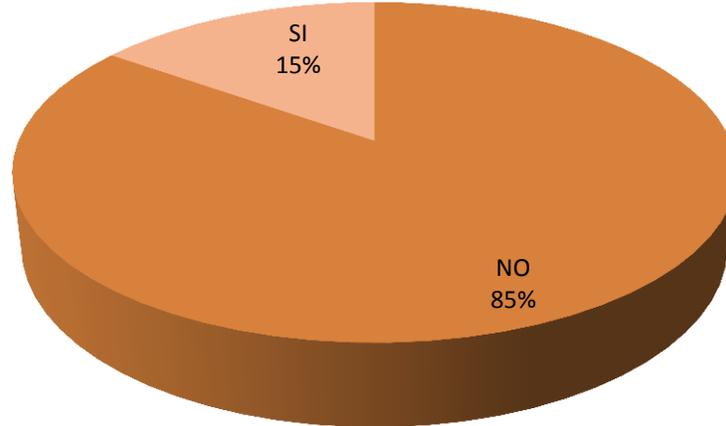
radiografía de tórax o porque éstas eran de mala calidad. En un caso particular el médico solicitó radiografía de columna cervical por tratarse de un paciente con Artritis Reumatoide para valorar riesgo de Intubación orotraqueal; 12 pacientes (3.80%) ameritaban valoración por el servicio de Cardiología debido a alteración Cardiológica previa o descompensada. De la misma manera consideraron que estos 12 pacientes (3.80%) ameritaban un ecocardiograma de control previo a la valoración preoperatoria; 1 paciente (0.31%) requería de unos electrolitos urinarios, 3 pacientes (0.95%) requerían una gasometría y 6 pacientes (1.90%) requerían valoración por el servicio de Endocrinología debido a que mostraban descontrol de patología tiroidea previo a la valoración. En 3 pacientes (0.95%) no se especificó el estudio o valoración que el médico consideró necesitaba el paciente previo a su valoración.

De las 315 valoraciones realizadas, se otorgó riesgo quirúrgico a 228 pacientes (72.38%) y se difirió el riesgo en 87 pacientes (27.61%).

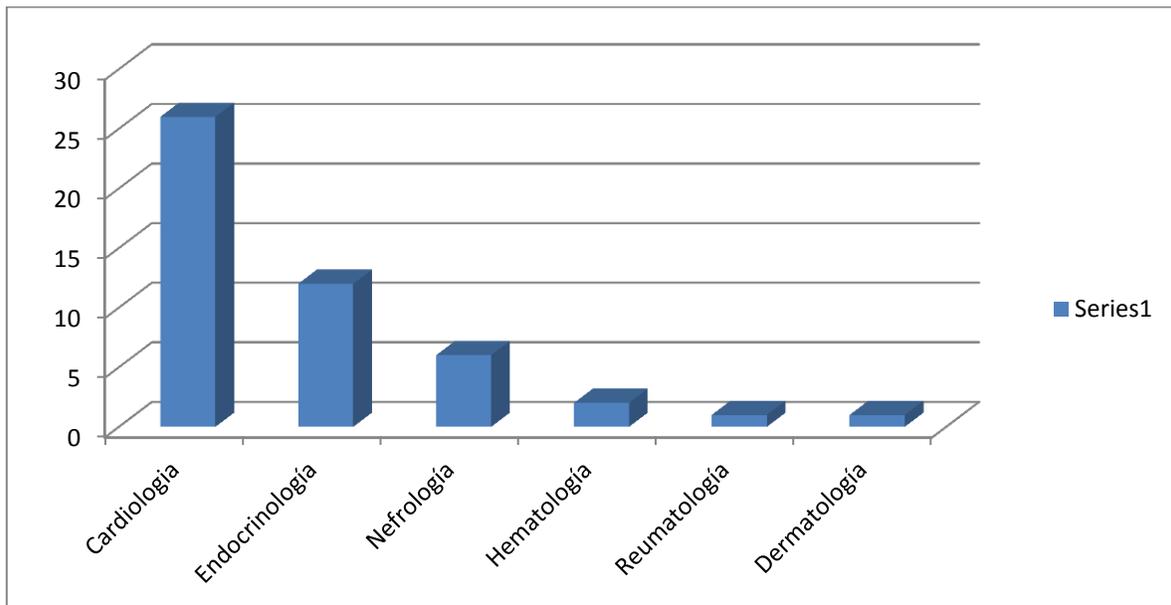


De los 315 pacientes valorados, se solicitó valoración a otra especialidad en 48 pacientes (15.23%), siendo Cardiología la especialidad más interconsultada con 26 pacientes (8.25% del total), seguido de Endocrinología con 12 pacientes (3.80%), Nefrología con 6 pacientes (1.90%), Hematología con 2 (0.63%), Reumatología con 1 (0.31%) y Dermatología con 1 (0.31%).

Se solicitó valoración a otra especialidad



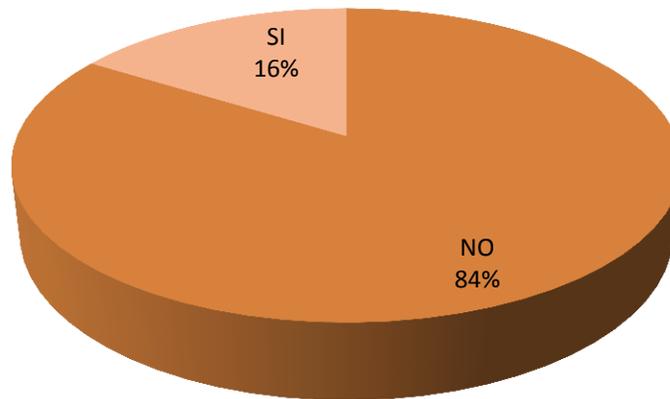
Valoraciones solicitadas:



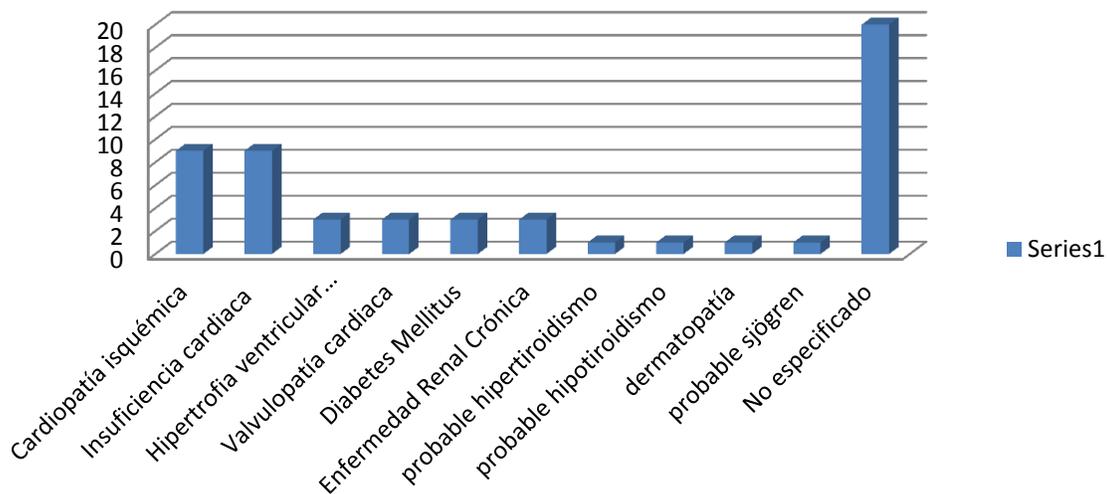
Se detectaron nuevos problemas de salud en 51 pacientes (16.19%). Los problemas encontrados fueron cardiopatía isquémica en 9 pacientes (2.85%), Insuficiencia Cardíaca en 9 pacientes (2.85%), Hipertrofia

ventricular izquierda en 3 pacientes (0.95%), valvulopatía cardiaca en 3 pacientes (0.95%), Diabetes mellitus tipo 2 en 3 pacientes (0.95%), Enfermedad Renal Crónica en 3 pacientes (0.95%), probable hipertiroidismo en 1 paciente (0.31%) , probable hipotiroidismo en 1 paciente(0.31%) , dermatopatía en 1 paciente(0.31%) y probable síndrome de Sjögren en 1 paciente(0.31%) , mientras que no se especificó diagnóstico en 20 pacientes (6.34%).

Detección de nuevas enfermedades durante la VPO



Enfermedades detectadas durante la VPO



Para valorar el grado de información que tiene el paciente, se realizó el siguiente puntaje:

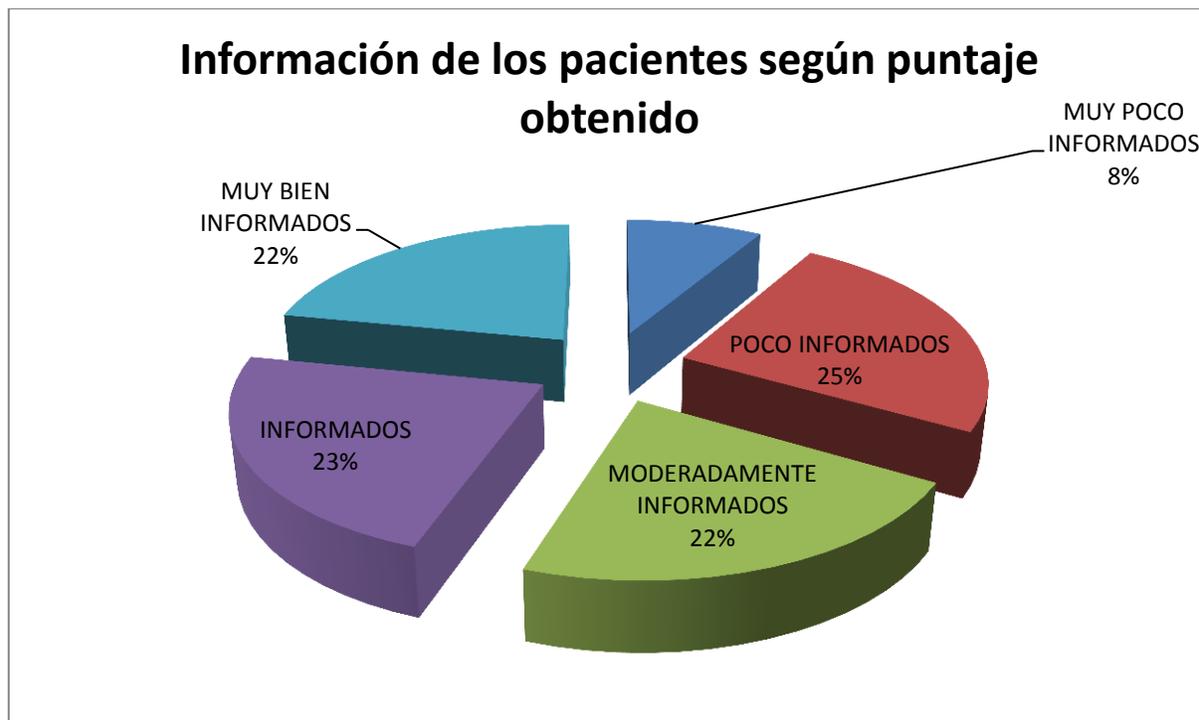
Puntaje utilizado para valorar grado de información con la que cuenta el paciente		
1. Conoce el motivo de la valoración preoperatoria	Si= 1 punto No= 0 puntos	0-2 puntos = Muy poco informado 3-4 puntos= Poco informado 5-6 puntos= Moderadamente informado 7-8 puntos= informado 9-10 puntos= muy informado
2. Conoce a grandes rasgos la cirugía que le realizarán	Si= 1 punto No= 0 puntos	
3. Conoce al cirujano que lo operará	Si= 1 punto No= 0 puntos	
4. Se le explicó el procedimiento que le realizarán	Si= 1 punto No= 0 puntos	
5. Se le explicaron los riesgos de su procedimiento	Si= 1 punto No= 0 puntos	
6. Se le explicaron los beneficios de su procedimiento	Si= 1 punto No= 0 puntos	
7. Dice conocer los medicamentos que utiliza o trae una lista	Si= 1 punto No= 0 puntos	
8. Percepción del paciente de lo informado que está	Según lo que contestó en la encuesta: a. Nada informado= 0 puntos b. Poco informado= 0 puntos c. Medianamente informado= 1 punto d. Muy informado= 1 punto	
9. El médico considera que el paciente conoce sus medicamentos	Si= 1 punto No= 0 puntos	
10. Percepción del médico acerca de lo informado que se encuentra el paciente	Según lo que contestó en la encuesta: a) Nada informado= 0 puntos b) Poco informado= 0 puntos c) Medianamente informado= 1 punto d) Muy informado= 1 punto	

Al valorar el puntaje obtenido por cada uno de los 315 pacientes, encontramos que había 27 pacientes muy poco informados (8.57%), 78 pacientes poco informados (24.76%) , 69 pacientes moderadamente informados (21.90%), 72 pacientes informados (22.85%) y 69 pacientes muy informados (21.90%).

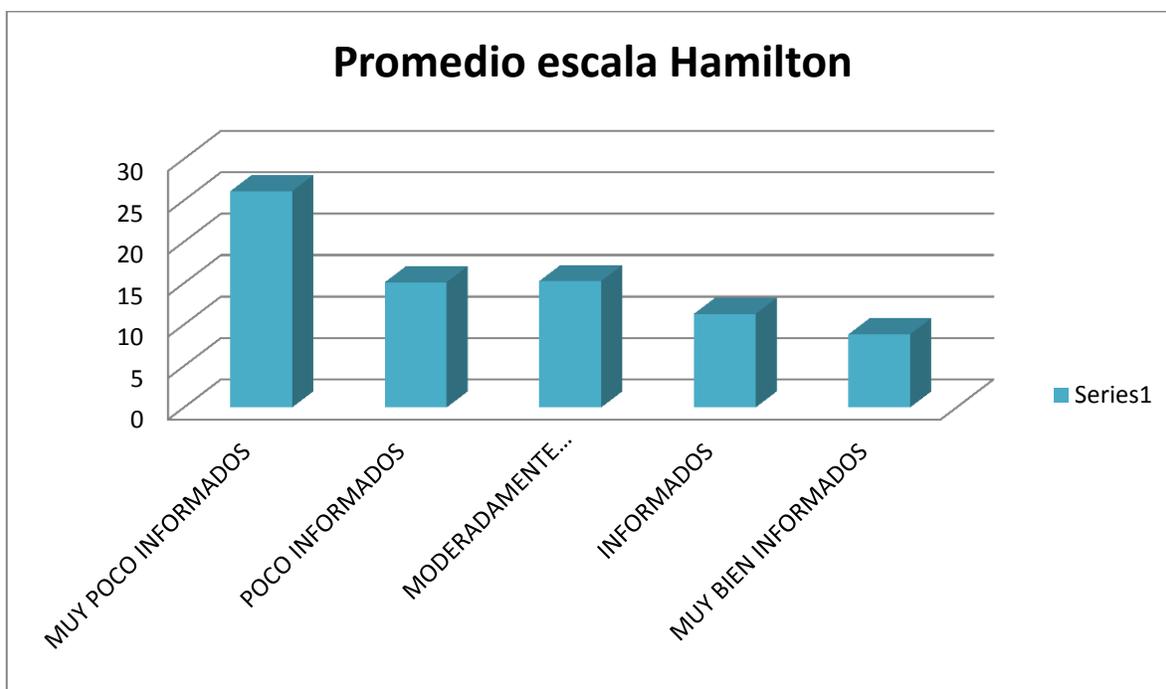
Informe

Hamilton

Grado de información	Media	N	Desv. típ.
Muy poco informado	26.1111	27	8.45046
poco informado	15.1154	78	7.46591
moderadamente informado	15.2609	69	7.92734
informado	11.2917	72	7.77580
Muy informado	8.8261	69	7.20081
Total	13.8381	315	8.88259



Se le realizó la escala de Hamilton de ansiedad a los 305 participantes, obteniendo una media de 13.83 puntos, una mediana de 12 y una moda de 8 puntos. El valor mínimo obtenido fue de 0 y el máximo de 38 puntos. Se graficó la media de la escala por puntaje obtenido para valorar el grado de información. Se encontró que en los pacientes muy poco informados el promedio de la escala de Hamilton fue de 26.1 puntos, en los pacientes poco informados fue de 15.2 puntos, en los pacientes moderadamente informados 15.2 puntos, en los pacientes informados 11.2 puntos y en los pacientes muy bien informados 8.8 puntos, lo cual fue estadísticamente significativo con $p < 0.05$ al compararlo con el resto de los grupos mediante la prueba de T de student para muestras independientes, excepto con el grupo de los informados con $p = 0.053$. Se realizaron 2 grandes grupos: en uno se englobaron a los pacientes muy poco informados, poco informados y moderadamente informados y en el otro grupo se incluyeron a los informados y a los muy bien informados. Se encontró en el primer grupo un promedio de 18.8 puntos en la escala de Hamilton y en el segundo grupo un promedio de 11.3 en dicha escala con una diferencia estadísticamente significativa con $p < 0.05$ mediante la prueba T de student para muestras independientes.



16. Análisis y discusión

La información con la que cuenta el paciente es fundamental desde el punto de vista psicológico, ético y legal. Tener una adecuada relación médico-paciente conlleva a un mejor entendimiento del entorno biopsicosocial del paciente para poder transmitir la información de su padecimiento de una manera clara y comprensible. El tener a un paciente adecuadamente informado de su estado de salud llevará a que éste se encuentre involucrado e interesado en todos los procesos necesarios para restablecer la salud. Es decir, tener a un paciente informado es un arma más que tiene el médico, ya que a través de la información los pacientes forman parte activa de su proceso de sanación, mejorando el apego terapéutico y disminuyendo el nivel de angustia que genera la enfermedad. Es claro que ante la actual demanda en los servicios de salud y al poco tiempo con el que cuenta el médico para estar con un paciente, la relación médico-paciente se ha ido deteriorando, con la consecuente disminución de la información que se transmite al paciente.

Es un hecho claro que para que se efectúe un procedimiento quirúrgico en un individuo, éste debe de conocer los aspectos más importantes del mismo. Debe de platicar con el cirujano que efectuará la cirugía para familiarizarse con el procedimiento y debe de estar enterado de todos los riesgos y beneficios de tal procedimiento. Asimismo debe tener pleno conocimiento de sus padecimientos de base así como de los medicamentos que se encuentra tomando. Todo esto le dará herramientas necesarias para tomar decisiones correctas respecto de su tratamiento. Día a día éstos pacientes son enviados al servicio de valoración preoperatoria de Medicina Interna, donde hemos observado las severas deficiencias de información con la que cuentan los pacientes, que muchas veces ni siquiera saben cuál es la razón por la que acuden al servicio.

El objetivo de una correcta valoración preoperatoria es el de establecer un plan antes durante y después de la cirugía con el fin de reducir el riesgo de complicaciones. Para ello el internista debe de tener en cuenta la Historia Clínica completa del paciente, la indicación del procedimiento quirúrgico, el uso de medicamentos o suplementos nutricionales, los factores de riesgo asociados a complicaciones quirúrgicas y debe de enfocar los procedimientos anestésicos de acuerdo a cada paciente. Para obtener un adecuado panorama del paciente, el Internista cuenta con que el expediente este adecuadamente lleno y que el paciente cuente con información suficiente sobre sus padecimientos. De igual manera, la valoración preoperatoria ayuda a identificar problemas que no se habían detectado con anterioridad así como a la compensación de padecimientos que no lo estuvieran previamente mediante ajuste o cambio de medicamentos. Es por ello de vital importancia que el internista cuente con todos los elementos necesarios para llevar a cabo una buena valoración.

Al concluir este estudio, encontramos datos muy importantes y alarmantes. En primer lugar podemos ver que solo el 37% de los pacientes conoce el motivo de la valoración preoperatoria. Es decir que el cirujano no les informó de qué se trataba nuestra valoración. Más aún encontramos que muchos de los pacientes pensaban que el motivo de estar allí era el de decirles cuándo los iban a operar e incluso un paciente pensó que su cirugía se efectuaría ese mismo día. También encontramos que el 45% de los pacientes no conoce el nombre de su cirujano y 33% de los pacientes no conocían el procedimiento que les realizarían. A 40% de los pacientes no se les explicó el procedimiento, a 54% no se le explicaron los riesgos y al 37% de los pacientes no se les explicaron los Beneficios. Todos estos datos son de vital importancia, ya que para un procedimiento quirúrgico es necesario, según lo establece la ley, la carta de consentimiento informado en la que se deben de explicar estas consideraciones. Más aún, es importante que los conozca el paciente debido a que sólo a través de la información que tenga de primera mano del cirujano podrá tomar una decisión informada acerca de su manejo quirúrgico si es que lo desea.

Encontramos también que el 30% de los pacientes ya contaban con su cirugía programada al momento de la valoración preoperatoria, es decir que ya se encontraba programado sin tomar en cuenta la opinión y la planeación del médico internista. Esto tiene repercusiones administrativas, ya que si se llegara a diferir un

riesgo quirúrgico por cualquiera que sea la situación, la cirugía ya programada implica que se pierda un tiempo quirúrgico. De igual manera refleja la manera en que el cirujano ve al internista y a la valoración preoperatoria: como un requisito previo para su cirugía y no como un paso importante en el proceso perioperatorio con fines de disminuir los riesgos y las complicaciones del acto quirúrgico. Esta manera de ver la valoración preoperatoria se puede observar directamente en la información que le proporcionan al paciente y la que plasman en su solicitud y en el expediente.

El 9% de los pacientes fueron canalizados al servicio de valoración preoperatoria de una manera inadecuada, encontrando que muchas solicitudes enviadas fueron de pacientes menores de 40 años sin comorbilidades, los cuales no tienen indicación de una valoración preoperatoria, algunos fueron enviados para valoraciones integrales como si fuera una consulta habitual de Medicina Interna y otros tantos fueron enviados antes de su cita a su toma de laboratorios, esto sin tomar en cuenta el 32% de los pacientes que no tenían un plan quirúrgico al momento de la valoración y que muchas veces se pide rutinariamente.

Encontramos que de todas las solicitudes analizadas, el 36% se encuentran incompletas. Es decir que más de un tercio de los cirujanos llenan la solicitud sin los datos mínimos indispensables que debemos de conocer para la elaboración de una valoración preoperatoria. Esto sin contar que el 27% de los pacientes no traía la solicitud al momento de la valoración. Desafortunadamente el mal llenado de las solicitudes se ha hecho una práctica habitual, ya que la mayoría de éstas solamente tiene el nombre del paciente y no cuenta con un resumen adecuado ni con el motivo por el que se solicita la interconsulta. Esto trae repercusiones importantes, debido a que al momento de realizar una solicitud adecuada, los servicios interconsultantes se pueden percatar de enfermedades que tenga el paciente para los cuales quizás necesite una valoración por alguna especialidad distinta a la nuestra antes de acudir a la valoración preoperatoria. Es más, en este estudio quedó demostrado que el 33% de pacientes ameritaban algún estudio especial o alguna valoración previa a la consulta en VPO. Esto tiene gran importancia debido a que éstos pacientes serán retrasados en la valoración preoperatoria, ya que al no contar con los elementos necesarios, el internista solicitará estudios especiales o valoraciones extra antes de otorgar un riesgo quirúrgico y poder elaborar un plan, retrasando así el tratamiento y quizás empeorando el pronóstico y disminuyendo la satisfacción del derechohabiente. De hecho demostramos que 14% de los pacientes que acudieron ya se les había diferido el riesgo quirúrgico en alguna ocasión previa. Aunque los pacientes no especificaron el motivo del diferimiento, es de esperarse que formaban parte del 33% que necesita algún estudio o valoración previo a la VPO. Entre los padecimientos que más de pudo prever esta situación están los padecimientos tiroideos, los cuales llegan a valoración preoperatoria sin pruebas de función tiroidea y los pacientes cardiopatas conocidos que llegan sin una valoración por el servicio de Cardiología.

Otro punto importante para tomar en cuenta en este grupo de pacientes son aquellos a los que les faltaba algún estudio de los básicos con los que supuestamente deben de llegar ya a la VPO. Estos incluyen la Biometría hemática completa, la química sanguínea, los electrolitos, tiempos de coagulación, radiografía de tórax o electrocardiograma de 12 derivaciones. Encontramos que a un 5% de los pacientes no se les realizó electrocardiograma, a un 4% no se les realizaron estudios de laboratorio y a un 13% no se les realizó radiografía de tórax. Esto pone de manifiesto la falta de sistematización en los envíos a valoración preoperatoria y la necesidad de que exista un protocolo interno de tipo checklist para que se eviten omisiones importantes que desemboquen en el diferimiento de riesgos.

Llama poderosamente la atención las deficiencias encontradas en los expedientes revisados al momento de la valoración preoperatoria, ya que en el 15% de los expedientes no se encontró una historia clínica, en un 31% no se plasmó el motivo de la VPO, en un 90% no se indicó la anestesia programada y asombrosamente en un 54% de los expedientes no estaban especificados todos los medicamentos que consume el paciente. Esto es importante debido a que solo un 31% de los pacientes pudieron plasmar en el cuestionario los medicamentos y dosis exactas de su tratamiento. Pareciera meramente administrativo, sin embargo el desconocimiento de estos datos por parte tanto en el expediente clínico, como por el paciente pueden llevar a errores graves en cuanto a la dosis que pudieran no ser detectados durante la valoración preoperatoria así como omisiones en cuanto a las recomendaciones pertinentes para cada medicamento. Es importante mencionar que en caso de

requerir en el momento de la consulta algún ajuste de dosis (lo más común antihipertensivos, hipoglucemiantes, diuréticos e insulina) no se pueden realizar estos ajustes en caso de que desconozcamos la posología. Es más, esto lleva a consultas innecesarias al servicio de Admisión continua o las unidades de medicina familiar por problemas que fácilmente pueden ser solucionados durante la consulta en valoración preoperatoria. En algunos casos también lleva al diferimiento de los riesgos quirúrgicos, sin mencionar por supuesto la importancia legal del adecuado llenado del expediente clínico según la Norma Oficial Mexicana. Todo esto en el contexto de la nada despreciable cantidad de 22% de los pacientes a los que se considera se ha llevado un seguimiento inadecuado de sus enfermedades de base y se requiere hacer ajustes durante su visita con el Internista.

Por último mencionaré el grado de conocimiento que tiene el paciente al momento de la valoración preoperatoria que se encontró en este estudio. Para esto se tomaron en cuenta todos los datos analizados y expuestos en párrafos anteriores y se encontró que el 8% de los pacientes se encontraban muy poco informados, el 25% poco informados, el 22% moderadamente informados , el 23% informados y sólo el 22% muy bien informados. Considerando la importancia de la información y la simplicidad de los datos preguntados, el objetivo de todo médico debe ser el tener a sus pacientes muy bien informados, lo cual solo se reflejó en el 22% de los pacientes aquí mostrados. Es decir que se tienen que implementar las medidas necesarias para elevar el grado de información en el 78% de los pacientes restantes que tienen algún grado de deficiencia de información. Esto no es mas que el reflejo de la actual relación médico-paciente y la tendencia general de no ver a la información como un derecho del paciente.

Pudimos observar que entre mayor sea la información con la que cuente el paciente, menor es la cantidad de ansiedad que genera en éste, la cual fue medida mediante la escala de Hamilton y mostró significancia estadística entre los diferentes grupos de pacientes. Esto se verá reflejado en una mejor calidad de vida y en un mejor manejo perioperatorio del paciente. Estos datos concuerdan con estudios realizados previamente que relacionan ansiedad e información con la que cuenta el paciente.

17. Conclusiones

La información que reciben los pacientes y sus familiares acerca de su estado de salud es un aspecto de significativa importancia, ya que determinará en gran medida el grado de aceptación de su condición y la adherencia al tratamiento. Los pacientes que no participan en el proceso de decisión, ni están informados, tienen una menor probabilidad de aceptar el tratamiento elegido por el médico y de hacer lo que es necesario para permitir que el tratamiento de resultado.

Para que los resultados de un tratamiento sean óptimos, es indispensable una buena relación entre el paciente y el médico. La responsabilidad del paciente es una de las condiciones indispensables, pero para ello es requisito previo que éste esté informado. La información por si sola no basta para que el paciente esté informado. Se debe establecer y garantizar también una comunicación efectiva.

El propósito de la valoración preoperatoria es establecer con base en el estado general del paciente y tomando en cuenta sus comorbilidades y factores de riesgo, un plan pre, trans y postoperatorio para minimizar los posibles riesgos y complicaciones de los procedimientos quirúrgicos. Es realizada por el servicio de Medicina Interna y para realizarla los médicos internistas necesitan tener un amplio panorama del paciente, para lo cual requieren de una adecuada información que proviene de alguna de las siguientes fuentes, las cuales son complementarias entre sí: el propio paciente durante la entrevista realizada en la valoración preoperatoria, la solicitud por parte del servicio quirúrgico y el expediente clínico. Cualquier deficiencia en la información en cualquiera de estas fuentes se verá reflejada negativamente en la calidad de la valoración preoperatoria elaborada e incluso pudiera ser causa de diferimiento de la misma.

El paciente que será sometido a un procedimiento quirúrgico debe de ser informado por parte del cirujano acerca del procedimiento que se le va a realizar, así como los riesgos y beneficios del mismo y las alternativas

de tratamiento que tiene, para que el paciente pueda decidir concienzudamente sobre el tratamiento que desea recibir. No hay que olvidar que la información es un derecho de los pacientes.

La información del paciente es responsabilidad de los médicos. Un paciente informado refleja una adecuada relación médico-paciente y conlleva el entendimiento del entorno biopsicosocial y un canal abierto de comunicación que mejorará en todos los casos la comprensión y la actitud del paciente hacia su enfermedad, resultando en un paciente activo, interesado y participativo, lo cual a su vez mejorará la calidad de la atención médica.

Aunque hay una Guía de Práctica clínica para la valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en el adulto emitida por el IMSS, ésta menciona solamente tres puntos acerca de la valoración de Medicina Interna y está orientada hacia la valoración preanestésica. No se menciona nada acerca del beneficio de la información del paciente ni de cómo manejar esta información. No existe un documento preoperatorio ni protocolos internos dirigidos hacia los servicios quirúrgicos para mejorar y agilizar las valoraciones preoperatorias que se realizan en el Centro Médico Nacional Siglo XXI. Por tal razón, como se muestra en los resultados de este estudio hay un porcentaje de pacientes que acuden a valoración sin los estudios necesarios para la misma, lo que conlleva el diferimiento de los riesgos quirúrgicos y disminuye la calidad de la atención al derechohabiente. Estos documentos deben contemplar aquellos estudios especiales y/o valoraciones que deben de ser realizados antes de la visita al internista para que éste cuente con los elementos necesarios para realizar una adecuada valoración disminuyendo así el número de diferimientos, agilizando los trámites administrativos y mejorando la calidad de la atención y satisfacción del paciente. De la misma manera es importante enfatizar que en otros países existen guías preoperatorias dirigidas a los pacientes que explican sencillamente acerca del procedimiento perioperatorio y enfatiza la importancia de cada uno de los estudios solicitados, mejorando así el entendimiento del paciente. La ausencia de este tipo de documentos ha llevado a que el paciente que acude por primera vez a una Valoración preoperatoria carezca de la información básica acerca de ésta y el paciente no se responsabiliza de su condición e información. Al no estar informado, el paciente cae en una actitud pasiva que en nada ayuda a una adecuada valoración.

Un ejemplo de lo anterior es la cantidad de pacientes que desconocen los medicamentos que toman, lo que refleja un subyacente mal apego terapéutico y que a la vez dificulta la valoración por el médico internista. Debido a que la valoración preoperatoria siempre es propositiva, activa e integral, puede detectar enfermedades no diagnosticadas previamente y detectar descompensaciones de enfermedades de base. Sin embargo para que exista una adecuada intervención es necesario conocer todos los aspectos de la Historia Clínica del paciente, por lo que el adecuado llenado del expediente se convierte en una pieza clave para una adecuada valoración. Durante este estudio se detectaron severas deficiencias en el expediente clínico, llamando la atención que 15% de los pacientes no cuentan con una Historia clínica completa y en 54% no se especifican los medicamentos del paciente.

Al mejorar la comunicación entre el médico y el paciente y secundariamente generar pacientes informados y conscientes, podemos disminuir el grado de ansiedad que un procedimiento quirúrgico inminente o la propia hospitalización puede generar en los pacientes. Esto es particularmente importante ya que mejora sustancialmente la calidad de vida del paciente, mejora el apego terapéutico y mejora la relación médico-paciente. Todo esto a mediano plazo genera la optimización de tiempo y de recursos humanos y materiales mejorando la eficiencia del sistema de salud.

Bibliografía.

1. Akbarzadeh et al Effect of Preoperative Information and Reassurance in Decreasing Anxiety of Patients Who are Candidate for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *J Cardiovasc Thorac Res* 2009; Vol.1 (2): 25-28
2. Baños Madrid R et al Evaluación y mejora en la información de los pacientes que se realizan una endoscopia. *AN. MED. INTERNA (Madrid)* Vol. 22, N.º 9, pp. 413-418, 2005
3. Barbero J The patient's right to information: the art of communicating *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 19-27.
4. Berg Almuth et al. Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Nursing* 2006, 5:4
5. Beutler E. and Waalen J. The definition of anemia What is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration. 2006 *107: 1747-1750*
6. Contreras M. Evaluación médica preoperatoria como predictor de riesgo quirúrgico y no quirúrgico. 2010; 8; 83—93.
7. Contreras Manuel. Evaluación Médica Preoperatoria como Predictor de Riesgo Quirúrgico y no Quirúrgico. *Comunidad y salud.* 2010
8. Costa MJ. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN J.* 2001;74(6):874-881.
9. Danielson David et al Health Care Guideline: Preoperative Evaluation. *Institute for Clinical Systems* Ninth edition 2010
10. Datta, MD; and Lahiri. Preoperative Evaluation of Patients Undergoing Lung Resection Surgery. *Chest* 2003;123;2096-2103
11. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh p. Preoperative patient education for open – heart patients: a source of anxiety? *Patient Educ Couns* 2006; 62: 111-117.
12. Fernández Lara .Consentimiento informado en medicina. *Acta Médica grupo Angeles Volumen 3, No. 1, enero-marzo 2005*
13. Fischer SP. Cost – effective preoperative Evaluation and Testing. *Chest* 1999: 96-101
14. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, Chaikof EL, Fleischmann KE. ACC/AHA 2007 Guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) *JACC* 2007;50:59–242.
15. France Chung. Elimination of Preoperative Testing in Ambulatory Surgery. 2009;108: 467-475
16. Garcia Miguel FJ Preoperative assessment. *Lancet* 2003; 362: 1749–57
17. Grand River Hospital (2012). Pre-operative Patient Information Booklet << www.grandriverhospital.on.ca>>
18. Guia de práctica clínica (2010). Valoración perioperatoria en Cirugía no Cardíaca en el Adulto. <<<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>>>
19. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud, 2010. 60, págs.
20. Hepner D Patient Satisfaction with Preoperative Assessment in a Preoperative Assessment Testing Clinic. *Anesth Analg* 2004;98:1099–105
21. HEPNER D. The role of testing in the preoperative evaluation. *CLEVELAND CLINIC JOURNAL OF MEDICINE* 2009; 4; S22-S27.
22. Hobbs R, Does Pre-operative education of patients improves outcomes? The impact of preoperative education on recovery following coronary artery bypass surgery: a randomized controlled clinical trial. *European Heart journal* 2002; 23: 600-601
23. Hodgkinson B, Evans D, O'Neill S. Knowledge retention from pre-operative patient information. *Best Practice.* 2000;4(6):1-6. http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPISEng_4_6.pdf.

24. Kruzik Nancy Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. AORN J 90 (September 2009) 381-387
25. Kumer A, Srivastava U. Role of routine e laboratory investigations in preoperative evaluation. JACP 2001;27;174-179.
26. Lagarda J, Castellanos A, Lagarda G La valoración preanestésica como instrumento predictivo de morbimortalidad después de la cirugía. Revista Mexicana de Anestesiología. 2011;2;79-90
27. Laine Christine. in the clinic Preoperative Evaluation. American College of Physicians 2009
28. Leon Pilar. Aspectos éticos de la seguridad en la información en entornos sanitarios. Sociedad Española de Informática en salud. España 2002
29. León Sanz P., director, La implantación de los derechos del paciente: comentarios a la Ley 41-2002. Pamplona: EUNSA; 2004.
30. Lingard et al Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. ARCH SURG/VOL 143 (NO. 1), JAN 2008
31. Norma Oficial Mexicana NOM 170 –SSA1 – 1998, Para la practica de anestesiología.
32. Ortiz, Zulma, “Un paciente informado, es un paciente seguro”. Disponible en World Wide Web: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar> Enero 2007. IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.
33. Oxford Radcliffe Hospitals (2011) Information for patients attending the preoperative assessment clinic. Information for patients <<<http://www.oxfordradcliffe.nhs.uk/forpatients/090427patientinfoleaflets/110311preop.pdf>>>
34. Participatory Medicine: an End to Rational Ignorance in Medicine, Gilles Frydman, V5, N3, ESUN, June 2008.
35. Ramirez Agustin(2012). Tratamiento jurídico de los datos clínicos en Mexico (información y límites de acceso) << <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2252/17.pdf>>>
36. Remón Aibar(2010). La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. <<<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo3.pdf>>>
37. Rojas, W. Evaluación de los Exámenes Preoperatorios. Acta Médica, Costa Rica. 2006; 48; 32-40.
38. Ruiz López et al. Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen Mex 2000; 63 (4): 231-236
39. Schriver Bruce. (2009) A dilemma for the informed patient <<http://sarcomahelp.org/learning_center/informed.html>>
40. Scott Anne Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care 2004 Vol 9 No 2
41. Sjoling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund N. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. Patient Educ Couns 2003;51: 169-176.
42. Stefan de Hert et al Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2011;28:684–722
43. The Royal College of Anaesthetists (2009) Guidelines for the Provision of Anaesthetic Services << <https://www.rcoa.ac.uk/node/708>>>
44. Tinker et al. (2006) Recommendations and Guidelines for Preoperative Evaluation of the Surgical Patient with Emphasis on the Cardiac Patient for Non-cardiac Surgery <<<http://webmedia.unmc.edu/anesthesia/Anesthesia%20Guide.pdf>>>
45. Troncoso Victor. Evaluación preoperatoria. REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(3) 340-349
46. Vall Casas, Aurora; Rodríguez Parada, Concepción (2008). «El derecho a la información del paciente : una aproximación legal y deontológica». BiD: textos universitarios de bibliotecología i documentació, desembre, núm. 21. <<<http://www.ub.edu/bid/21/vall2.htm>>>

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

IMPORTANTE: La información que usted aportará en este documento será de carácter confidencial y es para el uso exclusivo de la investigación que tiene por objetivo identificar el grado de conocimiento que tiene sobre su consulta a valoración preoperatoria. Su atención médica no se verá influenciada por sus respuestas ya que la intención es identificar los problemas de comunicación e información para mejorarlos por parte del médico. Gracias

I. Para ser llenado por el paciente

Nombre _____ Afiliación _____

Edad _____ Servicio que lo envía _____

Motivo de consulta al servicio de valoración preoperatoria de medicina interna:

- a. () No se
- b. () Control de mis padecimientos
- c. () Asignarme riesgo quirúrgico
- d. () Decirme cuándo me operan
- e. () otro, especifique _____

Cirugía que le realizarán _____

() No se () No me han dicho que me van a operar

Cirujano asignado _____

() No lo conozco () No me lo han asignado

- | | |
|---|-------|
| 1. ¿Se le explicó el procedimiento que le realizarán? Si () No () | _____ |
| 2. ¿Le explicaron los riesgos de la cirugía? Si () NO () | _____ |
| 3. ¿Le explicaron los beneficios de la cirugía? Si () No () | _____ |
| 4. ¿Ya tiene programada la fecha de su cirugía? Si () No () No se () | _____ |
| 5. ¿Le realizaron electrocardiograma? Si () No () | _____ |
| 6. ¿Le realizaron toma de laboratorios? Si () No () | _____ |
| 7. ¿Le tomaron radiografía de tórax? Si () No () | _____ |
| 8. ¿Trae una lista de sus medicamentos o conoce exactamente los nombres genéricos, dosis y vía de administración de todo lo que esté tomando? Si () No () | _____ |
| 9. ¿Le han diferido una cirugía previamente? Si () No () | _____ |
| ¿Por qué? | _____ |
| 10. ¿Se le pidió valoración de otras especialidades para acudir a esta valoración? Si () No () | _____ |
| 11. ¿Qué tan informado considera está usted sobre el procedimiento que le realizarán? | _____ |
| a) Nada informado | _____ |
| b) Poco informado | _____ |
| c) Medianamente informado | _____ |
| d) Muy informado | _____ |

Si lo desea puede explicar sus motivos

Escríbalos a continuación:

II. Para ser llenado por el Médico que realiza la VPO

Paciente hospitalizado () Paciente externo ()

¿El paciente fue canalizado adecuadamente? Si () No ()

Si su respuesta es No, ¿porqué no?

¿La solicitud de VPO con la que cuenta el paciente esta adecuadamente requisitada? (tiene nombre, afiliación, resumen, motivo de la VPO, cirugía programada y anestesia programada?)

Si () No ()

¿qué le faltó? _____

¿El expediente tiene una Historia clínica completa? Si () No ()

¿Se especifica en el expediente el motivo de la VPO? Si () No ()

¿Se especifica en el expediente la anestesia programada? Si () No ()

¿El paciente tiene plan quirúrgico? Si () No ()

¿Se especifican en el expediente **todos** los medicamentos, posología y vía de administración que está tomando el paciente? Si () No ()

Si no están consignados todos los medicamentos, considera usted que el paciente los conoce?

Si () No ()

¿Considera usted que el paciente ha llevado un adecuado seguimiento de sus patologías de base?

Si () No () Si su respuesta es No, especifique porque:

Considera que se le debieron solicitar otros estudios antes de ser enviado a la VPO Si () No ()

¿cuáles? _____

¿Le otorgó riesgo quirúrgico? Si () No ()

Si no le otorgó riesgo quirúrgico especifique porque

¿Usted solicitó valoración por otra subespecialidad? Si () No ()

Detectó alguna enfermedad que el paciente desconocía previamente?

¿cuál? _____

¿Qué tan informado considera está el paciente acerca del procedimiento que le realizarán?

- e) Nada informado
- f) Poco informado
- g) Medianamente informado
- h) Muy informado

Explique brevemente porque

ANEXO 2 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, tambor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

“ DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIERREZ “
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA

México D.F., a _____ de _____ del 2012.

Por medio de la presente, yo _____

Con número de afiliación _____

Acepto de manera voluntaria participar como paciente en el protocolo de investigación titulado “**Grado de conocimiento que tiene el paciente de su padecimiento en el momento de la Valoración preoperatoria**” Registrado y aprobado ante el Comité local de investigación con el número:

El objetivo del estudio es conocer la información con la que cuenta el paciente al momento de realizar su valoración preoperatoria

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Otorgar información para realizar la base de datos y que la información que aportaré será de carácter confidencial y para uso exclusivo de la investigación y que mi atención médica no se verá influenciada por las respuestas

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio

El investigador responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre matrícula y firma del investigador responsable

Testigo.

Testigo.

ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
PLANTEAMIENTO DEL TEMA A INVESTIGAR	X	X				
BÚSQUEDA DE ANTECEDENTES	X	X	X			
RECOPIACION DE BASE DE DATOS				X	X	
RESULTADOS						X
ANÁLISIS ESTADÍSTICO						X
CONCLUSIONES						X
ENTREGA DE TESIS						X