

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN – León**



Tesis para optar al título de:
“Especialista en Anestesiología”

Calidad en el llenado de la visita pre anestésica a pacientes sometidos a cirugías electivas en el tercer piso del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales”, León, mayo 2011 a noviembre 2011.

Autora:
Dra. Berta María Martínez López.
Residente de III año de anestesiología

Tutora:
Dra. Xilda Marengo Campos¹

Asesor:
Dr. Juan Almendárez

Febrero del 2012

¹ Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en anestesiología y manejo del dolor. Profesora adjunta de la UNAN-León. Máster en salud pública.

Dedicatoria

Le dedico este trabajo a Dios, a mi madre y a mi hija Nohelia, a Dios por darme las fuerzas y la sabiduría necesaria para guiarme durante todos estos años de estudio; a mi madre por ser quién me diera aliento y me ayudara con el cuidado de mi bebé; a mi hija por la paciencia y por la madurez que demostró cuando tuve que hacerla a un lado por el trabajo y el estudio.

Agradecimientos

Le agradezco a Dios por haberme dado la vida y por haberme permitido llegar hasta aquí.

Al Dr. Julián Corrales por su apoyo incondicional y por la motivación que brindó todo el tiempo para que lograra culminar mis estudios en esta especialidad. Le agradezco de todo corazón.

A toda mi familia por haber cooperado en todo momento con mi formación y haberme ayudado cuando lo necesité.

A mis maestros a los cuales les debo lo que ahora soy.

A la Dra. Xilda Marengo por aceptado ser mi tutora.

Resumen

Calidad en anestesia según la OMS consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para obtener una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso.¹

La visita preoperatoria constituye, en muchos casos, el primer encuentro que el paciente que ha de ser intervenido quirúrgicamente tiene con el anestesiólogo. Este encuentro, aunque suele ser breve, es muy importante porque muchas veces constituye el primer paso para el desarrollo de un plan de actuación sobre el paciente para que la intervención se lleve a cabo de forma satisfactoria.² El presente estudio tiene la finalidad de valorar la calidad que tienen las evaluaciones pre operatorias en el paciente pre quirúrgico del departamento de cirugía del HEODRA.

Los resultados del presente estudio identificó fallas en el proceso de visita pre anestésica con la única finalidad de mejorar la comprensión del estado del paciente y pretendiendo que sea de utilidad para el cirujano y el anestesiólogo a la hora de la cirugía y de este modo disminuir la morbilidad durante el transoperatorio, reduciendo la estancia hospitalaria y aminorando los gastos que esto genera, así como confianza en los pacientes y sus familiares, al mismo tiempo sirve como referencia para estudios posteriores.

El estudio realizado determina que no es buena la calidad de las notas pre anestésicas que se realizan en el HEODRA puesto que la información que estas contienen no son completas y no conducen a una buena planificación anestésica por lo que se recomienda monitorizar las visitas pre anestésicas que hacen los residentes de anestesiología y lograr que estas sean satisfactorias.

Índice

Contenido	Páginas
1) Introducción	6
2) Planteamiento del problema	8
3) Justificación	9
4) Objetivos	10
5) Marco teórico	11
6) Material y métodos	16
7) Resultados	19
8) Discusión de resultados	28
9) Conclusiones	30
10) Recomendaciones	31
11) Bibliografía	34
12) Anexos.	34

Introducción

Ya en 1850, John Snow uno de los pioneros en Anestesiología observó que algunos procesos intercurrentes (edad, alteraciones cardiacas, pulmonares, etc.) modificaban los efectos de los gases inhalatorios. Por este motivo recomendaba el examen físico previo a la anestesia, para detectar anormalidades y no atribuir las a efectos adversos de los medicamentos.^{1,2}

En los años 80, la valoración pre anestesia en la cirugía programada la realizaba el propio cirujano con los datos complementarios que creía oportunos y siempre con un informe del cardiólogo. Este informe sería fundamental en cuanto a la autorización o no de la intervención quirúrgica, por lo que recaía sobre él toda la responsabilidad. El anestesiólogo se limitaba a revisar los estudios efectuados en los momentos previos a la intervención.^{1,2}

A partir de estas fechas, se inicia la valoración pre anestésica por el servicio de anestesiología, con una implantación progresiva de la misma, tanto en hospitales de la red privada, red pública, con diferentes formas de valoración.²

La visita preoperatoria constituye, en muchos casos, el primer encuentro que el paciente que ha de ser intervenido quirúrgicamente tiene con el anestesiólogo. Este encuentro, aunque suele ser breve, es muy importante porque muchas veces constituye el primer paso para el desarrollo de un plan de actuación sobre el paciente para que la intervención se lleve a cabo de forma satisfactoria.^{2,3}

Por otra parte la visita preoperatoria anestesiología ha de servir para planificar la intervención desde un punto de vista organizativo, evitando cancelaciones o retrasos de última hora y la práctica de pruebas complementarias innecesarias tras valorar el riesgo particular del paciente.¹

El objetivo de la evaluación pre anestésica, es disminuir la morbimortalidad en el paciente pre quirúrgico, esto se consigue al mejorar la condición del paciente y planeando adecuadamente el acto anestésico. Por esta razón y en el

paciente severamente comprometido, se inicia la evaluación pre anestésicas desde varios días o meses antes del procedimiento, en las consultas de alto riesgo anestésico. Indiscutiblemente, la práctica de la vista pre anestésica reduce significativamente la posibilidad de complicaciones en el trans y postoperatorio, aumentando el margen de seguridad para el paciente. Para el profesional ofrece la posibilidad de un mejor discernimiento en cuanto a la evaluación de las condiciones físicas del paciente y la indicación de la técnica anestésica a emplearse, además de ser un elemento muy importante en la prevención de problemas médico legales.^{3,4}

Calidad, es la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio basados en su capacidad para satisfacer necesidades determinadas, según la American Society for Quality. Traspalándose al acto anestésico, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para obtener una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso.¹

En nuestro medio la evaluación anestésica se realiza un día antes de someter al paciente a un acto quirúrgico y su calidad hace referencia al valor de la información y de los procedimientos realizados para asegurar un buen acto quirúrgico con el mínimo de complicaciones.

El presente estudio tiene la finalidad de valorar la calidad que tienen dichas evaluaciones en el paciente pre quirúrgico del departamento de cirugía del HEODRA.

Planteamiento del problema:

¿Con qué calidad se está efectuando la valoración pre anestésica en los pacientes sometidos a cirugía electivas en el HEODRA?

Justificación:

Los resultados del presente estudio nos dará información que nos permita identificar fallas en el proceso de visita pre anestésica que nos permita mejorar la comprensión del estado del paciente, sus riesgos que sea de utilidad para el cirujano y el anesthesiólogo a la hora de la cirugía y de este modo disminuir la morbilidad durante el transoperatorio, reduciendo la estancia hospitalaria y aminorando los gastos que esto genera, así como confianza en los pacientes y sus familiares, al mismo tiempo sirve como referencia para estudios posteriores.

Objetivos

Valorar la calidad de la visita pre anestésica a pacientes sometidos a cirugías electivas en el tercer piso del HEODRA, en el periodo comprendido de mayo 2011 – noviembre 2011. Específicamente en lo relacionado a:

1. La calidad de la información requerida en la hoja de pre medicación (Esta o no completa, legible y orienta al acto clínico).
2. Fallas en la pre medicación que lleven a que se difiera el paciente en sala de operaciones.
3. Si se producen complicaciones durante el acto anestésico que se pudieron prever con la valoración pre anestésica

Marco Teórico

En la práctica diaria de la medicina, ya sea pública o privada, es cada vez más importante el otorgar un servicio de calidad o Calidad de Atención Médica (CAM). Esta, ha sido en los últimos años un tema de análisis y de discusión en todo el mundo y a la vez una preocupación desde su definición hasta su instrumentación en una medicina cada vez más globalizada; por lo tanto, es imprescindible conocer qué es la CAM para luego poder implementarla. Uno de sus componentes, la calidad, es la totalidad de propiedades y características de un producto o servicio basados en su capacidad para satisfacer necesidades determinadas, según la American Society for Quality Control¹, pero el término completo agrupa algunos elementos adicionales.^{1,2}

Se definen tres indicadores de la calidad de la pre anestesia, según la OMS:

- a. Por número, visitas pres anestésicos realizados.
- b. Por costo, suspensión de intervenciones.
- c. Por riesgo, intubaciones difíciles no previstas.¹

Se define como visita pre anestésica al proceso de asistencia médica que precede al desarrollo del cuidado en anestesia para procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos".^{2,3}

Este proceso constituye la primera instancia de aproximación al paciente y busca cumplir con una serie de objetivos que dicen relación con su manejo preoperatorio.^{2,3}

Así entonces la visita de evaluación pre anestésica permite, en forma general:

1. El conocimiento mutuo entre anesthesiólogo y paciente.
2. Obtener consentimiento para la realización de procedimientos específicos.

3. Evaluar los riesgos quirúrgicos y las necesidades específicas del periodo perioperatorio.
4. Obtener información sobre los antecedentes e historia clínica del paciente.
5. Optimizar las conductas terapéuticas preoperatorias.
6. Planificar esquema de trabajo para disminuir el riesgo anestésico.^{4,5}

La visita pre anestésica se encuentra íntimamente ligada al concepto de riesgo anestésico. De hecho muchas de las conductas que se adoptan en el periodo perioperatorio se basan en el conocimiento del riesgo anestésico real para cada paciente en particular. Este concepto surge ya en los albores de la anestesia con la aparición de reportes de casos de morbilidad ó mortalidad secundarias a un acto anestésico. De hecho en 1848 aparece la primera publicación de una muerte atribuible a la anestesia y ya en 1858 John Snow publica la primera investigación formal de muertes por anestesia (en 50 pacientes sanos que recibieron cloroformo para cirugías menores).^{2,3}

Hoy se sabe que el periodo perioperatorio conlleva riesgos que pueden o no ser directamente atribuibles al acto anestésico, por ello se dice que la mortalidad es multifactorial vale decir influyen no sólo el riesgo anestésico, sino también la comorbilidad del paciente, y el tipo de cirugía al que será sometido entre otros.^{4,5}

Estos riesgos pueden ser perdurables o no en el tiempo, evitables o no. Lo que sí está claro es que han ido disminuyendo drásticamente en el tiempo con el advenimiento de una adecuada monitorización y el manejo pre y postoperatorio en unidades de cuidados intensivos.^{7,8}

La importancia de conocer la magnitud del riesgo anestésico radica en que este permite:

1. Planificar los cuidados del paciente.
2. Destinar los recursos económicos.

3. Establecer cierto grado de responsabilidad legal.
4. Manejar de mejor manera el impacto emocional del paciente.
5. Medir la calidad del acto anestésico, mediante la evaluación de resultados en términos de: Mortalidad y morbilidad; Satisfacción del paciente; y Calidad de vida.^{6,7,8}

Su medición es compleja por los múltiples factores involucrados. Los que se pueden agrupar de la siguiente forma:

1. Riesgos relacionados con el paciente:

- Edad (Mayor en los extremos de la vida).
- Sexo (Mayor en sexo masculino).
- Puntuación estado físico de la ASA (comorbilidad).

2. Riesgos relacionados con la cirugía:

- Mayor v/s menor.
- Localización corporal y tipo de intervención.
- Cirugía de urgencia v/s Electiva.
- Duración de la intervención.
- Pericia del equipo.

3. Riesgos relacionados con la anestesia:

- Fármacos (anestésicos) utilizados.
- Lugar de la cirugía (recursos humanos, implementación e insumos).
- Monitorización intra y postoperatoria.
- Profesional que administra la anestesia.^{7,8,9}

Datos de estudios recientes sugieren que la mortalidad puede estar en el orden de una cada 10.000 anestésias para los pacientes graves, y para los pacientes sanos (ASA I y II) de una cada 100.000.²

Como en otros campos técnicos de alto riesgo el 70% de los accidentes pueden atribuirse a un error humano combinado con fallo de los sistemas. Al menos la mitad de las muertes y lesiones por este tipo de error podrían haberse prevenido y se las considera muchas veces como el resultado de desviaciones de las practicas aceptadas en anestesia. Es por ello que la vigilancia y atención hasta el detalle son esenciales para conducir la anestesia en forma segura.⁸

En la actualidad no se trata sólo de solo de no causar la muerte sino que constituyen responsabilidades que descansan en los hombros del anestesiólogo las siguientes tareas tendientes a minimizar el riesgo:

1. El cuidado perioperatorio.
2. Adelantarse a aparición de dificultades.
3. Lidiar con patologías y estado del paciente.
4. Solucionar los problemas una vez aparecidos.
5. Optimizar condiciones de seguridad.^{8,9,10}

Un punto interesante en la evaluación pre anestésica es la determinación del ASA que es un Sistema de puntuación de la Sociedad Americana de Anestesiólogos del Estado Físico del Paciente, que se correlaciona fuertemente con mortalidad perioperatoria.^{3,5}

Es útil en la planificación de cuidados anestésicos: Permite implementación de técnicas de vigilancia acordes a la mortalidad esperada. Existen seis categorías. Se agrega una E si es urgencia.^{3,6,8}

AsA	Definición	Índice Mortalidad
I	Paciente sano	0,06-0,08%
II	Enfermedad sistémica moderada, sin limitación funcional (HTA, Fumador, Asma)	0,27-0,4%
III	Enfermedad sistémica severa, Limitación funcional definida (Enfermedad coronaria, EPOC, DM, Insuficiencia Hepática Crónica, Insuficiencia renal)	1,8-4,3%
IV	Enfermedad sistémica grave que es un constante peligro para la vida (Angina inestable, Angina por endarterectomía carotídea de emergencia, Quemadura con shock séptico)	7,8-23%
V	Moribundo. No se espera que sobreviva 24 hr con o sin cirugía (Infarto mesentérico extenso, TEC grave)	9,4-51%
VI	Donante	

Material y Métodos

Tipo de estudio: Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal aplicado a la medición de la calidad.

Área de estudio: El hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de León, el cual es un hospital que atiende todas las especialidades de la rama médica, el cual cuenta con 100 camas aproximadamente, 8 quirófanos en los cuales se realizan un estimado de 55 cirugías por día.

Periodo de estudio: Mayo 2011 a noviembre 2011.

Población de estudio: Lo constituirán todos los pacientes programados que en el período de estudio se les realizara algún procedimiento quirúrgico en la sala de cirugía en el tercer piso.

Fuente de información: Primaria mediante revisión de la hoja pre anestésica y del acto quirúrgico (Hoja de anestesia y hoja del cirujano).

Instrumento de recolección de datos: Se ha diseñado un cuestionario de preguntas cerradas que responden a la información que se requiere para dar respuesta a los objetivos específicos del estudio. El mismo será validado mediante la realización de una prueba piloto con pacientes antes de iniciar el período del estudio.

Procedimiento de recolección de datos:

- 1) Se solicitó autorización a las autoridades hospitalarias para acceder a los registros.
- 2) Se buscó en cada expediente la hoja pre anestésica y del acto quirúrgico y se toma la información relevante para dar salida al objetivo de acuerdo

a lo necesario establecido en la ficha de recolección de datos que se ha diseñado.

3) Se elaboró una base de datos y se registra la información.

Plan de análisis:

Los datos se procesaran y analizarán en el programa Epi-Info 2000, se agruparan los datos en función de la variable y se expresaran por distribución de frecuencia y se elaboraran gráficos de barras y tablas de frecuencia.

Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Medición
La calidad de la información en la hoja de pre medicación:	Consiste en asegurar que la información que se registra en las hojas de pre medicación sea completa y fiable capaz de orientar de manera exhaustiva el acto clínico para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente durante el acto quirúrgico y pos quirúrgicos.	Completos el 100% de los acápite en la hoja de premedicacion es de buena calidad.
Fallas en la pre	Problemas que no se identificaron durante la visita pre anestésica y que causaron que al	

<p>medicación:</p> <p>Complicaciones durante el acto anestésico que se pudieron prever con la valoración pre anestésico:</p>	<p>paciente no se le realizara el procedimiento quirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades que se presenta durante la inducción del paciente en sala de operaciones y que se pudieron haber previsto durante la visita pre anestésica. 	<p>Preguntas cerradas</p> <p>Preguntas cerradas.</p>
--	--	--

Consideraciones éticas:

La obtención y uso de los datos que se requiere para esta investigación no invaden la intimidad moral del paciente, ni su anatomía o fisiología, por lo tanto no lo arriesga en términos de su salud o moral. Tampoco van dirigidos con fines de desprestigiar la práctica de los profesionales de la salud, por el contrario se orienta a identificar aspectos de mejora de esa práctica con fines de protección del prestigio profesional y de la salud de los pacientes. Aspectos muy considerados en la formación médica, en la ley general de salud, el enfoque teórico del Modelo de Salud Familiar y Comunitario que se está implementando en nuestro país.

Por lo tanto consideramos que este estudio no tiene grandes implicaciones en la bio-ética.

Resultados:

Del mes de mayo del año 2010 a octubre del mismo año se estudio las notas Pre anestésicas de 101 pacientes que fueron sometidos a cirugías electivas de los cuales solamente el 76.2% tenían registrados el diagnostico por el que iban a ser intervenidos quirúrgicamente, 94.1% registraba la edad del paciente , 89.1% el nombre del anesthesiólogo que realizo la visita pre anestésica, 99.0% registraba el nombre del paciente, solamente el 69.3% registraba el peso del paciente y el 66.3% el procedimiento a realizar. (Ver tabla 1, gráfico 1).

En cuanto al registro del historial del paciente se describían que el 40.6% de los pacientes habían sido intervenidos quirúrgicamente en otras ocasiones de los cuales en el 36.6% se determino que tipo de cirugía se le realizo y solamente en el 15.8 % se registro la causa de la cirugía y en el 17.8% se describió el tipo de anestesia.

El 51.5% de las notas tenían completos los estudios de laboratorio, en cambio en los que no se registraban estudios solamente el 28.7% indicaban que se completaran dichos estudios sin embargo 1% realizo una segunda visita para verificar que estuvieran completos estos estudios y de los estudios que se enviaron el 64.4% estaban dirigidos a la problemática del paciente.

El 74.3% de los registros describía el examen físico completo del paciente, el 51.5% registraba los signos vitales, y solamente el 56.4% describían los predictores de intubación difícil. 30.7% registraba hospitalizaciones anteriores de los pacientes, se encontró en las notas que el 46.5% de los pacientes padecía de alguna patología de base, y que el 17.8% tomaba fármacos de manera consitudinaria con 17.8 % de registro del tipo de fármacos que estos consumían. De todos los pacientes que se visitaron solamente el 62.4 % se

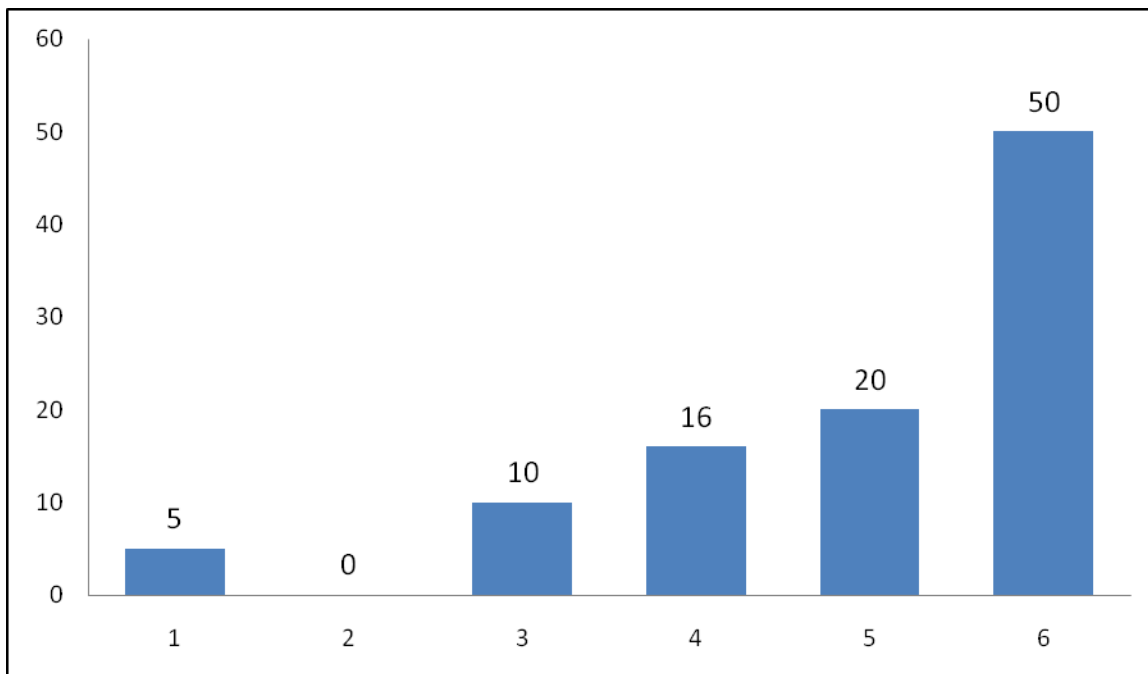
registra que se le prescribió algún tipo de fármaco para pre medicarlo. (Ver tabla 2, grafico 2)

En cuanto a los resultados de la visita pre anestésica se registro que solamente el 30.7 % de los pacientes conocía que tipo de anestesia se le iba a administrar, en un 74.3% se registraba el consentimiento informado. Estando en sala de operaciones el 7.9% registro algún tipo de complicación en el acto quirúrgico de los cuales se describieron las causas sin embargo ninguna fue causada por fallas en la pre medicación (100 %). Se describe que en sala de operaciones se difirieron 7.9% de los casos de los cuales en el 87.5% registraba las causas por la que no se realiza el procedimiento siendo el 12.5 % falla de la pre medicación los cual se pudo prever en la visita pre anestésica (12.5 %). (Ver cuadro 3, grafico 3).

Cuadro 1. Información registrada de los datos generales en las notas de 101 visitas pre-anestésicas de pacientes sometidos a cirugías electivas en el HEODRA.

Datos registrados	Número	Porcentaje
• Diagnóstico	77	76.2%
• Edad del paciente	95	94.1%
• Nombre del anestesiólogo que realiza la visita	90	89.1%
• Nombre del paciente	100	99.0%
• Peso	70	69.3%
• Procedimiento a realizar	67	66.3%

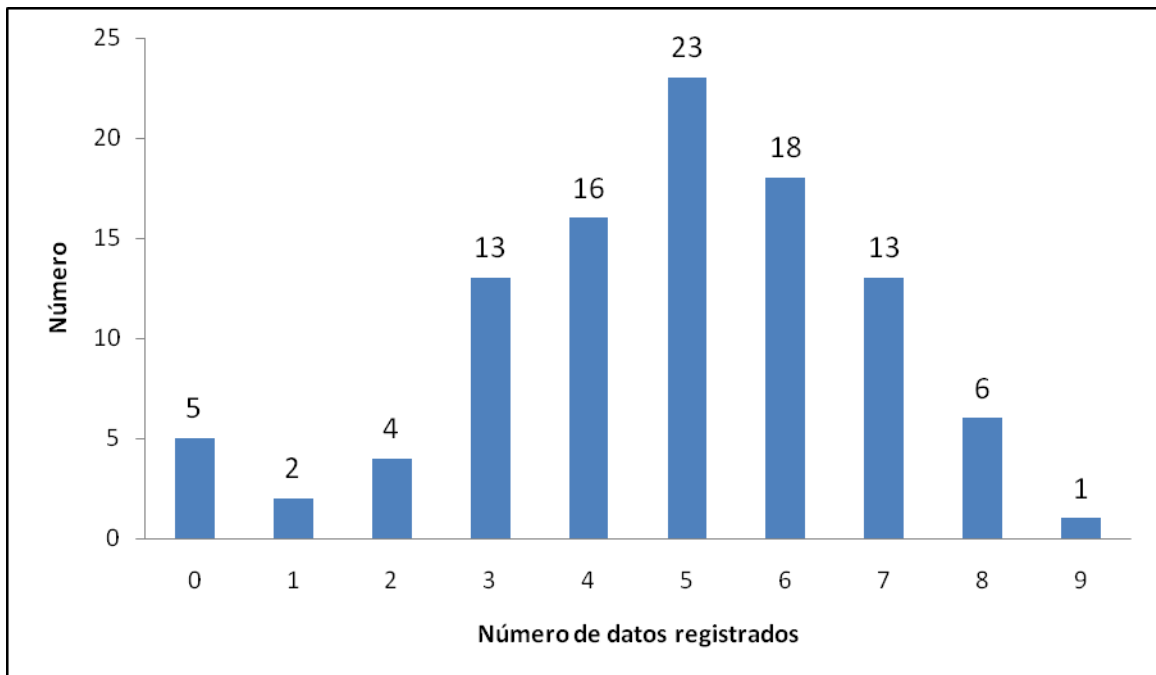
Gráfico 1. Cantidad der datos generales registrados en las hojas de 101 visitas pre-anestésicas de pacientes sometidos a cirugías electivas en el HEODRA. (Número de datos = 6).



Cuadro 2. Información registrada de la descripción del historial del paciente en las hojas de 101 visitas pre-anestésicas de pacientes sometidos a cirugías electivas en el HEODRA.

Datos registrados	Numero	Porcentajes
Cirugías anteriores	41	40.6%
• Determina cuales	37	36.6%
• Registra las causas	16	15.8%
• Tipo de anestesia	18	17.8%
Estudio de laboratorio de rutina completos	52	51.5%
• Si están incompletos, indica que se completen	29	55.7%
• Segunda visita para verificar si están completos	1	1.9%
• Examen físico completo	75	74.3%
Hospitalizaciones anteriores	31	30.7%
Los estudios que se enviaron están dirigidos a la problemática del paciente	65	64.4%
Patología que padece	47	46.5%
Predictores de intubación difícil	57	56.4%
Segunda visita para verificar si están completos	1	1.0%
Se prescribe fármaco para pre medicar al paciente	63	62.4%
Signos vitales del paciente	52	51.5%
Toma fármacos el paciente	18	17.8%
Tipo de fármaco	18	17.8%

Gráfico 2. Número de datos de la descripción del historial del paciente en las hojas de 101 visitas pre-anestésicas de pacientes sometidos a cirugías electivas en el HEODRA. (Número de datos = 17).



Cuadro 3 Información registrada referente a los resultados en las hojas de 101 visitas pre-anestésicas de pacientes sometidos a cirugías electivas en el HEODRA.

Datos registrados	Numero	Porcentaje
Complicaciones en el acto quirúrgico	8	7.9%
<ul style="list-style-type: none"> • Se describe cuales 	8	100.0%
<ul style="list-style-type: none"> • No es causada por fallas en la pre medicación 	8	100.0%
Consentimiento informado	75	74.3%
El paciente conoce qué tipo de anestesia se le administrará	31	30.7%
Se difiere el caso en sala de operaciones	8	7.9%
<ul style="list-style-type: none"> • Se describe la causa 	7	87.5%
<ul style="list-style-type: none"> • Es por falla de la pre medicación 	1	12.5%
<ul style="list-style-type: none"> • Se pudieron prever en la visita pre anestésico 	1	12.5%

Gráfico 3. Resultados quirúrgicos y número de datos registrados en las hojas de 101 visitas pre-anestésicas de pacientes sometidos a cirugías electivas en el HEODRA. (Número de datos = 4).

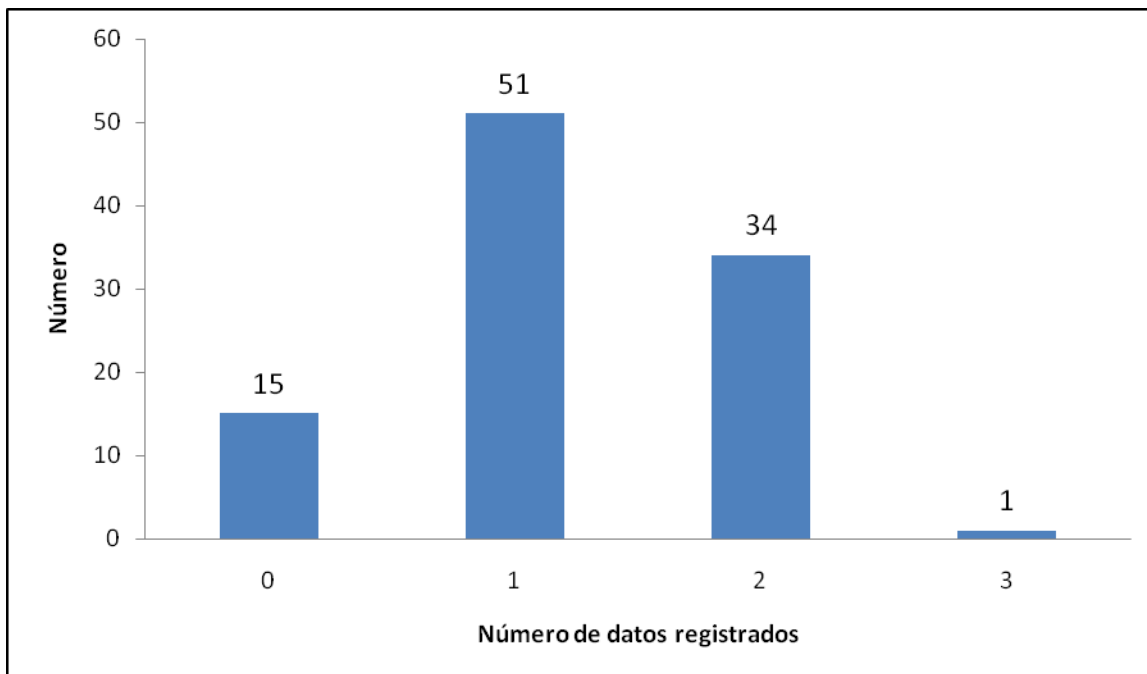
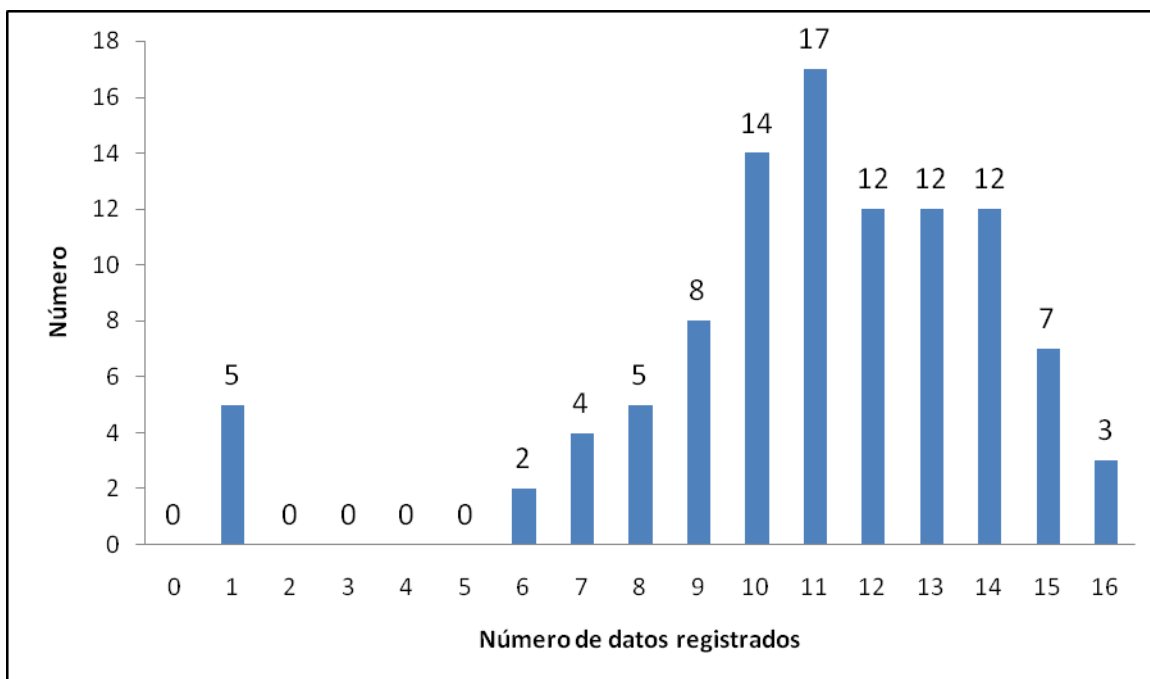


Gráfico 4. Número total de datos registrados en las hojas de 101 visitas pre-anestésicas de pacientes sometidos a cirugías electivas en el HEODRA. (Número de datos = 27).



Discusión de resultados

Los resultados del presente estudio nos llevan a discutir varios puntos de importancia:

Con relación a los datos generales que se registraban en las notas de pre medicación lo más relevante que se observó es que los pacientes que iban a ser sometidos a algún tipo de procedimiento quirúrgico no se plasmaba en todos el peso (69.3%) , el cual es un dato muy importante puesto que en base a ello se calculan las dosis de los fármacos que se administran durante la inducción anestésica al igual que al no registrarse el procedimiento que se va a realizar no se puede determinar un plan adecuado de anestesia.

El registro en el historial del paciente mostro mayor relevancia en los estudios de laboratorio en los que se determino que la mitad de los pacientes a la hora de la visita no tienen completos dichos estudios (51.5%) y solo en un pequeño porcentaje se indica que se completen (55.7%) así como no se registra en su totalidad una segunda visita en estos casos (1.9%), lo cual es un inconveniente puesto que al revisar hasta el momento en que el paciente llega a sala de operaciones conlleva a diferir el caso si los parámetros de laboratorio se encuentran alterados y esto conlleva a perder el turno quirúrgico lo cual significa perdida para la institución.

Otro hallazgo importante es la descripción del examen físico el cual no se les realizo a todos los pacientes (74.3%) , y por ende no se describen los predictores de intubación difícil (56.4%) siendo esto muy importante puesto que al no haber un buen plan

anestésico aumenta los riesgos de morbimortalidad durante el acto anestésico.^{3,5}

Cierto porcentaje de los pacientes tomaban algún fármaco (17.8%) sin embargo de estos solo una pequeña parte registro el tipo de medicamento (17.8%) siendo esto muy relevantes al administrar fármacos durante la inducción ya que hay interacción entre ellos pudiéndose inhibir o potencializar los efectos o bien causar daños en el paciente.^{3,5,6}

A pesar de que el porcentaje de los pacientes que recibió algún tipo de pre medicación (62.4%) es un poco mayor del cincuenta por ciento se considera que todos los pacientes deben recibir dosis para pre medicación porque según la literatura esto hace que disminuya la ansiedad del paciente y lo mantenga en estado estable principalmente aquellos con enfermedades crónicas.^{5,8}

Lo más relevante en cuanto a los resultados de la visita es que los pacientes desconocen el tipo de anestesia (30.7%) que le administrara esto hace que aumente la ansiedad de los mismos y el grado de estrés conllevando a alteraciones en el comportamiento emocional y hemodinámica del paciente. No se describen en la nota anestésica que las complicaciones en el acto quirúrgico (7.9%) y que los casos que se difirieron (7.9%), hallan sido causados por fallas en la pre medicación sin embargo hay que recalcar que estos datos la mayoría de veces no se registra lo que será parte de las recomendaciones.

Conclusiones

Todo procedimiento anestésico lleva asociado un riesgo de muerte o de sufrir consecuencias indeseables permanentes o pasajeras. El reconocimiento previo de las características y patologías de cada paciente permite reducir dichos riesgos sin embargo en el presente estudio se concluye que las notas pre anestésicas que se realizaron de mayo a octubre del 2011 en el HEODRA no reúnen en su totalidad la información necesaria para deducir los pro y los contra de un procedimiento por lo que se concluye que no son de buena calidad y que se necesita realizar un seguimiento adecuado a los pacientes pre quirúrgicos y de este modo eliminar factores adversos, mejorando las perspectiva de cada paciente, facilitando el manejo anestésico, aumentando las posibilidades de supervivencia y disminuyendo las consecuencias indeseables.

Recomendaciones

Debido a lo encontrado en este estudio considero que hay que realizar algunas recomendaciones:

- Monitoreo continuo de las notas pre anestésicas.
- Que las notas sean supervisadas por el médico de base que le corresponda el caso.
- Notificar a los residentes las fallas que se cometen en la pre medicación para que de esta manera se mejore la calidad de las visitas pre anestésicas.

Bibliografía

1. Dr. Jorge Borel; Dra. Maria Sivanto./Gestion de calidad en anesthesia./Rev. Argent. Anesthesiol. 2008;66(1);71-82
2. Luis Miguel Torrez Morera / Tratado de anesthesia y reanimacion (en Linea) 2001. (fecha de acceso 23 de julio 20011) URL disponible en books.google.com/books?islon8486725828.....
3. *Barash, Cullen, Stolting Anestesia Clínica. Volumen 1. 3ra ed. Washington Esquare, Philadelphia. U. S. A. McGraw-Hill interamericana. 1997.*
4. *Ronald D Miller, DD. Miller Anestesia, volumen 1 6ta ed. Elsiever España, S.A. 2005, edición en español.*
5. V.J.Collins. Anestesiología. Volumen 1. 3ra ed. México: interamericana - McGRAW - Hill.
6. Luis Miguel Torres Morera / Tratado de anestesia y reanimación (en línea) 2001. (fecha de acceso 23 julio 2011) url disponible en books.google.com/books?islon=8486725828.....
7. Raquel Pérez Díaz. Martha de la C. Martin Carbonell. Magda Quiñones Castro. Influencia de la ansiedad pre quirúrgica en la evolución de la cirugía de las varices. RCA (en línea) 2000 (fecha de acceso 21 agosto 2011); 1(2): 95 – 100. Disponible en <http://www.escalas de ansiedad/google.htm>.

8. Lidiomar Lemos de Magalhaes Filho, Arthur Segurado, Alvaro Marquez Marcolino / Impacto de la evaluación pre anestésica sobre la ansiedad y la depresión de los pacientes quirúrgicos con cáncer / rev. brasileña Anest. 2006,56; 2 78-84.
9. Dr. Edisio Pereira. Dr.Zaro E. García Vieira. / Responsabilidad intransferible del anesthesiólogo / rev. brasileña de antes.1977, 37; 337.
10. J. Mata, V. Moral, M. Moya, C. Segura, I. Valleperas, A. M. Ferrer, J. L. Aguilar / Es eficaz, segura y eficiente una consulta pre anestésica en equipo con enfermería / rev. Esp. Antes. Reanimac.2007; 54:279-287.
11. Luis Sante Serna, Luis Alberto del Rio Antón. / valoración pre anestésica y pre medicación. / clínicas urológicas de la complutanse,2:149-168, editorial complutanse de Madrid , 1993.

Anexos

Calidad de la visita pre anestésica a pacientes sometidos a cirugías electivas en el tercer piso del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales”, León, mayo 2011 a noviembre 2011.

Tipo de información	¿Está registrado?	
	Si	No
I.- Datos generales:		
• Diagnóstico		
• Edad del paciente		
• Nombre del anesthesiólogo que realiza la visita		
• Nombre del paciente		
• Peso		
• Procedimiento a realizar		
II.- Historial del paciente:		
• Cirugías anteriores		
• Determina cuales		
• Registra las causas		
• Tipo de anestesia		
• Estudio de laboratorio de rutina completos		
• Si están incompletos, indica que se completen		
• Segunda visita para verificar si están completos		
• Los estudios que se enviaron están dirigidos a la problemática del paciente		
• Examen físico completo		
• Hospitalizaciones anteriores		
• Patología que padece		
• Predictores de intubación difícil		
• Se prescribe fármaco para pre medicar al paciente		
• Signos vitales del paciente		
• Toma fármacos el paciente		
• Tipo de fármaco		

Tipo de información	¿Está registrado?	
	Si	No
III.- Resultados:		
• Consentimiento informado		
• El paciente conoce qué tipo de anestesia se le administrará		
• Se difiere el caso en sala de operaciones		
○ Se describe la causa		
○ Es por falla de la pre medicación		
○ No se pudieron prever en la visita pre anestésica		
• Complicaciones en el acto quirúrgico		
○ Se describe cuales		
○ No es causada por fallas en la pre medicación		