



BUAP

“BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA”

Facultad De Medicina

Hospital De Especialidades De Puebla

Centro Médico Nacional

Gral. De Div. Manuel Ávila Camacho

Apego a la NOM-006-SSA3-2011, del servicio de anestesiología en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades. Educación en el personal becario para la aplicación correcta de la misma.

Tesis presentada para obtener la especialidad en

Anestesiología

Presenta:

Edgar Martín Hernández Velazco

Directores de Tesis:

Gabriela Mendoza Juárez

Álvaro José Montiel Jarquín



H. Puebla de Z. noviembre 2019.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2105.
HOSP TRAUMA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 025

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 008 2017121

FECHA Jueves, 12 de septiembre de 2019

M.C. Alvaro José Montiel Jarquín

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Apego a la NOM-006-SSA3-2011, del servicio de anestesiología en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades. Educación en el personal becario para la aplicación correcta de la misma.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2019-2105-044

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. Carlos Francisco Morales Flores
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2105

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **21058**.
HOSP TRAUMA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 025

Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 008 2017121**

FECHA **Martes, 10 de septiembre de 2019**

M.C. Alvaro José Montiel Jarquín

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Apego a la NOM-006-SSA3-2011, del servicio de anestesiología en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades. Educación en el personal becario para la aplicación correcta de la misma.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. JOSE PEDRO MARTINEZ ASENCION
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 21058

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE
ALTA ESPECIALIDAD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

PUEBLA, PUE., A 5 noviembre 2019.

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES: Gabriela Mendoza Juárez
Alvaro José Montiel Jarquín

DE LA TESIS TITULADA:

Apoyo a la NOM 006 SSA32011 del Servicio de Anestesiología en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades. Educación en el personal becario para la aplicación correcta de la misma.

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

Edger Martín Hernández Velasco.

DE LA ESPECIALIDAD:

Anestesiología

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCS

CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL: R-2019-2105-099

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

5-Nov.-19
Gabriela Mendoza Juárez
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Dr. Alvaro José Montiel Jarquín
JEFE DE DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
U.M.A.E. H.E.P. PUEBLA
M.A. 99220177
Ced. Esp. 3418736
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)



CARTA COMPROMISO

Puebla, Puebla, a 6 de noviembre de 2019.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE

El (la) suscrito (a) Edgar Martín Hernández Velasco, en mi calidad de estudiante y habiendo sido beneficiario de la residencia médica de anestesiología de fecha _____ y estando cursando la (el) (maestría/doctorado/residencia) en anestesiología, manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy autor del (trabajo) de Tesis titulado Apego a la NOM 006 SSA3 2011, del servicio de anestesiología en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades - Educación en el personal becario para la aplicación correcta de la misma.

_____, el cual ha sido asesorado por el (los) doctor

(es) Gabriela Mendoza Juárez, Alvaro José Moncal
Jarquín en las instalaciones del Instituto Mexicano del

Seguro Social. Por tanto, para fines de divulgación y publicación sobre la metodología, resultados y/o otra información desarrollada durante el proyecto, reconozco que deberé contar con la autorización escrita de todos los autores.

Asimismo, manifiesto que en caso de que el presente trabajo implique derechos de propiedad industrial e intelectual como resultado de su desarrollo, tomando en consideración que será producto de una investigación practicada en las instalaciones del Instituto y con pacientes, equipos, materiales y diversos instrumentos de su propiedad, se reconoce como legítimo propietario de dicha novedad al Instituto Mexicano del Seguro Social; en donde el suscrito participa en colaboración con mi (los) asesor (es), por lo que mi colaboración y derechos estará sujeta al porcentaje de autoría que corresponda a mi participación en relación con los demás autores en colaboración.

Atentamente

Edgar Martín Hernández Velasco
Nombre y firma

INDICE.

Resumen.	
1.Introducción.....	7
Antecedentes generales.....	9
Antecedentes específicos.....	15
2. Planteamiento del problema.....	19.
3.Justificación.....	20
4.Material y métodos	22
Tipo de estudio.....	22
Pacientes.....	22
Instrumentos.....	22
Procedimientos.....	22
Analsis estadistico.....	23
5. Resultados	23
6. Discusión.....	¡Error! Marcador no definido. 32
7. Conclusiones.....	34
8. Referencias bibliográficas	36
9. Anexos	39

RESUMEN.

Apego a la NOM-006-SSA3-2011, del servicio de anestesiología en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades. Educación en el personal becario para la aplicación correcta de la misma.

Hernández Velazco E. residente del tercer año de anestesiología, Mendoza Juárez G. médico anesthesióloga de UMAE Hospital De Especialidades De Puebla, Centro Médico Nacional General De División Manuel Ávila Camacho. Montiel Jarquín A.J. Asesor metodológico de UMAE Hospital de Especialidades de Puebla, Centro Médico Nacional Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho,

INTRODUCCIÓN: De forma internacional se han llevado a cabo investigaciones para certificar procesos de valoración así como la calidad del adecuado relleno en el expediente médico. Al observar los estudios prospectivos del requisitado de expedientes, notamos que los registros anestésicos están llenados en forma inapropiada, documentándose fallas a los rubros correctamente requisitados por parte del servicio de la especialidad de anestesiología.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico analizando archivos clínicos seleccionados de forma aleatorizada sencilla en el área de cuidados pos anestésicos del hospital de tercer nivel, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de Div. Manuel Ávila Camacho, durante el periodo de septiembre-octubre de 2019. Criterios de selección: procedimientos anestésicos en cirugía electiva en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de Div. Manuel Ávila Camacho. Criterios de inclusión: cirugía electiva, procedimientos anestésicos con expediente clínico completo.

RESULTADOS: En el periodo considerado de septiembre a octubre de 2019 se evaluaron las notas médicas de anestesiología de 800 expedientes de procedimientos quirúrgicos tanto electivos como de urgencia, encontrando que el 100% contaba con carta de consentimiento informado, el 97% con valoración pre

anestésica y el rubro que se encontró con mayor incidencia en la falta de apego a la norma fue la documentación del procedimiento anestésico, donde el 98.75% no anota la duración del procedimiento quirúrgico, y el 68.75% no anota la duración del procedimiento anestésico.

CONCLUSIONES: En el departamento de anestesiología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de Div. Manuel Ávila Camacho no hay apego a la NOM-006-SSA3-2011 en los siguientes rubros:

- 1) Hoja de registro anestésico: Anotación de la duración del procedimiento anestésico (68.75%). Anotación de la duración del procedimiento quirúrgico (98.75%).
- 2) Nota de egreso del área de cuidados pos anestésicos: anotación de problemas clínicos pendientes (82.5%).
- 3) Hoja de consentimiento informado: Nombre y firma del médico anesthesiólogo (51.25%).

RECOMENDACIONES: Es indiscutible que para optimizar la calidad en el acomodamiento de las notas médicas de anestesiología para brindar un mejor cuidado médico, concientizando al equipo médico de las repercusiones medico legales de la falta a la norma establecida.

PALABRAS CLAVES: NOM-006-SSA3-2011, expediente clínico, indicadores.

Antecedentes Generales.

A nivel mundial y en nuestro país se han llevado a cabo diversos procesos para validar formatos en la evaluación así como para observar la cualidad en el relleno del formato clínico. De forma muy seguida en estudios prospectivos, se observan los rubros anestésicos rellenos de forma inadecuada. El elemento de mala escritura puede ser motivo de discusión durante los análisis médicos legales. La ASA menciona algo importante acerca de esto: no hay beneficios al realizar un adecuado procedimiento anestésico, si no se puede mencionar en que momento, donde y cómo se realizó tal evento anestésico. ¹

El expediente clínico plasma cada proceso durante la relación médico paciente. Recopilando los datos del enfermo, del médico, sobre el diagnóstico, del tratamiento, etc. ¹

Muy variados artículos se han encargado de analizar temas y experiencias sobre la evolución de los servicios así como la cualidad en la atención médica, de ahí naciendo los puntos para el adecuado examen en la calidad de la atención y del expediente clínico. ²

El expediente clínico es un formato en el cual se plasman muy variados escritos sobre los procedimientos tanto quirúrgicos de tratamiento en el paciente. Siendo un documento legal. En los hospitales de gran relevancia, este formato forma una vía de comunicación con demás personal del hospital que atienden a los pacientes, por ende es vital el orden, la legibilidad, lo pulcro del expediente clínico. ²

El expediente clínico otorga la confianza y veracidad de toda información sobre los procesos médicos practicados en un paciente, la situación previa, la atención que se le dio, los condicionantes y los resultados derivados de ellos, todo esto incidiendo, en la cualidad de la atención médica prestada, y si se otorga de acuerdo a las normas realizadas para las instituciones de atención a los pacientes, se verá reflejado como antecedente algún proceso médico legal siendo un elemento donde se mostrará el proceso médico. ²

La formación del formato médico clínico es una competencia profesional en la que se reúnen un conjunto de conocimientos y diversas actividades que permiten mejorar la calidad de la atención en los pacientes.³

Actualmente la anestesiología es una especialidad que se encarga del manejo, evaluación de pacientes de forma integral, siempre poniendo atención en cuanto al estado de inconsciencia, protección neurovegetativa, control del dolor durante los procedimientos quirúrgicos, con objetivos diagnósticos o solo terapéuticos; es una especialidad que maneja de forma integral al paciente, hasta en áreas críticas de la medicina.⁴

La especialidad de anestesiología es de alto rango de estrés y de mucho riesgo que puede condicionar a que se omitan datos o actividades durante el mismo procedimiento. En las estadísticas tenemos que hay pacientes sometidos a cirugía de forma electiva y así se han presentado complicaciones en el rango del 3 al 17%, con una mortalidad del 0.5%; comparado con procedimientos de urgencia en donde se presenta una tasa de mortalidad de más del doce por ciento.⁵

En diversos estudios se ha analizado que hay diversos factores involucrados que llevan a un riesgo elevado a los pacientes en los procedimientos anestésicos, llevando así a la necesidad de realizar un monitoreo esencial y básico. La anestesia es una especialidad con puntos muy críticos, proceso que abarca desde el pre operatorio hasta el tratamiento pos quirúrgico, y el monitoreo de las posibles complicaciones posterior al procedimiento anestésico.⁵

La falta de documentación clara y adecuada no solo ha de tener implicaciones médico legales, ya que pueden afectar potencialmente la calidad y seguridad en los cuidados del paciente. Como ejemplos están la documentación de un evento inesperado de vía aérea difícil o una reacción alérgica a un medicamento administrado. No es de extrañar por tanto, que la importancia de mantener un adecuado, y preciso registro anestésico legible sea enfatizada por numerosos organismos profesionales, incluyendo el australiano y el Colegio de Anestesiólogos de Nueva Zelanda.⁶

El cuidado anestésico es un proceso que abarca tres etapas: pre anestésico, trans anestésico y pos anestésico, que se debe de documentar para reflejar su cumplimiento.

En el expediente clínico de cada paciente se debería llevar acabo cada detalle del procedimiento anestésico; en estudios diversos se menciona que en cada departamento de forma nacional y regional se debería llevar una estadística sobre sus procedimientos anestésicos para así evaluar de forma global y comparativa los procesos de calidad y seguridad en la práctica anestésica; estadísticas que en nuestro país es prácticamente nula. ⁷

Dentro de los estudios que se han realizado a nivel internacional, se puede encontrar que en cuanto al cumplimiento de la documentación por parte del servicio de anestesiología, el 85% destaca la mala cumplimentación. Dentro de este 85%, se encuentra que un 33% en los que no se ha realizado una exploración física al paciente; en el 75% de los casos no se ha tomado la tensión arterial, y por último un 2% en los que no se ha realizado una prueba necesaria para llevar a cabo una anestesia quirúrgica, como es la falta de electrocardiograma.

Tenemos que en México hay pocos estudios donde se pueden evaluar el expediente clínico en cuanto a la calidad de su correcto llenado. Y en los pocos que existen, se mencionan que las especialidades que más incurren en la maña praxis del llenado de los rubros se encuentra cirugía y anestesiología.. ⁸

En países como en estados unidos de américa donde muchos hospitales están remplazando la información sobre los datos anestésicos de los pacientes utilizando sistemas de software avanzados aún en el 50% de los casos tienen complicaciones al convertir la información al nuevo sistema, perdiéndose antecedentes importantes para el expediente e influyendo en un mal incumplimiento de la documentación. ⁹

Siguiendo en el contexto de los archivos usados en software para mejorar la calidad del expediente, tenemos que en el mismo país se está implementando el utilizar estos sistemas para que la documentación ocurra en tiempo real y pueda

ser supervisada evitando así fallas en la documentación; sin embargo el principal problema no está en este tipo de sistemas, ya que se subraya que cambiar el comportamiento del médico sigue siendo el verdadero desafío, debido a que se continua omitiendo detalles en las hojas de registro o se omiten ciertos puntos como la hora de finalización de los procedimientos realizados.¹⁰

En la NOM 006 SSA3 2011, de la cual se trata este trabajo viene especificado que se deberá realizar una gráfica del registro de anestesia, debiendo contar con presión arterial, frecuencia cardiaca, respiraciones por minuto, saturación de oxígeno, así como las horas en que comienza y finalizan los procedimientos tanto anestésico como quirúrgico, ítems donde normalmente se encuentran fallas en el registro.¹¹

Uno de los rubros en los que hay incumplimiento a nivel internacional y en este caso en España, es sobre el consentimiento informado, donde se presentan faltas en la ausencia de rubricas, y sin mencionar los riesgos personalizados.¹²

Al momento de plasmar puntos positivos y negativos en la carta de consentimiento informado, se le debe explicar al paciente de manera clara sobre lo escrito, porque como bien se menciona en el artículo: Consentimiento Informado para la Anestesia: según la Carta de los Derechos de los Pacientes, en el hospital, el médico dará los informes de forma oportuna y completa, sin usar lenguaje técnico, para que el sujeto logre tomar la mejor decisión sobre lo que se le plantea en su tratamiento y siendo este mismo un ejercicio de autonomía en el paciente.¹³

La finalidad última del consentimiento informado, es brindar a los pacientes y familiares una base para la toma de decisiones acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento anestésico al cual será sometido; la cual no se llega a realizar si se explica de manera inadecuada o en su caso ni se mencionan los puntos de este formato a firmar.¹⁴

En otro texto encontramos que hay gran cantidad de médicos anesthesiólogos que no llevan a cabo el plasmar su actividad en el expediente clínico. En los casos analizados más de la mitad de los expedientes están llenados de forma

inadecuada. El elemento de no legibilidad en las letras plasmadas en el expediente clínico se puede convertir en elemento de estudio durante peritajes médicos.¹⁵

En un artículo publicado por una revista boliviana se nos menciona que: el expediente clínico funciona como un documento legal, y que por lo tanto se enfatiza en la mejoría de su escritura clara, concisa y sencilla para facilitar su comprensión hacia personal que no es médico.¹⁶

La NOM es un formato jurídico que regulariza la práctica anestésica y a la cual todo especialista anesthesiólogo debe estar informado y acatar las normas dictadas en ella. Las NOMs son directrices que contienen datos acerca de todo lo necesario para llevar a cabo un correcto procedimiento anestésico, salvaguardando la vida del paciente y protegiendo la labor del especialista.¹⁷

Mientras tanto en otros estudios realizados en nuestro país sobre el consentimiento informado y su integración al expediente clínico, se nos habla de que existen defectos en la conformación del expediente clínico y en el consentimiento informado, lo que da como resultado que se lleve a cabo capacitar al equipo laboral de los hospitales, puntualizando la importancia del expediente en los procesos médicos legales.¹⁸

En diversos foros se han analizado la necesidad de llevar a cabo el buen llenado del expediente clínico. Apegándose a la NOM 004 SSA3 2012. Tomando en cuenta que el expediente tiene tres objetivos; siendo estos la parte de la estadística, la médica y legal.¹⁹

Cabe mencionar que en otras partes del mundo se están haciendo modificaciones en cuanto al expediente en físico, pasándolo a digital, integridad de la documentación clínica han mejorado a través del uso del expediente electrónico. Mejoras en las funciones de presentación de la información dentro del mismo, tienen reducción de la carga cognitiva ineficaz resultante de la necesidad para buscar información relevante, refinar la información, y descifrar notas manuscritas. Gracias al expediente digital, esta carga cognitiva ineficaz, que puede ocupar un

espacio considerable en nuestra memoria de trabajo, puede así ser reducido y reemplazado con un mayor nivel de precisión.²⁰

Es importante, identificar si hay los debidos seguimientos a las normas durante práctica diaria.

Antecedentes Específicos.

La Sociedad Canadiense de Anestesiólogos en el año 1975 dio a conocer una de las primeras guías en anestesiología sobre la adecuada práctica clínica. El desarrollo de tales guías justifican un mínimo de estándares para el manejo pre, trans y pos anestésicos. Posteriormente, en la universidad de Harvard, en el año 1986, dio a conocer que se utilizaran de forma estandarizada las mismas. En México la práctica de anestesiología está bajo los estándares de la Norma Oficial Mexicana 006 de la Secretaria de Salud y Asistencia (NOM 006 SSA) para la práctica de la anestesiología, difundida en 1998 y actualizada en el año 2011.⁴

La Secretaria de Salud en 1998 formuló la Norma Oficial del formato clínico, en el mes de marzo 2012 llevó acabo la NOM 006-SSA3-2011. En esta se menciona que todos los especialistas en anestesiología tienen que organizar de tal manera y completa el formato clínico, los análisis existentes, nos mencionan el inadecuado llenado del mismo por parte de las especialidades en anestesiología y cirugía.¹

La norma tiene como objetivo, dar a conocer las características que deben tener los profesionales médicos así como los lugares para la atención médica en la práctica de la anestesiología, así como la organización mínima y el funcionamiento para cumplir en esta especialidad.

En la visita pre anestésica de los pacientes se deberá incluir sus antecedentes médicos y una exploración del estado físico del mismo para poder determinar los riesgos de complicaciones en la anestesia y así optimizar las condiciones pertinentes en el paciente siguiendo las guías ya establecidas en nuestro país.⁴

Han sido realizados diversos procesos para dar a conocer guías y bases sobre el manejo del expediente y de esta forma mejorar su práctica en los anestesiólogos..

7

El registro anestésico suele ser la única documentación de la interacción de un anestesiólogo con su paciente. El registro generalmente sirve como un documento conciso de la evaluación preoperatoria relevante, la administración anestésica

intraoperatoria, los datos fisiológicos, así como las indicaciones del anestesiólogo para el periodo posoperatorio inmediato. ⁵

La documentación precisa y completa es un elemento esencial de la atención médica segura y de alta calidad, y en consecuencia una responsabilidad básica de los médicos anestesiólogos. El cuidado de la anestesia es un continuo que incluye tres fases generales de atención: pre anestesia, intraoperatoria/intraprocedimiento y cuidados pos anestésicos. Contribuir a la exactitud en registros médicos y facilitar cualquier revisión de la gráfica que sea necesaria en el futuro, los anestesiólogos deben asegurarse de que sean precisos y exhaustivos. La documentación se realiza en las tres fases de la atención relacionada con la anestesia, información que es relevante para el cuidado peri operatorio de un paciente.

Está muy claro que en el formato clínico se debe requisitar de forma correcta cada rubro, de forma clara, sencilla, sin tecnicismos y así permitir su evaluación oportuna. En muchos de los casos los registros anestésicos están incompletos, o no hay el suficiente espacio para plasmar todo lo que se realiza en un procedimiento anestésico; cuando se sabe que en el formato del registro anestésico es la descripción de todo el procedimiento anestésico, formando así un punto importante para la defensa de cualquier eventualidad antes las autoridades.

21

La revista de CONAMED ha dado a conocer en estudios el porcentaje sobre los cumplimientos en la normatividad de las notas pre anestésicas; dando como resultado el 93% de cumplimiento. Sobre la evolución de la clínica en los pacientes se dio un seguimiento del solo 90%. El procedimiento anestésico dio como resultado el 100%. El registro anestésico dio como resultado 88%. La anotación del riesgo anestésico facilita explicarle a los pacientes y familiares las eventualidades negativas previo, durante y posterior al procedimiento anestésico. El cumplimiento en la nota pos anestésica fue del 62%. El 68% registraron los medicamentos utilizados. El 88% anotó la duración del procedimiento anestésico. En cuando al rubro de los incidentes y accidentes se omitieron el 100% de los

casos. La cantidad de hemocomponentes y soluciones aplicadas fue anotada en un 25%. Los signos vitales de egreso del paciente posterior a la cirugía fue del 92%. En las notas pos anestésicas es donde más incumplimiento se encontró.²²

Comparando estos resultados en nuestro país, encontramos que en Asia, particularmente en Turquía, el 43.8% de los registros preoperatorios se documentaron "adecuadamente" en 2014, los registros intraoperatorios, con el número de registros 'representados de manera óptima' se ubicó en 35.1% en 2014. Numerosos organismos profesionales, incluidos el Colegio de Anestesiólogos de Australia y Nueva Zelanda (ANZCA), la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) y la Sociedad Canadiense de Anestesiólogos (CAS) han descrito la necesidad de contar con registros anestésicos adecuados, precisos y legibles.²³

Acorde a lo anterior, donde más se realiza un adecuado cumplimiento es en la nota pre anestésica, que llevan a ventajas principales, tales como: mejoría para los pacientes, en cuanto a la movilidad y mortalidad posterior al procedimiento anestésico quirúrgico.²⁴

En cuanto a la experiencia sobre los formatos digitales o a mano tenemos que: el registro anestésico es una herramienta crítica para el anestesiólogo con funciones directas tanto clínicas como auxiliares. Orientación proporcionada por una variedad de los órganos de gobierno que deben ser complementados por el conocimiento clínico para asegurar el contenido adecuado del registro anestésico, que requerirá actualizándose con el tiempo. Los registros manuscritos se ven obstaculizados por la inexactitud, ilegibilidad e incompletitud, pero son simples, confiables y de bajo costo. Los registros electrónicos tienen muchas ventajas teóricas pero no disponibles ya que los datos sugieren una penetración limitada debido a la percepción de alto costo y complejidad con poco retorno directo sobre la inversión. Los niveles departamentales y profesionales de la sociedad deben reconocer la importancia de este importante documento médico que ha jugado un papel cada vez más amplio en la práctica anestésica por más de 100 años.²⁵

Evaluar el apego a la NOM-006-SSA3-2011 del servicio de anestesiología en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho en pacientes sometidos a procedimientos anestésicos mediante la revisión aleatoria de los expedientes clínicos es el objetivo general de este estudio.

Planteamiento del Problema.

¿Cuál es el índice de apego del servicio de anestesiología a la documentación de la NOM-006-SSA3-2011 en el Hospital de Especialidades de Puebla?

¿Cuáles son los factores asociados al mal apego de la NOM-006-SSA3-2011 anestesiología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de Div. Manuel Ávila Camacho?

Justificación.

Actualmente se realizan varios procedimientos terapéuticos y de diagnóstico en donde participa un anestesiólogo. Para eso se originó la NOM de anestesiología. La cual rige las actividades de esta especialidad, y que también se modifica de acuerdo a las necesidades de la población y de la propia especialidad.

Más adelante en esta investigación veremos como está estructura la NOM de anestesiología, en cuanto a los puntos del pre, trans y pos anestésico.

La evaluación del formato clínico ha sido desde hace varios años un procedimiento determinante para la calidad de las atenciones en el ámbito médico; encontrándose que en especialidades como cirugía general y anestesia resultan con pésimo apego a las normas establecidas en el llenado del expediente clínico.

Resulta necesario perfeccionar la conformación del expediente clínico, el apego a la normatividad, ya que esto acreditará a los procedimientos de nuestra especialidad en término de “lex artis” y asumiendo satisfactoriamente los problemas basados en algún proceso médico legal.

Por ende está el interés de llevar a cabo una investigación y determinar el apego a la NOM-006-SSA3-2011 en el Hospital de Alta Especialidad Manuel Ávila Camacho, en la ciudad de Puebla, ya que no se cuenta con datos previos a este estudio en nuestro medio, y así corroborar lo que menciona la literatura sobre el pobre apego a las normas, en este caso de la especialidad de Anestesiología; poder dar un antecedente y mejorar la calidad del expediente, ayudando tanto a la atención del paciente, como al desempeño y protección adecuada laboral del anestesiólogo.

En la UMAE Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho, se realizan en promedio un total de 500 procedimientos diarios bajo técnicas anestésicas a la semana en los tres turnos con los que se cuenta, esto en cuanto a procedimientos programados y no de urgencia, de los cuales se espera que al menos el 50% de la documentación por

parte del servicio de anestesiología no se encuentra debidamente requisitada y omitiendo información de crucial importancia para el expediente clínico y como lo marca la NOM-006-SSA3-2011.

Material y Métodos.

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio de proceso, de tipo observacional, transversal, prospectivo, homodémico y unicéntrico.

Pacientes.

Se analizaron expedientes clínicos donde se hayan realizado procedimientos quirúrgicos en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de Div. Manuel Ávila Camacho. Pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de Div. Manuel Ávila Camacho IMSS sometidos a procedimientos quirúrgicos. Criterios de inclusión: Procedimientos bajo anestesia. Criterios de exclusión: No aplican por el tipo de estudio. Criterios de eliminación: No aplican por el tipo de estudio.

Instrumentos.

Llenando una hoja de recolección de datos se exploraron los siguientes rubros: 1. Expediente con número, 2. Seguridad social, 3. Género, 4. Años, 5. Formato pre anestésico, 6. Valoración pre anestésica, 7. Registro anestésico, 8. Nota pos procedimiento anestésico, 9. Nota de ingreso a la Unidad de cuidados pos anestésicos, 10. Nota de egreso de la Unidad de Cuidados Pos Anestésicos, 11. Consentimiento informado anestésico y todo lo relacionado a las variables necesarias para confirmar el apego a la NOM en estudio.

Procedimientos.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a procedimientos anestésicos en la UMAE Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de Div. Manuel Ávila Camacho.

Análisis estadístico.

Se trabajó con estadística descriptiva la cual consistía en porcentajes y frecuencias en cuanto a variables cualitativas se refiere; y en la variabilidad cuantitativa se realizó media como medida de tendencia central, y la desviación estándar como dispersión.

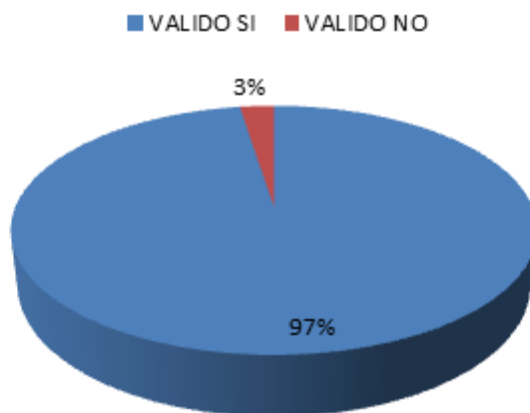
Las variables tipo ordinal, cualitativo: valoración pre anestésica, registro del procedimiento de anestesia, pos anestésica, registro a la Unidad de Cuidados Pos Anestésicos, consentimiento informado y generalidades que se reportaron de forma dicotómica, calculándose los porcentajes y frecuencias de acuerdo con la norma vigente.

Resultados.

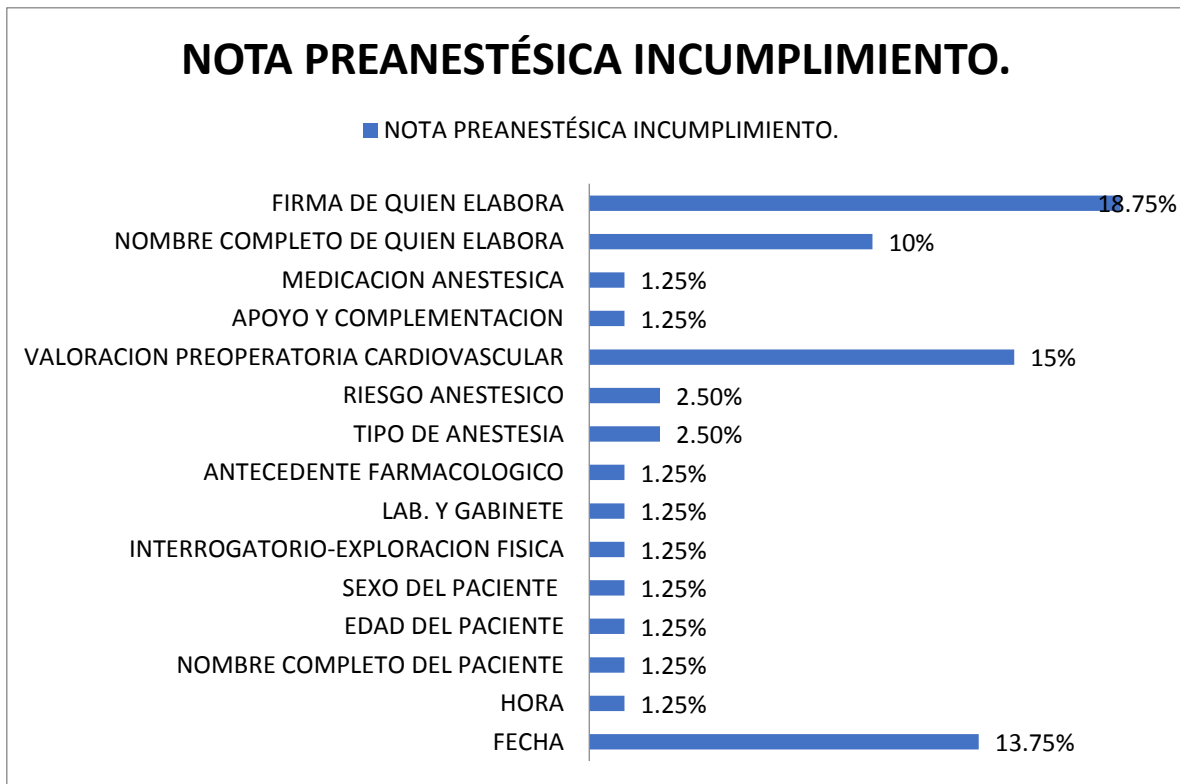
Se incluyeron un total de 800 expedientes, de los cuales el 100% (800) de la población contaban con el número de expedientes. En cuanto a la valoración pre anestésica el 97%(720) contaban con ella, constatando que se realiza un examen previa cirugía al paciente, y el 3%(80) no contaban con dicha valoración (gráfica 1).

GRÁFICA 1.

VALORACION PREANESTESICA



GRAFICA 2.

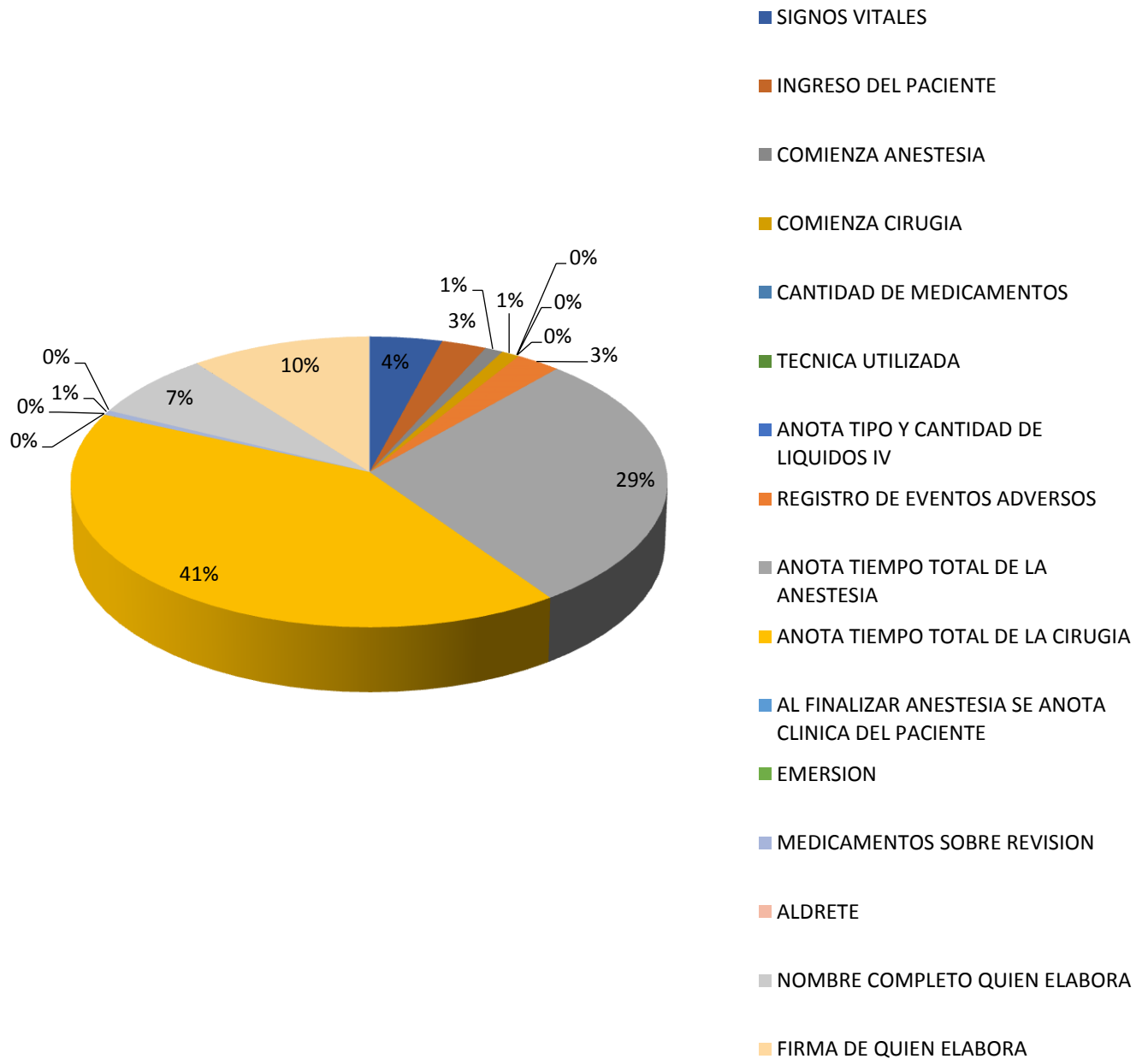


En la nota pre anestésica, el 86.25%(690) tenía el registro de la fecha y el 13.75% (110) expedientes no registraron la fecha de la evaluación, el 98.75%(790) contaba con la hora en la que era realizada, mientras el 1.25%(10) no contaba con la hora de la evaluación; el 98.75%(790) tenía el nombre completo del paciente, el 1.25%(10) no tenía el nombre completo del paciente; el 98.75%(790) contaba con la edad del paciente, el 1.25% (10) no contaba con este dato; el 98.75%(790) mencionaba el sexo del paciente, el 1.25% (10) no registraba el sexo del paciente; el 98.75%(790) contiene datos obtenidos de la exploración física e interrogatorio impactaría en la hoja del registro anestésico, mientras el 1.25% (10) no los contenía; el 98.75%(790) reportaba exámenes de laboratorio y gabinete y el 1.25% (10) no los reportaba; el 98.75%(790) mencionaban los antecedentes farmacológicos y anestésicos del paciente y el 1.25% (10) no los mencionaba; el 97.5%(780) mencionaba el tipo de procedimiento anestésico aplicado según la cirugía y el estado físico del paciente, y el 2.5% (20) no lo mencionaba; el 97.5%(780) registraba la clasificación del riesgo anestésico, mientras el 2.5% (20)

no lo mencionaba; el 85%(680) cuenta con valoración preoperatoria cardiovascular y el 15%(120) no contaba con esta valoración; el 98.75%(790) anotaba el apoyo y complementación con otras especialidades, mientras el 1.25% (10) no anotaba si había recibido el apoyo o no; el 98.75%(790) anotó la medicación anestésica y el 1.25% (10) no la anotó; el 90%(720) anotaba el nombre completo de quien elaboraba la nota preanestésica y el 10% (80) no lo anotaba; el 81.25%(650) contenía la firma de quien la elaboraba y el 18.75%(150) no contenían la firma (Gráfica 2.).

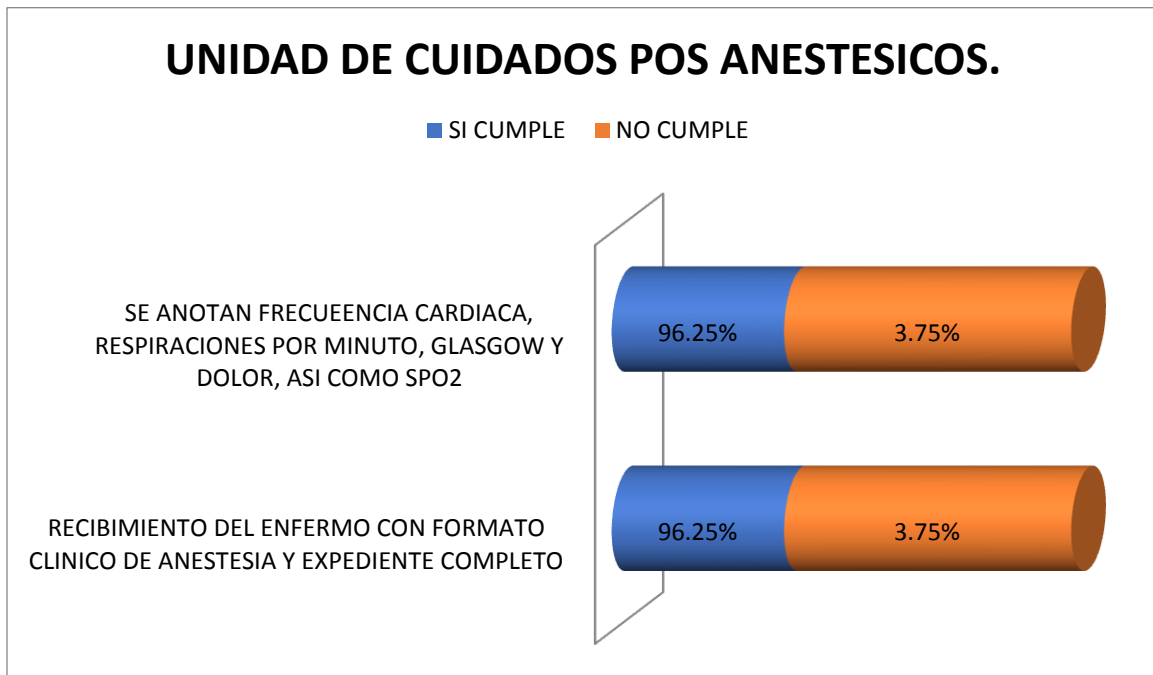
GRAFICA 3.

INCUMPLIMIENTO EN DOCUMENTACION DEL PROCEDIMIENTO ANESTESICO.



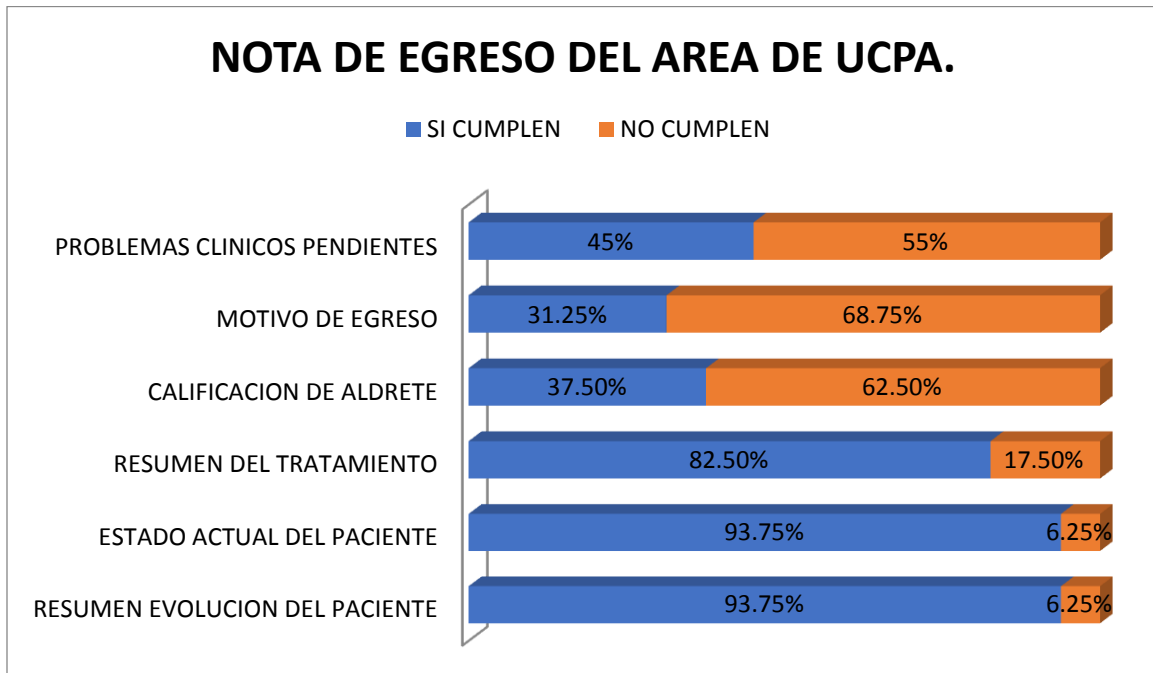
En los formatos de la técnica anestésica se obtuvieron los siguientes resultados: el 90%(720) documenta los signos vitales, y el 10% (80) no lo documentan; el 93.8%(750) se anota cuando ingresa el paciente quirófano, el 6.2% (50) no lo registra; el 97.5%(780) registra el inicio del procedimiento anestésico, el 2.5%(20) no lo hacen; el 97.5% (780) registra el inicio del procedimiento quirúrgico, mientras que el 2.5% (20) no lo hicieron; el 100%(800) registraron medicamentos con sus dosis; el 100%(800) registra el tiempo en que fue ministrado el medicamento; el 100%(800) registra el procedimiento utilizado; el 100%(800) registra cantidad y solución intravenosa ministrada; el 93.75%(750) registra eventos adversos que se presentaron durante el procedimiento, el 6.25% (50) no lo registran; el 31.25%(250) anota la duración del procedimiento anestésico, mientras el 68.75%(550) no lo hace; el 1.25%(10) anota la duración del procedimiento quirúrgico y el 98.75% (790) no lo realiza; el 100%(800) anota el estado del paciente al finalizar la anestesia; el 100%(800) mencionan los datos de emersión; el 98.75%(790) registra los medicamentos de revisión y el 1.25% (10) no lo registra; el 100%(800) menciona la calificación de Aldrete al salir de quirófano; el 82.5%(660) tiene el nombre completo de quien lo elabora, mientras el 17.5% (140) no lo tienen; el 75%(600) tiene la firma de quien lo elabora, y el 25% (200) no la tienen (Gráfica 3).

GRAFICA 4.



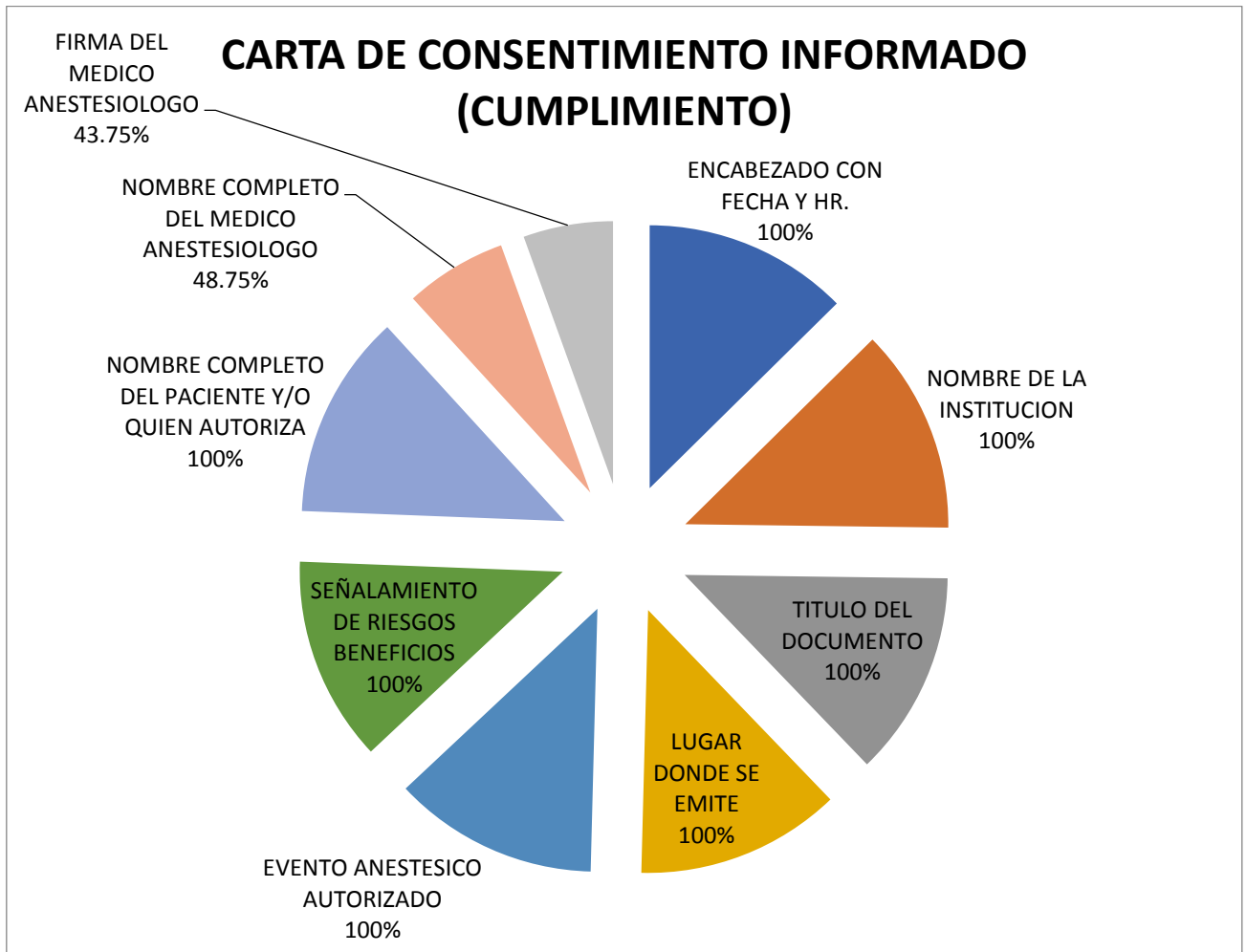
En el análisis del rubro de la Unidad de cuidados pos anestésicos, encontramos que: el 96.25%(770) reciben a los pacientes con formatos de anestesia y expediente clínico y el 3.75% (30) no fue así; el 96.25%(770) registran tensión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, respiraciones por minuto estado de conciencia, intensidad del dolor, y el 3.75% (30) no lo registraban (Gráfica 4).

GRAFICA 5.



En la nota de egreso del área de UCPA: el 93.75%(750) cumple con el resumen de la evolución del paciente, mientras el 6.25% (50) no lo cumplían; el 93.75%(750) menciona el estado actual del paciente, y el 6.25% (50) no lo mencionaban; el 82.5%(660) menciona el resumen del tratamiento, y el 17.5% (140) no lo mencionan; el 37.5%(300) menciona la calificación de Aldrete y el 62.5%(500) no lo hacen; el 31.25%(250) refiere el motivo de egreso, mientras el 68.75% (550) no lo refieren; el 45%(360) mencionan los problemas clínicos pendientes, y el 55% (440) no los mencionaban (Gráfica 5).

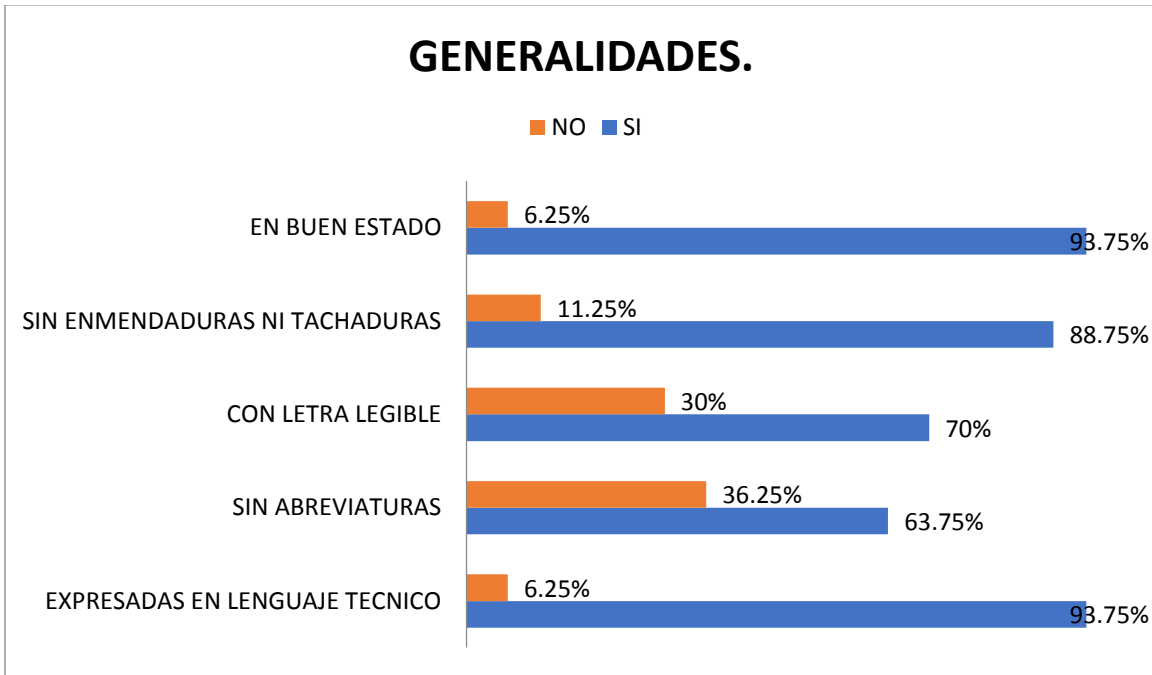
GRAFICA 6.



En cuanto al formato de información concientizada, se encuentra: el 100%(800) presenta encabezado con fecha y hora; el 100%(800) contiene el nombre de su institución; el 100%(800) tiene el título del documento; el 100%(800) presenta el lugar donde se emite; el 100%(800) presenta el evento anestésico autorizado; el 100% (800) señala los riesgos y beneficios del acto anestésico autorizado; el 100% (800) contiene completamente el nombre del paciente y/o quien autoriza; el 48.75% (390) contiene el nombre completo del médico anestesiólogo, y el 51.25%

(410) no lo contiene; el 43.75%(350) presenta la firma del médico anesthesiologo, mientras el 56.25% (450) no la presentaba (Gráfica 6).

GRAFICA 7.



En las generalidades: el 93.75%(750) se encuentran expresadas en lenguaje técnico, el 6.25% (50) no se encuentra con este lenguaje; el 63.75%(510) se encuentra sin abreviaturas, el 36.25% (290) la presentan; el 70%(560) tiene letra legible, mientras que el 30% (240) no la tienen; el 88.75%(710) se encuentra sin enmendaduras ni tachaduras, el 11.25% (90) si la presentan; el 93.75%(750) se encuentra en buen estado, y el 6.25% (50) no lo están (Gráfica 7).

Discusión.

La norma oficial mexicana es la regulación técnica donde podemos hallar toda la información necesaria para poder realizar estudios y de esta forma basarse y mejorar la práctica de la anestesia en nuestro país. La NOM se integra por un equipo multidisciplinario que permite mejorar la buena praxis en nuestra especialidad.

Los resultados obtenidos nos da a conocer la existencia, falta o no de los rubros contenidos en las notas del servicio de anestesiología, en los cuales se muestra un menor porcentaje de incumplimiento a la norma en el apartado de documentación del procedimiento anestésico y en las notas de egreso del área de unidad de cuidados pos anestésicos, siendo puntos alarmantes, ya que el primero describe el acto médico anestésico de manera cronológica; y el segundo en cuanto a la entrega del paciente posterior al procedimiento anestésico, su evolución en el área de recuperación y su egreso en las condiciones más óptimas posibles; las cuales impactan de manera profusa en los casos médicos legales en la actualidad.

Al conjunto de documentación escrita, graficada se le conoce como expediente clínico, por los cuales el personal de salud registrará anotaciones y todo lo correspondiente de acuerdo a las disposiciones sanitarias. Es decir, el documento médico por excelencia es el expediente clínico.

Las especialidades que más reportan incumplimiento en el adecuado llenado del expediente clínico son cirugía general y anestesiología. Documentándose que solo uno de cada diez expedientes clínicos cuenta con las características especificadas en las normas oficiales reflejando un foco rojo para la calidad y seguridad con la que se brindan los servicios a los pacientes.

Conclusiones.

No hay un apego a la Norma Oficial Mexicana-006-Secretaría de Salud y Asistencia 3-2011 en anestesiología en nuestra Unidad Médica de Alta Especialidad, evidenciándose en la documentación del registro anestésico, rubro donde más se encontraron fallas, donde el 68.75% no anota la duración del procedimiento anestésico, seguido del 98.75% que no anota la duración del procedimiento quirúrgico; en segundo lugar del mal apego a la norma en la documentación anestésica, encontramos que en las hojas del egreso de la unidad de cuidados pos anestésicos hay una alta incidencia en cuanto a la omisión de los problemas clínicos pendientes, con un resultado de 82.5% del incumplimiento. Y como tercer lugar en la incidencia del mal apego a la norma, encontramos que el formato de consentimiento informado es otro rubro donde se encuentran fallos en gran porcentaje, siendo estas evidentes en la falta de las rubricas y nombre completo del médico anesthesiologo, con resultados de hasta el 51.25%, confirmado la evidencia de otros estudios, donde se menciona el alto índice del mal llenado en la especialidad de anestesiología.

Los puntos satisfactorios de nuestra evaluación fueron las anotaciones del procedimiento anestésico, con resultados del 100% en el registro de las dosis de medicamentos o agentes usados; el 100% en el registro del tiempo en que se ministró medicamentos; el 100% en la anotación del procedimiento utilizado; el 100% en la anotación del tipo y cantidades de líquidos intravenosos administrados.

La relevancia de los resultados anteriores ofrece una validez suficiente para considerarlos un reflejo de lo que sucede en la actualidad no solo en nuestra institución, sino a nivel nacional. Se ofrece información sobre aquellos puntos en notas del servicio de anestesiología que no se llenan adecuadamente. Queda claro que las notas no reflejan al máximo la calidad de la atención, pero vaya que es un punto muy útil que define el trabajo médico.

Hay que optimizar la calidad en la conformación de los formatos clínicos, ya que no se siguen las normas establecidas por parte del servicio de anestesiología no se realiza al 100%. Entre las estrategias que se puede realizar, es mejorando los formatos institucionales, haciendo énfasis en los puntos clave a llenar en ellos, capacitando así mismo al personal de su unidad sobre las adecuaciones-modificaciones en tales formatos, y dando pláticas sobre las repercusiones de los incumplimientos a la norma vigente, para comprender que un expediente clínico llenado de forma adecuada presentará de la mejor forma el ejercicio de nuestra profesión en el ámbito de la responsabilidad médica.

Los factores asociados al mal apego a la norma en nuestro servicio de anestesiología entre otros aspectos, se deba a que no exista la debida supervisión por parte del médico adscrito y entre los propios residentes; además en las hojas de registro anestésico el tiempo de realización fue alto y el los espacios por rellenar son sustancialmente superiores a los demás, lo que puede ocasionar una omisión de los mismos durante los procedimientos quirúrgicos y/o al presentarse incidentes que mantengan la atención del personal en la resolución del mismo, obviando rubros en la hoja del registro.

La capacitación profesional no solo en los aspectos teóricos y prácticos de la fisiopatología en los pacientes es imprescindible, debería tomarse y concientizarse el aspecto médico legal que tiene el expediente clínico en su adecuado llenado y conservación del mismo al iniciar la especialidad y después de forma continua, buscando el alto nivel de conocimientos.

Bibliografía.

1. López L, Lina F, Lina LM. A propósito de medicina legal: el anestesiólogo y el expediente clínico. *Rev Mex Anest.* 2016; 39 (1): 8-14.
2. Rillo AG, Palomares P, Arceo ME. Nivel de conocimiento que poseen médicos residentes sobre la Norma oficial Mexicana del Expediente Clínico. *Rev Hum Med.* 2008; 8 (2-3): 1-19.
3. Fernández AC, Torres V, Plancarte J. Cumplimiento de la NOM-006-SSA3-2011 en la unidad de cuidados pos anestésicos-quirúrgicos del Hospital de Alta Especialidad de Veracruz [Tesis de posgrado]. Veracruz, Ver: UNIVERSIDAD VERACRUZANA; 2014.
4. Gómez J, Márquez H. Calidad de las notas pre, trans y pos anestésicas y su relación con la antigüedad del trabajador. *Rev CONAMED.* 2014; 19 (1): 17-22.
5. Elhalawani I, Jenkins S, Newman N. Perioperative anesthetic documentation: Adherence to current Australian guidelines. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2013; 29 (2): 211-215.
6. Mille JE, Aréchiga G, Portela JM. Estándares internacionales para la práctica segura de la anestesiología. *Rev Mex Anes.* 2011; 34 (1): 84-87.
7. Mille JE. Consejos prácticos en anestesiología. Tips en anestesia. *Rev Mex Anes.* 2013; 36 (1): 294-295.
8. Loria J, Moreno E. Apego a la norma oficial mexicana del expediente clínico del servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de la ciudad de México. *Rev Cub Med Int Emerg.* 2008; 7 (4): 1-6.
9. Epstein R, Dexter F. Provider Access to legacy electronic anesthesia records following implementation of an electronic health record system. *J Med Syst.* 2019; 43 (105): 1-8.

10. Vigoda M, Lubarsky D. The medicolegal importance of enhancing timeliness of documentation when using an anesthesia information system and the response to automated feedback in academic practice. *Anesth Analg.* 2006; 103 (1): 1-6.
11. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 006 SSA3 2011, para la práctica de la anestesiología. *Rev Mex Anest* 2012; 35 (2): 140-152.
12. Ruíz R, Albarrán E. Aspectos médicos legales de la consulta de anestesia. *Rev Esc Med Legal.* 2009; (12): 4-27.
13. Peñuelas J, Oriol SA. Consentimiento informado para la anestesia. *Rev Mex Anest.* 2008; 31 (2): 101-107.
14. Guillen J, Luna A. Calidad de la información en el proceso del consentimiento informado para anestesia. *Cir Esp.* 2013; 91 (9): 595–601.
15. Whizar V. Prevención en anestesiología. *Fed Mex Col Anes.* 2009; 21 (2) 118-138.
16. Carbajal HE, Poppe V. Expediente clínico y otros documentos medico legales como evidencia en la praxis médica. *Arch Bol Med.* 2013; 20 (88): 60-73.
17. Soto LH. ¿Es vigente la NOM 006 SSA3 2011 para la práctica de la anestesiología en el contexto actual? Aspectos médicos legales en la práctica de la anestesiología. *Rev Mex Anest.* 2016; 39 (1): 61-66.
18. Dubón MC. La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico paciente. *Rev Fac Med UNAM.* 2010; 53. (1): 15-20.
19. Lupa S, Yacaman R. La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico. *Anal Med ABC.* 2015; 60 (3): 237-240.
20. Tanoubi I. The electronic medical record in anesthesiology: a standard of quality healthcare and patient safety. *Can J Anesthesiology.* 2017; 64 (7): 693-697.

21. IriairteD, Tórres J. Auditoria médica en anestesia. Gac Med Bol. 2009; 32 (2): 60-64.
22. Vargas K, Pérez JA. Cumplimiento de los indicadores del modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC). Rev CONAMED. 2015; 20 (4): 149-159.
23. Brett W, Sethi R, Visvanathan T. Peri Operative Anaesthetic documentation: a report of three sequential audits on the quality of outcomes, with an insight into surrounding legal issues. Turk J Anaesthesiology Reanimation. 2018; 46 (5): 354-361.
24. Mena M, Rodríguez E. Valoración Pre anestésica. Importancia en el paciente quirúrgico. Rev Hosp Juárez Mex. 2014; 81 (3): 193-198.
25. Raymer K. The anesthetic record: how content and design influence function in anesthetic practice and beyond. Anesth Clin Research. 2011; 4 (2): 2-8.

Anexos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDADES,
CENTRO MÉDICO NACIONAL GENERAL DE DIVISIÓN MANUEL ÁVILA
CAMACHO

EVALUACION DE NOTAS MEDICAS DE ANESTESIOLOGÍA.

IDENTIFICACION DEL CONCEPTO		SI	NO	%
1.	Número de expediente			
2.	Valoración			
A	Interrogatorio y análisis clínico previa cirugía			
3.	Nota pre procedimiento de anestesia			
A.	Fecha			
B.	Hra			
C.	Nombre completo del paciente			
D.	Edad del paciente			
E.	Sexo de paciente			
F.	Labs. Y gabinete			
G.	Antecedentes farmacológicos y anestésicos			
H.	Tipo de anestesia que se llevará acabo			
I.	Clasificación del riesgo anestésico			
J.	Otras especialidades			

K.	Medicamentos anestésicos			
L.	Nombre de quien elabora			
M.	Rubrica de quien elabora			
4.	Documentos del procedimiento de anestesia			
A.	Anota signos vitales			
B.	Anota hora de llegada del paciente a sala de quirófano			
C.	Anota el inicio de la anestesia			
D.	Anota la dosis medicamento o agentes utilizados			
E.	Documenta técnica utilizada			
F.	Documenta cantidades y tipo de líquidos IV utilizados			
G.	Anota eventos negativos presentados			
H.	Registra tiempo total de anestesia			
I.	Registra tiempo total de cirugía			
J.	Anota clínica del paciente al finalizar anestesia			
K.	Emersión			
L.	Drogas de revisión			
M.	Aldrete			
N.	Nombre completo del médico			
O.	Rúbrica			
5.	Unidad de cuidados posanestésicos (UCPA)			

A.	Se recibe enfermo con formato completo de anestesia y otros			
B.	Se registran frecuencia cardiaca, Spo2, Glasgow			
6.	Nota de egreso del área de UCPA			
A.	Resumen de la evolución del enfermo			
B.	Estado actual del paciente			
C.	Resumen del tratamiento			
D.	Aldrete			
E.	Motivo de egreso			
F.	Problemas clínicos pendientes			
7.	Carta de consentimiento informado			
A.	Encabezado con hora y fecha			
B.	Nombre del instituto			
C.	Título del formato			
D.	Lugar donde se realiza			
E.	Anestesia autorizada			
F.	Señalamiento de riesgos y beneficios de la anestesia			
G.	Nombre completo del paciente y/o responsable			
H.	Firma del paciente y/o responsable			
I.	Nombre completo del anesthesiologo			
J.	Firma del anesthesiologo			

8.	Generalidades			
A.	Tecnicismo			
B.	Sin abreviaturas			
C.	Con letra entendible			
D.	Sin enmendaduras, ni tachaduras			
E.	En buen estado			