



A propósito de medicina legal: el anestesiólogo y el expediente clínico

Dra. Lorena López-Maya,* Dr. Francisco Lina-Manjarrez,** Dra. Lorena Monserrat Lina-López***

* Médico Anestesióloga adscrita al Hospital General de Zona No. 24, IMSS.

** Cirujano General adscrito al Hospital General de Ticomán. Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal.

*** Médico Residente de segundo año de Cirugía General. Hospital General «Dr. Manuel Gea González», Secretaría de Salud, México, D.F.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Lorena López-Maya
Insurgentes Núm. 13, México, D.F.
E-mail: lorenalpez08@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 30-03-14

Aceptado para publicación: 26-09-14

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

RESUMEN

En México la evaluación de servicios y atención médica se realiza a través del llenado correcto del expediente clínico. El objetivo de este estudio es conocer el porcentaje de cumplimiento por parte del anestesiólogo, en el llenado y manejo del expediente clínico de acuerdo con la norma vigente. **Material y métodos:** Estudio transversal, analítico y prospectivo que se realizó en las áreas de recuperación y quirófano de un Hospital General de Zona de segundo nivel del IMSS, mediante la revisión de expedientes clínicos seleccionados en forma aleatorizada simple. Se evaluó la integración de los expedientes clínicos a partir de siete indicadores elaborada con base en la norma vigente actualizada. **Análisis estadístico:** A las variables categóricas se aplicaron frecuencias y porcentajes. Para valorar la asociación de variables se utilizó un modelo de regresión logística. **Resultados:** Se analizaron 205 expedientes, encontrando que el 100% tenía hoja de registro anestésico, más del 70% valoración preanestésica, el rubro menor reportado fue la hoja de egreso de UCPA y de consentimiento informado. **Conclusiones:** Es indispensable mejorar la calidad de la integración de los expedientes clínicos para proporcionar como consecuencia una mayor calidad en la atención médica en forma integral y segura.

Palabras clave: Norma anestésica, expediente clínico, indicadores.

SUMMARY

*In Mexico the evaluation of medical care and services, is through proper filling clinical record. The aim of this study was to determine the rate of compliance by the anesthesiologist in filling and clinical record management according to the current rule. **Material and methods:** Cross-sectional, prospective analytic held in the theater recovery areas and a Zone General Hospital IMSS second level, by reviewing medical records randomly selected simple. Integration of clinical records were evaluated from a list of 7 indicators developed based on the existing standard updated. **Statistical analysis:** A categorical variables frequencies and percentages were applied to assess the association of variables using logistic regression model. **Results:** 205 records were analyzed, finding that 100% had anesthetic record sheet, over 70% pre-anesthetic assessment, the lowest reported category was high leaf UCPA and informed consent. **Conclusions:** Improve the quality of integration of clinical records to provide quality medical care in a comprehensive and secure is essential.*

Key words: Standard anesthetic, medical records, indicators.

ANTECEDENTES

LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica debe reflejar todos y cada uno de los pasos seguidos e indicados en la relación médico-paciente. Deben estar recopilados todos los datos referentes al paciente tratado, al médico, el diagnóstico, el tratamiento y otros.

Diversas publicaciones han analizado temas y experiencias de investigaciones relacionadas con el desarrollo de los servicios y con la calidad de la atención médica, surgiendo las bases para la evaluación de la calidad de la atención, a través del correcto llenado del expediente clínico, el cual ha sido objeto de revisión y actualización reciente (NOM-168-SSA-1998). La Secretaría de Salud establece este instrumento normativo de calidad de la atención para aplicarse en las unidades de atención médica con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de sus servicios, en beneficio de la población usuaria. En esta norma se establece que los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos^(1,2).

El expediente clínico (EC) es el documento en el cual se registran las anotaciones médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y el tratamiento de un paciente.

Es un documento legal. En la medicina institucional, en los grandes centros hospitalarios, el EC constituye casi siempre la única vía de comunicación con el resto del personal que en diferentes turnos y especialidades suele atender a un mismo paciente, de ahí la importancia de tener un EC bien integrado, ordenado, completo, legible, etcétera⁽³⁾.

El expediente clínico representa de manera directa la oportunidad de la confiabilidad y veracidad de la información respecto al manejo médico que ha tenido un usuario, su situación previa, la atención otorgada, sus condicionantes y los resultados obtenidos, lo que incide claro está, en la calidad de la atención médica que le fue proporcionada al paciente, la que sí se otorga conforme a la ética médica y a las normas expresamente creadas para las diversas instancias de atención de los usuarios de los servicios, desde luego implicará que como prueba en un procedimiento judicial o administrativo, será el elemento base al que se referirán para demostrar la buena o mala calidad de atención prestada^(4,5).

En México como a nivel internacional se han realizado diferentes estudios para validar instrumentos de evaluación y para medir la calidad del llenado del expediente clínico. Es frecuente que en estudios prospectivos cuando se analizan los expedientes, se encuentren los registros anestésicos llenados en forma inapropiada. Este factor de grafofobia puede ser un

elemento de controversia en el momento de elaborar peritajes. Como se menciona en las recomendaciones de la ASA: **Es un beneficio muy pobre el haber dado una muy buena anestesia, si es imposible decir qué se hizo y cuándo se hizo.**

Es necesario un adecuado registro de la evolución de las condiciones y de las diferentes intervenciones realizadas, las cuales pueden repercutir tanto en el seguimiento y evolución final del paciente como en el reforzamiento de las cuestiones éticas y legales que suponen cada una de las acciones de sus médicos⁽⁶⁻⁸⁾.

La anestesia es un acto médico. El anestesiólogo es un reanimador moderno, es responsable de la seguridad del enfermo, realiza medicina perioperatoria, atiende el pre-, trans- y postoperatorio, evalúa la historia clínica del paciente, el interrogatorio necesario, el examen físico y la interpretación de exámenes que integralmente forman parte de la evaluación preoperatoria, que estratifica el riesgo anestésico-quirúrgico para definir la táctica y estrategia anestésica⁽⁹⁾.

Las nuevas formas del ejercicio médico, exigen un nuevo modelo de documento más formal, más complejo en donde debe participar todo el equipo médico y asistencial⁽¹⁰⁾.

Las directrices emitidas por los centros y servicios de cuidados médicos (CMS) requieren que los anestesiólogos documenten siete elementos del cuidado anestésico: realizar un examen y evaluación pre anestésica, prescribir un plan anestésico, participar personalmente en los procedimientos más exigentes del plan anestésico, incluyendo la inducción y la emergencia, garantizar que cualquier procedimiento en el plan anestésico otorgado a él o ella sea otorgado por un individuo calificado, monitorear el curso de la administración anestésica a intervalos frecuentes, permanecer físicamente presente y estar disponible para diagnóstico y tratamiento de emergencias y proporcionar cuidado postanestésico⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

El objetivo de este trabajo es conocer el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los indicadores del llenado del expediente clínico con relación en notas médicas por parte del Servicio de Anestesia en un Hospital General de Zona del IMSS de acuerdo con la norma vigente.

En 1998 la Secretaría de Salud emitió la Norma Oficial referente al expediente clínico y es en marzo del 2012 que se actualiza la norma oficial para el ejercicio de la anestesiología (**NOM 006-SSA3-2011**). A pesar de que esta norma estipula que todos los anestesiólogos deben integrar en forma completa el expediente clínico, los pocos estudios existentes en la materia, documentan falta de apego a estos lineamientos sobre todo por parte de servicios como cirugía y anestesia. Por razones desconocidas son muchos los anestesiólogos que no registran en forma adecuada y legible su actividad profesional en el expediente.

Es una necesidad incuestionable promover el llenado adecuado del expediente clínico, se impone la necesidad de un cambio en el manejo y registro de datos, reuniendo los datos

necesarios para la atención del paciente, lo que en un futuro será reflejo para proporcionar servicios de calidad y seguridad en todas las áreas médicas y en este caso en la anestesiología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con previa autorización del Comité de Investigación Local, se llevó a cabo un estudio prospectivo, transversal y analítico donde se revisaron los expedientes de todos los pacientes ingresados durante el período de agosto a noviembre del 2012 y que estuvieron en la UCPA, a los cuales se les realizó cirugía y que provenían de los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. Dicha revisión se realizó a través de un muestreo aleatorizado simple, eligiendo los expedientes cuyo número de afiliación iniciara con cero y/o número par. La información fue confidencial para fines de investigación y estadística omitiéndose los datos de identificación del paciente.

Se incluyeron las historias clínicas contenidas en expedientes de pacientes quirúrgicos, provenientes de la consulta externa, hospitalización y urgencias que se encuentren en la UCPA y quirófano en un Hospital General de Zona de segundo nivel del IMSS.

Se excluyeron los procedimientos quirúrgicos con anestesia local, procedimientos quirúrgicos con anestesia local y sedación y procedimientos anestésicos intravenosos con duración menor a 30 minutos.

Para calcular el tamaño de muestra se tomó en cuenta un nivel de confianza cuyo valor es del 95% esperando que nuestros resultados se encuentren en un 5% por arriba o por debajo del valor verdadero. El porcentaje de conocimiento de la Norma Oficial para la práctica de la anestesiología observado en estudios previos es de 15%. Para tal efecto se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 (PQ)}{d^2}$$

Donde el tamaño de la muestra obtenida fue de 196 expedientes.

Esto significa que se requirió una muestra de 196 expedientes clínicos revisados para estimar con un 95% de confianza el llenado correcto y completo de las notas médicas de anestesiología, no alejándose más del 5% del verdadero porcentaje del universo^(12,15,16).

La variable de porcentaje de cumplimiento sobre la **Norma 168 actualmente Norma 006-SSA3-2011 Para la práctica de la anestesiología** se evaluó de acuerdo con el llenado de una cédula de recolección de datos que exploró las siguientes áreas: 1. Número de expediente; 2. Número de afiliación; 3. Sexo; 4. Edad; 5. Valoración preanestésica; 6. Nota de valoración preanestésica; 7. Nota de registro de procedimiento

anestésico; 8. Nota postanestésica; 9. Nota de ingreso a la UCPA; 10. Nota de egreso de UCPA; 11. Carta de consentimiento informado anestésico y 12. Generalidades.

La cédula de recolección estuvo integrada por un total de 59 preguntas con opciones de respuestas dicotómicas (**Sí**-**No**) relacionadas con las áreas mencionadas anteriormente (Anexo 1).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Desde el punto conceptual, las variables de tipo demográfico como edad y sexo (cuantitativas y cualitativas) se registraron y reportaron con base en la frecuencia y porcentajes.

Las siete variables restantes de tipo cualitativo y ordinales: nota de valoración preanestésica, hoja de registro de procedimiento anestésico, nota postanestésica, registro a la UCPA, registro de alta de UCPA, consentimiento informado y generalidades fueron reportadas en forma dicotómica, calculando la frecuencia y porcentajes de cumplimiento de indicadores por área y turno de acuerdo con la norma vigente.

Para su análisis y correlación de variables se utilizó un modelo de regresión logística⁽¹⁷⁾.

Así mismo el análisis estadístico se realizó con apoyo del software SPSS versión 20.

RESULTADOS

Los cuadros I y II muestran el análisis realizado de 205 expedientes de acuerdo con el total de consultas otorgadas por especialidad. De éstos el 64.4% provenían de la consulta externa, 27.3% de urgencias y 8.3% de hospitalización.

En cuanto al turno, el 53.7% correspondió al matutino, 22.4% al vespertino, 17.6% al nocturno y 6.3% a jornada acumulada.

En relación con la edad, el 78% (160) se registró en el expediente clínico y 22% (45) no lo registraron. De este total, el 45.4% (93) correspondió al sexo femenino y 54.6% (112) al masculino.

Valoración preanestésica. De los 205 expedientes analizados, sólo el 79.5% contaba con valoración preanestésica con IC al 95% = 1.017-1.645 (Cuadro III).

Cuadro I. Porcentaje de consultas otorgadas por especialidad.

Especialidad	Porcentaje
Cirugía General	62.4
Urología	17.1
Otorrinolaringología	14.1
Angiología	5.9
Proctología	5.0

Cuadro II. Área de procedencia.

Área	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CE	132	64.4	64.4	64.4
H	17	8.3	8.3	72.7
U	56	27.3	27.3	100.0
Total	205	100.0	100.0	

CE = consulta externa, H = hospitalización, U = urgencias.

Cuadro III. Valoración preanestésica.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	163	79.5	79.5
	NO	42	20.5	20.5
	Total	205	100.0	100.0

Esta valoración incluyó a su vez 15 elementos con respuesta dicotómica (Sí-No) (Anexo 1), en los que el 72.3% tenía registradas las 15 valoraciones especificadas en la normatividad. La estadística de contraste reportó una χ^2 del 71.42 estadísticamente significativa con una $p < 0.05$ para los 15 parámetros medidos.

Se obtuvo una correlación importante entre la variable dependiente (área) y la independiente de valoración preanestésica con un riesgo alto (razón de momios de 4.71 para el área de consulta externa con un IC = 2.25-9.85 y de 5.22 para hospitalización con un IC = 1.08-25.08).

En lo que respecta a la hoja de registro anestésico, la documentación de ésta se encontró en el 100% de los expedientes analizados. Se incluyeron 17 parámetros en donde el porcentaje de respuesta afirmativa fue mayor al 95%. Así mismo, el mayor registro correspondió a los signos vitales en un 99.5%, seguido del registro de ingreso del paciente a sala, inicio de anestesia, registro de tiempos, líquidos administrados, datos de emersión, Aldrete y firma en un 99%. El dato de menor registro correspondió al de eventos adversos con un 2.9%. Todos los datos analizados fueron estadísticamente significativos con $p < 0.05$.

En este apartado no se encontró correlación significativa entre ninguno de los datos analizados ya que se encontró $p > 0.05$.

Nota postanestésica e ingreso a la Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA).

La nota postanestésica estuvo presente en 202 expedientes (98.5%), tres no contaban con ella (1.5%). Para que ésta se considerara completa al 100% tenía que cumplir con los aspectos marcados en la norma como son recibir al paciente con hojas anestésicas y expediente clínico, registrar signos

vitales, estado de conciencia, intensidad del dolor y saturación de oxígeno. De estos 197 (96.1%) reunieron todos estos parámetros versus 8 (3.9%) que no los tenía. En este apartado se encontró significancia estadística con $p < 0.05$.

No se encontró correlación significativa en este apartado.

La nota de egreso de la UCPA sólo se realizó en 50 expedientes (24.4%) y 155 no contaban con ella (75.6%), se analizaron seis parámetros en donde la mayoría estuvo presente en un 24.4% y sólo el Aldrete se registró en un 27.3% (Anexo 1).

Consentimiento informado. La carta de consentimiento informado estuvo presente en 124 expedientes (60.5%) y en 81 no se encontró disponible (39.5%). Este apartado analizó 10 datos mostrándose en todos un cumplimiento del 60.5% contra un 39.5% en los que no se registraron, siendo estadísticamente significativo con p entre 0.02 hasta 0.021 (Anexo 1).

El último apartado analizado correspondió a las generalidades relacionadas con la elaboración del expediente, en el que se reportó: lenguaje técnico, sin abreviaturas, letra legible, en buen estado y sin enmendaduras se encontraron en forma correcta en el 100% de los expedientes analizados, a estas variables no fue posible aplicar χ^2 ya que son variables constantes, sólo hubo diferencias en el apartado sin tachaduras y en relación con el turno de elaboración.

DISCUSIÓN

Desde hace muchos años la evaluación del expediente clínico ha sido utilizada como una herramienta que es determinante en la calidad de atención médica.

Como se mencionó anteriormente, se ha encontrado que servicios como cirugía general y anestesia obtienen niveles bajos de llenado completo en sus apartados dentro del expediente clínico. Por ejemplo, el porcentaje de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana el expediente clínico en el Servicio de Anestesia en un hospital de segundo nivel como en el que laboramos no se cumple en el 100% de todos los indicadores que corresponden a este servicio.

Los principales apartados donde se cumple esta norma fueron en la valoración preanestésica en un 70%, hoja de registro anestésico en más del 95% de los 17 indicadores analizados, nota postanestésica y de ingreso a la UCPA en más del 95% y los de menor registro correspondieron a la hoja de consentimiento anestésico informado en un 60.5% y hoja de egreso de UCPA en un 24.5%.

Así como estos resultados, se tienen otros documentados como el de la CONAMED en 1999 en donde se registró una prevalencia de expedientes incompletos y fallas en su integración en un 71%. En el estudio de Loria-Castellanos y cols., se documentó que la carta de consentimiento informado sólo estuvo presente en el 14.4% de los expedientes analizados^(2,13).

Es evidente que los resultados obtenidos muestran menor porcentaje de cumplimiento en indicadores como hoja de consentimiento informado y hoja de egreso de la UCPA. Cuando se realizó la hoja de consentimiento informado se encontró que de los indicadores analizados los que menos porcentaje obtuvieron fueron nombre y firma del anestesiólogo (42%), lo anterior refleja que no fue suficiente la información proporcionada al paciente lo cual se ve reflejado en la ausencia de la misma.

Los resultados obtenidos en este estudio nos informan sobre la existencia, ausencia o no aplicación de cada uno de los indicadores contenidos en el apartado de valoración anestésica dentro del expediente clínico, sin embargo, no es posible profundizar sobre la calidad que otorga cada uno de ellos o si existen sesgos en cuanto a información o disponibilidad de formatos por parte del anestesiólogo.

Por otro lado, la prevalencia de expedientes clínicos incompletos puede ser menor ya que como se describió en la metodología del estudio, se eliminaron todos los expedientes que iniciaron con número de filiación impar.

CONCLUSIONES

Con base en lo anterior es indispensable mejorar la calidad de la integración de los expedientes clínicos en estos apartados. Debemos de contar con fuentes de información completa, veraz y oportuna, ya que el apego a la normatividad en la elaboración e integración por parte del servicio de anestesia no se cubre al 100%. Tal vez una estrategia consista en implementar y proporcionar formatos institucionales que se apeguen a la normativa y que permitan el registro obligatorio de los mismos.

Es indispensable comprender que un expediente clínico completo acreditará el ejercicio de nuestra profesión en término de «lex artis», y correlativamente le permitirá asumir satisfactoriamente cualquier conflicto basado en su supuesto accionar incorrecto⁽¹⁸⁾.

Promover lo anterior es fundamental para proporcionar calidad en la atención médica en forma integral y segura.

REFERENCIAS

1. Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
2. Lora CJ, Moreno LE, Márquez AG. Apego a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Segundo Nivel de la Ciudad de México. Rev Cub Med Int Emerg. 2008;7:1-6.
3. Carrillo FL. La responsabilidad profesional del médico en México. 5a. ed. México: Ed. Porrúa; 2005: pp. 91-93.
4. González AL. Valor del Expediente clínico en el examen pericial. Disponible en programa interno del X Curso de Actualización en Anestesiología en Ginecología y Obstetricia. México: Mayo 2009.
5. Olaeta ER. La importancia del expediente clínico. Rev Hosp J Mex. 2001;68:95-103.
6. Navarrete NS, López GA, Hernández SJ, Mejía AJM, Rubio RS. Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico. Gac Med Méx. 2000;136:207-212.
7. Dirección General de Compilación y Seguimiento de la CONAMED. Opinión técnica en relación a la elaboración, integración y uso del expediente clínico en las unidades de atención médica. México: Impresora y Encuadradora Progreso; 1998: pp. 1-23.
8. Whizar LV. Prevención en anestesiología. Anestesia en México. 2009;21:118-38.
9. Sainz CH. Declaración de la Confederación Latinoamericana de las Sociedades de Anestesiología (CLASA). La Habana, Cuba, octubre 1995 y Declaración del Salvador, noviembre 1997. Disponible en: www.clasa-anestesia.org/site/version/index.php
10. Collazo ChE. La Historia clínica en los procesos quirúrgicos. Aspectos bioéticos y fundamentos deontológicos. Cir Esp. 2008;84:241-245.
11. Vigoda MM, Lubarsky DA. The medicolegal importance of enhancing timeliness of documentation when using an anesthesia information system and the response to automated feedback in an academic practice. Anesth Analg. 2006;103:131-136.
12. Rillo GA, Palomares PP, Arceo GM. Nivel de conocimiento que poseen médicos residentes sobre la Norma oficial Mexicana del Expediente Clínico. Rev Hum Med. 2008;8:1-19.
13. Pineda PD, Puente RD, Garrido LF. Calidad en el llenado del expediente clínico quirúrgico en proveedores públicos de salud en México. Rev CONAMED. 2011;16:101-107.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la Anestesiología.
15. Moreno AL, Cano VF, García RH. Epidemiología clínica. 2a. ed. México: Ed. Interamericana; 1994: pp. 261-274.
16. Stephen BH. Estimación del tamaño de muestra y de la potencia. Diseño de la Investigación Clínica. 2a. ed. España: Ed. Doyma; 1993: pp. 155-165.
17. Castañeda JJ. Metodología de la investigación. México: Ed. McGraw Hill; 2005: pp. 19-25.
18. Dubón PM. La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico-paciente. Rev Fac Med UNAM. 2010;53:15-20.

Anexo 1

**SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Expediente clínico
Evaluación de notas médicas en anestesiología**

Unidad _____ Fecha _____

Área: **1. Consulta externa 2. Hospitalización 3. Urgencias**Turno: **M:** mañana **T:** tarde **N:** noche

Identificación del concepto		Sí	No	%
1.	Número de expediente (afiliación)			
2.	Consulta o valoración preanestésica			
A.	Interroga y examina al paciente antes del evento quirúrgico			
3.	Nota preanestésica			
A.	Fecha			
B.	Hora			
C.	Nombre completo del paciente			
D.	Edad del paciente			
E.	Sexo del paciente			
F.	Datos obtenidos del interrogatorio y exploración física que impacten en el riesgo anestésico			
G.	Reporta exámenes de laboratorio y gabinete			
H.	Antecedentes farmacológicos y anestésicos			
I.	Tipo de anestesia que se aplicará de acuerdo con las condiciones del paciente y a la intervención quirúrgica planeada			
J.	Clasificación del riesgo anestésico			
K.	Cuenta con valoración preoperatoria cardiovascular			
L.	Apoyo y complementación con otras especialidades			
M.	Medicación anestésica			
N.	Nombre completo de quién elabora			
O.	Firma de quién elabora			
4.	Documentación del procedimiento anestésico			
A.	Documenta signos vitales			
B.	Registra el ingreso del paciente a sala de quirófano			
C.	Registra el inicio del procedimiento anestésico			
D.	Registra el inicio del procedimiento quirúrgico			
E.	Registra la dosis de medicamentos o agentes usados			
F.	Registra los tiempos en que fueron administrados los medicamentos o agentes			
G.	Anota la técnica utilizada			
H.	Anota tipo y cantidades de líquidos intravenosos administrados			
I.	Registra eventos adversos que se presentan durante el procedimiento			
J.	Anota la duración del procedimiento anestésico			
K.	Anota la duración del procedimiento quirúrgico			
L.	Registra el estado del paciente al concluir la anestesia			
M.	Datos de emersión			
N.	Medicamentos de revisión			
O.	Calificación de Aldrete al salir de quirófano			

P.	Nombre completo de quién elabora			
Q.	Firma de quién elabora			
5.	Unidad de Cuidados Postanestésicos (UCPA)			
A.	Se recibe al paciente con hoja anestésica y expediente clínico			
B.	Se registran signos vitales, estado de conciencia, intensidad de dolor y saturación de oxígeno			
6.	Nota de egreso del Área de UCPA			
A.	Resumen de la evolución del paciente			
B.	Estado actual del paciente			
C.	Resumen del tratamiento			
D.	Calificación de Aldrete			
E.	Motivo de egreso			
F.	Problemas clínicos pendientes			
7.	Carta de consentimiento informado			
A.	Encabezado con fecha y hora			
B.	Nombre de la institución a la que pertenece el encabezado			
C.	Título del documento			
D.	Lugar donde se emite			
E.	Evento anestésico autorizado			
F.	Señalamiento de riesgos y beneficios del acto anestésico autorizado			
G.	Nombre completo del paciente y/o quién autoriza			
H.	Firma del paciente y/o quién autoriza			
I.	Nombre completo del médico anestesiólogo			
J.	Firma del médico anestesiólogo			
8.	Generalidades			
A.	Expresadas en lenguaje técnico			
B.	Sin abreviaturas			
C.	Con letra legible			
D.	Sin enmendaduras ni tachaduras			
E.	En buen estado			