

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS - FACULTAD DE MEDICINA,
ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGIA MÉDICA - UNIDAD DE POSTGRADO**



**AUDITORIA MEDICA DE CASO CLINICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL
HOSPITAL PALERMO DE 2DO NIVEL EN LA CIUDAD DE LA PAZ 2015
Y EL USO DE LA ESCALA DE ALDRETTE**

POSTULANTE: Dra. Rocío del Carmen Martínez Rodríguez

TUTOR: Dr. Edgar Cáceres Vega

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en
Auditoria Medica y Gestión de Calidad en Salud**

La Paz - Bolivia 2017

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
1. ANTECEDENTES.....	3
2. OBJETIVO.....	4
3. ALCANCE.....	4
4. METODOLOGIA.....	4
5. OBJETO.....	5
6. REFERENCIA.....	5
7. RESUMEN.....	6
8. HALLAZGOS DE AUDITORIA.....	7
9. CONCLUSIONES.....	8
10. RECOMENDACIONES.....	9
11. ANEXOS.....	10
11.1 PLANIFICACION.....	11
11.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	12
11.3 CUADRO DE EVOLUCION E INDICACIONES MÉDICA.....	13
11.4 CUADRO DE REPORTE DE ENFERMERIA.....	15
11.5 MAPA PROBLEMICO.....	16
11.6 HALLAZGOS.....	17
FORMULARIO N° 3(Verificación documental).....	17
FORMULARIO N° 4(Resumen analítico).....	24
CUADRO DE HALLAZGOS DE CONFORMIDADES Y NO CONFORMIDADES	25
12. PLAN DE ACCION RAPIDA.....	26

13. PROPUESTA.....	28
13.1 PUNTO DE INTERVENCION.....	29
13.2 GUIA TECNICA MINIMA PARA LA SALA DE RECUPERACION POSTANESTESICA CON EL USO DE LA ESCALA DE ALDRETTE.....	30
13.3 HOJAS DE REGISTRO DE ANESTESIA Y LA ESCALA DE ALDRETTE.....	34
13.4 ESCALA DE ALDRETTE.....	37
14. NORMAS BOLIVIANAS	
14.1 NORMA NACIONAL DE ATENCION CLINICA.....	38
UNIDAD 15 ENFERMEDADES QUIRURGICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO	
1 ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO	
2 APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA	
UNIDAD 24 ANESTESIOLOGIA	
1 EVALUACION PREANESTESICA	
2 UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTESICOS DOLOR POST OPERATORIO	
14.2 NORMAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ANESTESIOLOGIA- BOLIVIA.....	39
I. EVALUACION PREANESTESICA NIVEL DE RESOLUCION II Y III.....	39
II. UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS NIVEL DE RESOLUCION II Y III.....	41
14.3 DECRETO SUPREMO N° 28562.....	44
15. NORMAS INTERNACIONALES.....	56

15.1	NORMAS MINIMAS PARA LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESICA – UNIVERSIDAD JAVERIANA DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA BOGOTA COLOMBIA	57
15.2	NORMA TÉCNICA DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DEL SECTOR SALUD- PERÚ.....	60
16	GLOSARIO.....	68
17.	BIBLIOGRAFIA.....	71

INTRODUCCION

Tomando fragmentos de las Bases para la Organización y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (*PRONACS*) donde indica que la Calidad es en esencia la condición o conjunto de condiciones que permiten **hacer bien hechas las cosas**, sean estas acciones, servicios o productos, causando satisfacción a quien los realizan y en quienes lo reciben. La calidad no solo es gestión, como se entiende por la expresión "gestión de calidad", sino los resultados de una acción que se realiza, de un servicio que se presta o un producto que se entrega.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define a la Calidad de la Asistencia Sanitaria como: "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Por lo mencionado y tomando en cuenta lo que implica una gestión y aún más en salud, donde todos los días se tratamos con vidas y la una falla significa en muchos casos la muerte del paciente.

Por este motivo la importancia que va cobrando la especialidad de Auditoria Medica que implica el análisis minuciosa del Acto Médico y la comparación con las normas y protocolos vigentes en el sistema de salud del cual surgen conclusiones y recomendaciones que permite mejorar un acto fuera de las normas y la Gestión de Calidad en Salud área que garantiza el mejoramiento continuo de la calidad en salud.

Por este motivo después de haber realizado la auditoria médica a una historia clínica en la ciudad de La Paz como parte del requisito final para la obtención del título de Especialista en Auditoria Medica y Gestión de Calidad en Salud se vio la necesidad de un sistema práctico y objetivo que permita evaluar la condición clínica de las cirugías al final de la anestesia y seguir su recuperación gradual hacia la conciencia, recuperación de la fuerza y determinar el momento en que deben ser dados de alta, mediante el uso

el Puntaje de Recuperación Postanestésica que ha demostrado ser efectivo, confiable y seguro en muchos países, a través de la implementación de la Escala de Aldrette en pacientes postanestesia, que ingresan a la Unidad de Cuidados Post-anestesia luego de un procedimiento quirúrgico electivo. La auditoría realizada estableció la necesidad de implementar la Escala de Aldrette en pacientes post-anestesia y se observó que no se realiza una correcta evaluación a los pacientes y no existe algún documento donde se pueda hacer constancia que se evalúan a los pacientes post-anestesia, para poder adjuntar al expediente del paciente.

INFORME DE AUDITORIA MÉDICA EXTERNA
DE CASO CLINICO

A: Lic. Miriam Vargas V.
CORDINADOR A.I. DE LA UNIDAD DE POSTGRADO

VIA: Dr. Edgar Cáceres Vega
TUTOR

DE: Dra. Rocío del Carmen Martínez Rodríguez
POSTULANTE

Fecha: 29 de enero de 2016

Objeto: Auditoria médica
Paciente: R.A.L.
Mat.- -----
Institución: Hospital de 2do Nivel "Palermo"

1. ANTECEDENTES

El hospital de Palermo un hospital de 2do nivel ubicado en la ciudad de La Paz en la zona de Sopocachi que empezó a funcionar como clínica hace 40 años en una casa y hace 20 años se construyó el Hospital que conocemos actualmente. Ahora será demolido para dar paso a uno más moderno.

Su misión es planificar y Ejecutar Políticas de Salud y Bienestar Social para el personal institucional y sus familiares.

Su visión es ser una entidad líder en las prestaciones de salud a nivel nacional ofreciendo un servicio médico accesible, integral con calidad, calidez y adecuado a la realidad del policia y su familia con proyección a la comunidad.

El hospital catalogado como hospital de segundo nivel cuenta con cuatro especialidades básicas entre ellas esta Ginecología, Pediatría, Cirugía y Medicina interna, además de cardiología y traumatología, son las áreas médicas a las cuales la población accede actualmente, también cuenta con rayos X y laboratorio clínico.

Entre las características del hospital resalta la disponibilidad de 40 camas, en el primer y segundo piso, cuenta con dos salas de quirófano, neonatología, terapia intermedia. Mientras el tercer piso está conformado por tres salas de internación para las especialidades de cirugía, medicina interna y traumatología y el último piso, fue destinado para salas de internaciones, obstetricia y pediatría.

2. OBJETIVO

Realizar la Auditoria Médica del caso clínico especial de paciente R.A.L., atendido por los servicios de Cirugía y Anestesiología del Hospital Palermo de 2do Nivel en la ciudad de La Paz.

3. ALCANCE

Determinando en forma integral si los actos médicos realizados reflejan el cumplimiento de las normas establecidas, siempre en busca de mejorar la calidad en la atención médica, por ello se indica que el alcance de esta auditoria repercute en la historia clínica, en los servicios, los profesionales, el hospital y por ello en la comunidad.

4. METODOLOGIA.-

Se usara el Método descriptivo donde describiremos en detalle todas las situaciones que están involucradas en este proceso y nos permite la Observación y la Sensibilización de las situaciones detectadas.

La Auditoria Medica Externa es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncia de mala práctica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigente. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico.

REF: ARTICULO 17 – DS 28562 – REGLAMENTO DE LA LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO (Anexos).

La Unidad de Cuidado Post anestésico o Recuperación es un área en la cual se provee cuidado post anestésico a los pacientes. Los aspectos médicos del cuidado de los pacientes en la Unidad de Cuidado post anestésico deben estar de acuerdo con las Normas establecidas por el servicio de Anestesiología. Es en esta unidad donde debe llenarse el record de recuperación anotando los signos vitales (Presión Arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso y escala de Aldrette inicialmente cada 5 minutos y luego de los primeros 15 minutos, cada 10 a 15 minutos dependiendo del estado de cada paciente.

5. OBJETO.-

Realizar la auditoria médica que busca evaluar manejos, procedimientos y resultados obtenidos, que sirven para realizar mejoras para la atención en general.

6. REFERENCIA.-

Expediente clínico de hojas foliadas 38.

Caso: Sra. R.A.L.

Matricula de Asegurada: sin matricula

Código de Beneficiaria ID

Servicio de Cirugía

Institución Hospital Palermo de 2do nivel

La Paz – Bolivia.

- Paciente: R.A.L.
- Institución: Hospital Palermo de 2do Nivel
- Servicio: Cirugía
- N° de Expediente Clínico: s/n
- Lugar: La Paz
- Fecha de atención: 27/09/15 al 01/10/15

7. RESUMEN

Paciente de sexo masculino de 22 años de edad es transferido con una solicitud de interconsulta, al Hospital Palermo de la consulta externa por presentar dolor abdominal, alzas térmicas y malestar general, solicitando valoración por el servicio de Cirugía o Emergencias.

Paciente es valorado primero en el servicio de emergencias, donde ingresa con el antecedente de dolor abdominal de tipo cólico localizado en fosa iliaca derecha, desde hace 24 horas de evolución y actualmente el dolor se incrementa con la deambulación por ello acude a la consulta externa.

No existen antecedentes patológicos de importancia.

Dentro del examen físico se indica paciente moderadamente álgido, abdomen doloroso a la palpación a nivel de fosa iliaca derecha, Ruidos hidroaereoshipo activos, motivos por los que es internado con el diagnostico de Apendicitis Aguda a descartar.

De inicio se indica valoración por cirugía, laboratorios (hemograma, glicemia, urea, creatinina y examen general de orina) y ecografía abdominal.

Es valorado por el servicio de cirugía por el Dr. M. 4 horas después de su ingreso, quien registra en la historia clínica dolor abdominal tipo cólico, de intensidad moderada a fuerte y también indica que fue previamente medicado con Penicilina e Indometacina, signos vitales T Oral 36.3° C, T Rectal 38.5 °C. Al examen físico indica dolor en flanco y fosa iliaca derecha, Blumber (+), Rovsing(-), sin signos de irritación peritoneal y mantiene el diagnostico de ingreso de Apendicitis Aguda.

La cirugía es programada para las 20:00 del mismo día (27/08/15), concluida la cirugía pasa a la sala de recuperación a horas 20:55 con las indicaciones de Ciprofloxacina, Quetorol, Metoclopramida y Dioxadol y es dado de alta a horas 9 a.m. de fecha 28/08/15 con reporte que indica que presento molestias al eliminar gases.

En fecha 29/08/15 a horas 22:15 se da alta hospitalaria para fecha 30/08/15 (por la mañana).

En fecha 30/08/15 a horas 11:30 es valorado por el médico de guardia por la presencia de dolor en región operatoria sin signos de flogosis, dato que se comunica a Dr. M. Cirujano quien indica discontinuar el alta hospitalaria, administración de Quetorol IM y la solicitud de ecografía abdominal y rayos x de abdomen.

A horas 14:00 es valorado por cirugía quien indica un antitusivo ya que el paciente refiere que presentó accesos de tos durante la madrugada. En horas de la tarde se realizan los estudios complementarios solicitados con resultados dentro de parámetros normales. Paciente con buena evolución.

En fecha 1/09/15 a horas 8:10 es nuevamente valorado por cirugía, con exámenes complementarios dentro de parámetros, buen estado general, quien indica alta hospitalaria,

8. HALLAZGOS DE AUDITORIA

- a. Tiempo de estadía en la sala de recuperación mayor a 11 horas, que no cuentan con un registro o nota que justifique la permanencia en la misma.
- b. No existe nota Pre anestésica, ni nota post anestésica realizada por el anesthesiólogo de turno.
- c. Interconsulta con la que es transferido no cuenta con descargo de atención o recepción.
- d. No existe un registro o notas la razón por la que no se llevaron a cabo el EGO y ecografía abdominal solicitados al momento de su internación.
- e. Alta médica discontinuada.
- f. Letra del personal de enfermería poco ilegible en varias partes del registro de enfermería.
- g. No existe epicrisis

9. CONCLUSIONES

- a. **El tiempo de estadía en la sala de recuperación mayor a 11 horas sin justificación alguna, ni respaldada por ningún informe o nota del profesional médico.**

Según la Norma Nacional de Atención Clínica Unidad 24 Anestesiología, capítulo 11 Unidad de Cuidados Post Anestésicos – Dolor Post operatorio, mencionan criterios para la permanencia en la sala de recuperación los cuales no se encuentran mencionados o justificados para la permanencia del paciente en la sala de recuperación (Anexos).

- b. **La evaluación pre y post operatoria por el servicio de anestesiología no se realizó.**

Según la Norma Nacional de Atención Clínica Unidad 24 Anestesiología, Capítulo 1 Evaluación Pre Anestésica y en el Capítulo 11 Unidad de Cuidados Post Anestésicos donde por norma indica realizar ambas valoraciones (Anexos).

- c. **No se cumplió con órdenes médicas registradas (solicitud de estudios complementarios y laboratorios).**

No existen registros en las evoluciones médicas que indiquen las causas para no cumplir con las prescripciones médicas. (Norma Técnica para el Expediente Clínico, Capítulo I, Disposiciones generales, Artículo 5. Definiciones)

- d. **Alta médica fue discontinuada para descartar posibles complicaciones postquirúrgicas.**

El manejo realizado por el servicio de Cirugía se encuentra dentro de las Normas Nacionales de Atención Clínica, Unidad 15 Enfermedades Quirúrgicas del Sistema Digestivo, Capítulo 2. Apendicitis Aguda no complicada(Anexos).

- e. **El manejo realizado por el cirujano se encuentra dentro del protocolo y normas para la atención de la apendicitis aguda.**

El manejo realizado por el servicio de Cirugía se encuentra dentro de las Normas Nacionales de Atención Clínica, Unidad 15 Enfermedades Quirúrgicas del Sistema Digestivo, Capítulo 2. Apendicitis Aguda no complicada.

f. Letra del personal de enfermería poco legible.

El Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica indica en su Artículo 58 sobre la Evaluación Técnica que incluye el artículo 24 el que indica los Requisitos básicos del Expediente Clínico y en la sección 24.6 se refiere a Claridad.

g. Manejo de la historia clínica deficiente e incompleta al no contar con la hoja de epicrisis.

El manejo de la historia clínica del Hospital Palermo es deficiente y no se encuentra acorde a la Norma Técnica para el Expediente Clínico.

10. RECOMENDACIONES

- a.** La presente Auditoria recomienda que se incluya un Manual de Funciones y una Guía Técnica para la valoración del paciente durante su permanencia en la sala de recuperación basada en la Escala de Aldrette.
- b.** Recomienda al servicio de Anestesiología realizar las valoraciones pre anestésicas y post anestésicas establecidos.
- c.** El hospital Palermo conjuntamente con los profesionales y personal en general deben realizar un plan para implementar un manejo adecuado del Expediente Clínico y con ello completar formularios como el de la epicrisis.

11. ANEXOS

11.1 PLANIFICACION

11.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

11.3 CUADRO DE EVOLUCION E INDICACIONES MÉDICAS

11.4 CUADRO DE REPORTE DE ENFERMERIA

11.5 MAPA PROBLEMICO

11.6 HALLAZGOS

11.6.1 FORMULARIO N° 3(Verificación documental)

11.6.2 FORMULARIO N° 4(Resumen analítico)

11.7 CUADRO DE HALLAZGOS DE CONFORMIDADES Y NO CONFORMIDADES

11.1 PLANIFICACION

Se basó en la obtención de información general sobre los procesos de atención relacionados al caso en estudio, que en este caso trata de una Apendicitis Aguda, con lo cual establecemos las bases teóricas para el análisis y requerimiento del caso a auditar.

Para ello se realizó:

- Recolección de información registrada sobre el acto medico
- Análisis de la información
- Evaluación de la información
- Conclusión
- Recomendaciones
- Informe final

11.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PROPUESTA DE INTERVENCION AUDITORIA MEDICA DE CASO CLINICO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL PALERMO DE 2 do NIVEL EN LA CIUDAD DE LA PAZ - 2015”

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ETAPA 1: PLANEAMIENTO Y COORDINACIÓN DEL CURSO												
1. Presentación del plan establecido por la unidad de post grado-reunion general		■	■									
ETAPA 2: CURSOS DE CAPACITACION												
1. Clases tutoriales Dr. Armijo				■	■	■	■					
2. Clases tutoriales Dr. Cáceres					■	■	■	■	■			
ETAPA 3: PLANIFICACION INICIO DE INFORME												
1. Recolección de información registrada sobre el acto medico						■	■					
2. Análisis de la información							■	■				
3. Evaluación de la información							■	■	■			
ETAPA 4: TUTORIAL Y SEGUIMIENTO												
1. Presentación de borradores seguimiento y control de avance							■	■	■			
2. Presentación final										■		
ETAPA 5: CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS ADMINISTRATIVOS												
1. Presentación informe final											■	
2. Entrega de cartas											■	

11.3 CUADRO DE EVOLUCION E INDICACIONES MÉDICAS

HORA	EVOLUCION	INDICACIONES MEDICAS	MEDICO
27/09/15 13:35	INTERNACION MC: Dolor abdominal Dx: Apendicitis aguda a DC	VAL CIRUGIA HEMOGRAMA, Glicemia, Urea, Creatinina, EGO Ecografía abdominal	Dr. C.-Médico de Guardia
17:50	Valoración por Cirugía Dolor abdominal tipo cólico en flanco y fosa iliaca derecha+nausea T Oral: 36.9 °C, T Rectal 38.5 °C Dolor a la palpación en flanco y fosa iliaca derecha Blumberg(+) Dx: Apendicitis Aguda Plan: Apendicetomía	NPO Sol parenterales: 2000 ml/24 hrs. No administrar analgésicos	Dr. M-Cirujano
18:00	A esperas de consentimiento informado	Consentimiento informado firmado	Dr. M.-Cirujano
20:55	Post operatorio inmediato	Indicaciones: 1. NPO hasta 7 am luego líquida 2. Venoclosis 2000 ml/24 hr 3. Ciprofloxacina 200 mg IV c/12 Hr 4. Quetorol 60mg iv c/8hr 5. Metoclopranida 10 mg IV c/8hr 6. Dioxadol IV STAT	Dr.M-Cirujano
28/09/15 9:00	Paciente estable pasa a piso	Alta de recuperación, pasa a piso	Dra. V-Pediatra
10:20	1ER DPO Apendicectomizado S: dificultad eliminar gases O: abdomen	1. Dieta líquida clara a tolerancia 2. Venoclosis 1000 ml/24 h 3. Ciprofloxacina	Dr. M-Cirujano

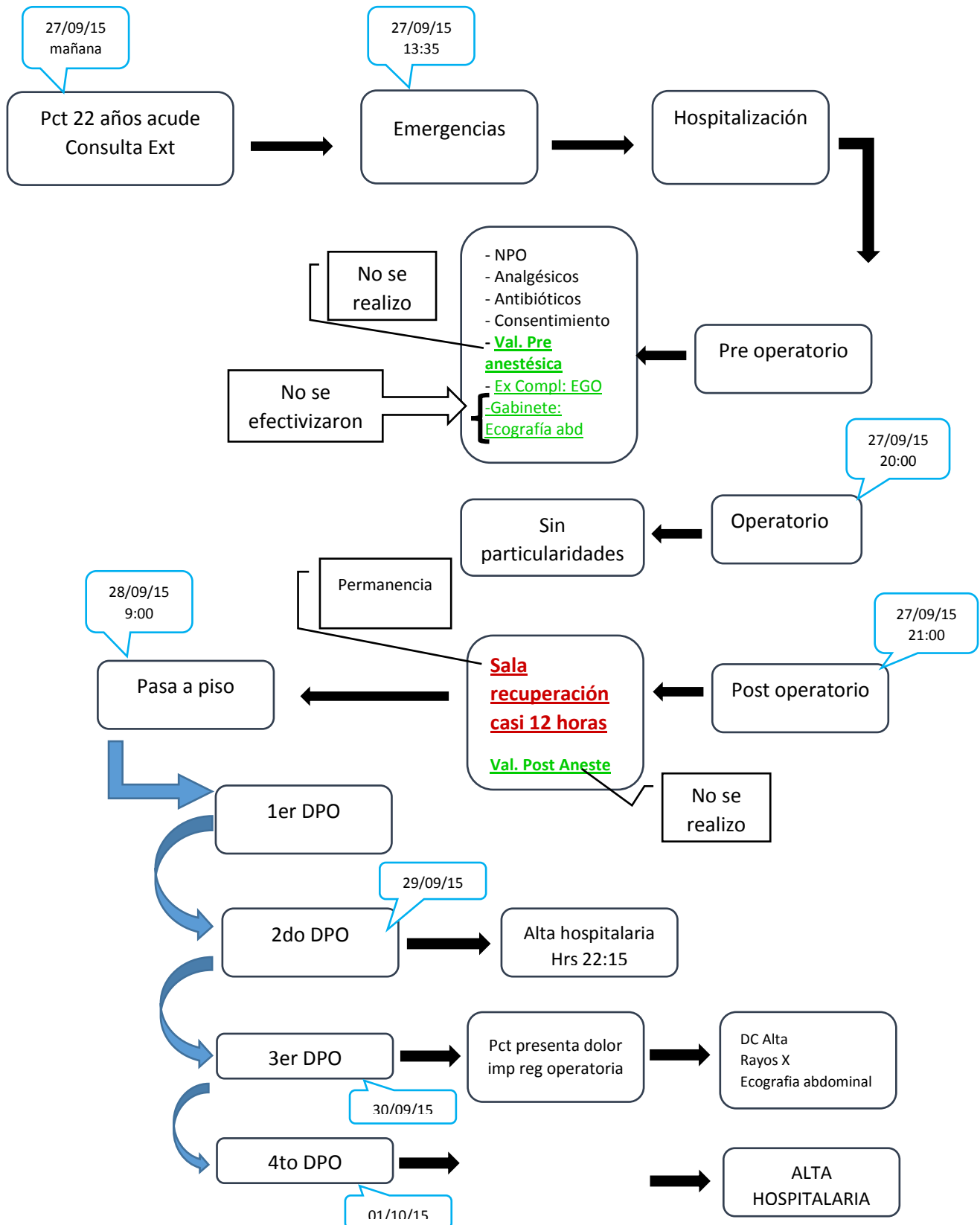
	distendido RHA disminuidos A: estable P: Ambulación	idem 4. Metoclopramida idem 5. Quetorol idem 6. Uso de faja abdominal	
29/09/15 8:40	2do DPO Sin signos de irritación peritoneal P: Dieta blanda	1. Dieta blanda hipo grasa 2. DC vía al concluir 3. Ciprofloxacina VO 4. DC Metoclopramida 5. DC Quetorol 6. Talflex 100 mg VO c/12	Dr. M-Cirujano
22:15	S: buena tolerancia oral O: sp A: evolución favorable P: Alta hospitalaria	1. Alta hospitalaria	Dr. M-Cirujano
30/09/15 11:30	3er DPO Paciente con dolor abdominal a nivel de región operatoria, se comunica a Dr. M.	1. DC Alta medica 2. Quetorol 60 mg IM STAT	Dr. E comunica Dr. M (vía telefónica)
14:00	S: Refiere dolor región operatoria desde la madrugada posterior a tos O: dolor a nivel de cicatriz tos P: ecografía abdominal	1. Dieta corriente 2. Ciprofloxacina VO 3. Talflex 4. Quetorol PRN 5. Ambroxol 5ml VO c/8hr 6. Rayos X simple de abdomen 7. Ecografía Abdominal	Dr. M-Cirujano
01/10/15 7:30	4to DPO Evolución favorable		

8:10	S: leve dolor en región operatoria O: A:Ecografía y rayos X sin hallazgos P: Alta medica	1. Alta hospitalaria	Dr. M.-Cirujano
------	---	----------------------	-----------------

11.3 CUADRO DE REPORTE DE ENFERMERIA

Fecha	Hora	Observación
27/09/15	13:35	Ingreso a emergencia
	14:10	Pasa piso
	14:15	Toma muestra Laboratorio
	15:05	Dr. C. llama a Dr. M-cirujano para valoración
	15:10	Dr. C llama a Dr. C ecografista quien indica que no puede acudir.
	15:15	Dr. C llama a Dra. C Imagenologa quien indica que paciente debe contar con dinero
	17:30	Valoración por cirujano quien programa cirugía
	19:45	Paciente pasa a quirófano
	21:05	Paciente pasa a sala de recuperación
	21:05	Se administra Dioxadol por alza térmica
28/09/15	22:50 4:00	Paciente refiere dolor en región operatoria, quejumbroso, por este motivo no puede descansar
	9:00	Se comunica a Dra. R. para valoración quien envía a Dra. V. (Pediatra)
	9:10	Dra. V. valora y da alta a paciente de sala de recuperación.
	10:20	Visita Dr. M.
29/09/15	9:00	Visita Dr. M.
	22:15	Visita Dr. M. quien indica Alta Médica para mañana
30/09/15	8:00	Paciente tranquilo
	11:30	Dr. E. revisa paciente y comunica a Dr. M.
55	14:05	Dr. M. indica DC alta y(letra ilegible)
	18:55	Se lleva a paciente a ecografía
1/10/15	9:00	Visita Dr. M.
	12:30	Paciente sale caminando con alta medica

11.5 MAPA PROBLEMICO



11.6 HALLAZGOS

Caso: Sra. R.A.L.

Matricula de Asegurada: sin matricula

Código de Beneficiaria ID

Servicio de Cirugía

Institución Hospital Palermo de 2do nivel

La Paz – Bolivia.

AUDITORIA MEDICA DEL EXPEDIENTE CLINICO(EC)

11.6.1 FORMULARIO N°3(Verification documental)

Fecha: 29 de enero del 2016 Nombre del Paciente:

R.A.L.

Institución: Hospital Palermo de 2do Nivel Servicio:

Cirugía

N° del

EC:

s/n

N° de folios: 38

N° de paginas: s/n

N° ITEM	VERIFICACION	SI	NO	NO APLIC A	NO SE REGISTR A
1	El EC esta completo		X		
2	El EC está ordenado de acuerdo a norma		X		
3	El EC está debidamente paginado		X		
4	En el EC se identifica con precisión al médico tratante o médico de cabecera del paciente	X			
5	En el EC es posible identificar a todas las personas que intervienen en la atención o tratamiento del paciente.	X			
6	Todas las notas de evolución están completas y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora.	X			
7	Todas las notas de evolución son claras y legibles.	X			
8	Todas las notas de evolución llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro	X			

9	Todas las notas de prescripción o indicaciones están completas y concordantes con un ordenamiento cronológico que consiga fecha y hora.	X			
10	Todas las notas de prescripción o indicaciones son claras y legibles.	X			
11	Todas las notas de prescripción o indicaciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro	X			
12	Todas las notas de reporte de enfermería están completas y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora.	X			
13	Todas las notas de enfermería son claras y legibles.		X		
14	Todas las notas de reporte de enfermería llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro.	X			
15	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones están completas y concordantes con un orden cronológico que consigna fecha y hora.	X			
16	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones son claras y legibles.		X		
17	Todas las notas de enfermería de cumplimiento de las prescripciones o indicaciones llevan nombre, firma y sello de quien las elaboro.	X			
18	Todas las prescripciones e indicaciones están escritas de acuerdo a la norma de manejo del EC	X			
19	El tratamiento farmacológico se cumplió regularmente.	X			
20	El tratamiento farmacológico fue bien tolerado por el paciente.	X			
21	En todos los casos se controló la fecha de vencimiento de los fármacos antes de su administración al paciente.				X
22	En todos los casos se supo el principio activo de los fármacos antes de su administración al paciente.	X			
23	Para el uso de fármacos o sustancias que provocan intolerancia u otro tipo de reacción adversa, se adoptó medidas de prevención.			X	

24	La administración de fármacos u otras sustancias (medios de contraste, radioisotopos,etc.)en todas las circunstancias fue realizado por personal autorizado debidamente supervisado.			X	
25	El paciente fue controlado regular y cotidianamente por su médico tratante(constancia de notas de evolución escritas y debidamente firmadas por médico tratante)	X			
26	El medico tratante deajo personalmente indicaciones y prescripciones regulares y cotidianas para el tratamiento de su paciente(constancia de prescripciones firmadas por medico tratante)	X			
27	Todas las notas de interconsultas e informes consignan fecha y hora.	X			
28	Todas las notas de interconsulta e informes llevan nombre, firma y sello de quien lo realizo.	X			
29	Todas las notas de interconsulta e informe son claras y legibles.				X
30	Todas las notas de interconsultas fueron atendidas dentro de las 12 horas de su solicitud.		X		
31	Las interconsultas de urgencia fueron atendidas en forma inmediata.		X		
32	Todas las consultas preoperatorias fueron cumplidas oportunamente.		X		
33	Todos los exámenes preoperatorios solicitados fueron cumplidos.		X		
34	Las indicaciones preoperatorias fueron cumplidas a cabalidad.		X		
35	La preparación preoperatoria fue satisfactoria.	X			
36	La cirugía se llevo a cabo en la fecha y hora de la programación.	X			
37	La cirugía de emergencia se llevo a cabo oportunamente.	X			
38	El EC incluye todos los protocolos operatorios de la intervención o intervenciones quirúrgicas realizadas.	X			
39	El EC incluye todos los informes de los procedimientos especiales diagnósticos o terapéuticos realizados.	X			

40	En los formularios de protocolos operatorios (PO) están debidamente llenados todos los datos que dichos formularios consignan.	X			
41	El formulario de PO consigna claramente los nombres y funciones específicas de todos los quienes participaron directa o indirectamente en la intervención quirúrgica.	X			
42	El PO menciona los hallazgos quirúrgicos esperados de acuerdo a diagnóstico preoperatorio	X			
43	Según en PO la operación realizada transcurrió sin interurrencias ni complicaciones	X			
44	El PO está debidamente firmado por el cirujano principal que realizó la intervención quirúrgica.	X			
45	El PO está escrito sin correcciones ni observaciones.	X			
46	El personal de quirófano estuvo a plena disposición durante toda la intervención quirúrgica.	X			
47	Los equipos funcionaron adecuadamente durante toda la intervención quirúrgica.	X			
48	La provisión de material, instrumental, equipos, fármacos u otro elemento solicitado por los cirujanos durante la intervención quirúrgica, fue atendida de forma adecuada y oportuna.	X			
49	La recuperación postanestésica del paciente se produjo sin interurrencias		X		
50	En paciente estuvo plenamente consciente cuando se lo trasladó desde recuperación postanestésica hasta la sala de internación.				
51	Los traslados del paciente se cumplieron de acuerdo a normas.	X			
52	El tratamiento farmacológico e indicaciones del postoperatorio se cumplieron a cabalidad.	X			
53	El paciente evolucionó sin complicaciones preoperatorias ajenas a la patología de base que motivó la intervención quirúrgica.	X			
54	El paciente evolucionó sin complicaciones postoperatorias ajenas a la patología de base que motivó su intervención quirúrgica.	X			

55	El paciente evoluciono sin complicaciones directamente relacionadas con la intervención quirúrgica practicada.	X			
56	El paciente evoluciono sin complicaciones pre, intra o post operatorias relacionadas con la preparación preanestésico o anestésico que recibió durante su intervención o intervenciones quirúrgicas o procedimientos especiales que le fueron practicados.	X			
57	El paciente evoluciono sin complicaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico realizado.	X			
58	Las notas de evolución y control se signos vitales mostraron variantes que permitan identificar el momento y las circunstancias en las cuales se produjo la complicación o complicaciones del paciente.		X		
59	La complicación o complicaciones que se presentó en el paciente tuvieron auxilio inmediato.		X		
60	La complicación que se presentó en el paciente fue reconocida y tratada oportunamente por el médico o cirujano tratante.	X			
61	La previsión de solicitar sangre para el pre, intra o postoperatorio fue tomada con la oportunidad debida			X	
62	La unidad o unidades de sangre o hemoderivados transfundidos al paciente tenían etiqueta de calidad y recaudos técnicos para su trasfusión.			X	
63	La trasfusión de sangre o hemoderivados fue bien tolerada por el paciente y no tuvo complicaciones.			X	
64	El EC deja constar que las sondas o catéteres fueron colocados por personal autorizado o debidamente supervisado.	X			
65	El EC deja constar que las sondas, catéteres y avenamientos colocados en la intervención quirúrgica fueron controlados y manejados por el medico principal o cirujano tratante del paciente.	X			

66	El EC deja constar que las curaciones de la herida operatoria fueron realizadas o supervisadas por el cirujano tratante del paciente	X			
67	EL EC consigna resultados diagnósticos de anatomía patológica relacionados con la intervención quirúrgica relacionada.				X
68	El EC contiene Consentimiento Informado para todos los procedimientos especiales y cirugías realizadas.	X			
69	La nota de resumen, nota de alta y epicrisis del EC están debidamente firmadas por el médico tratante principal(médico de cabecera)		X		
70	El EC contiene nota o notas de referencia según norma.			X	
71	El EC contiene notas o notas de contra referencia según norma.			X	
72	En el EC consta que el paciente y/o su familiar o tutor responsable fue informado oportuna y debidamente de los resultados de la intervención quirúrgica y los procedimientos especiales diagnóstico terapéuticos realizados, así como de los medicamentos utilizados.		X		
73	En el EC consta que el paciente y/o familiar o tutor responsable fue informado oportuna y debidamente de los resultados de anatomía patológica o laboratorio, subsecuentes a las intervenciones quirúrgicas, biopsias o toma de muestras que fueron practicadas.		X		
74	El EC deja constancia de la información precisa, debida y oportuna que recibió el paciente y/o su familiar o tutor responsable sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad.		X		
75	El EC deja constancia de la información precisa, debida y oportuna que recibió el paciente y/o su familia o tutor responsable sobre su tratamiento e indicaciones que el paciente debió seguir a partir del momento del alta hospitalaria.		X		
76	El diagnóstico de ingreso es coherente es coherente con el cuadro clínico(anamnesis y examen físico)	X			

77	Los exámenes complementarios realizados están de acuerdo con el cuadro clínico.	X			
78	El tratamiento realizado tiene coherencia con el diagnostico(o diagnósticos) establecidos.	X			
79	El paciente respondió favorablemente al tratamiento instaurado.	X			
80	El paciente respondió favorablemente a la cirugía o cirugías practicadas	X			
81	La intervención quirúrgica practicada estuvo en relación con el diagnostico preoperatorio.	X			
82	Los hallazgos intraoperatorios se correspondieron con el diagnostico preoperatorio.	X			
83	Las interconsultas estuvieron de acuerdo con el cuadro clínico.	X			
84	Los tratamientos, procedimientos o intervenciones quirúrgicas practicadas se cumplieron de acuerdo a normas establecidas.	X			
85	Los resultados histopatológicos son congruentes con los diagnósticos establecidos.				X
86	Es evidente que las complicaciones después del alta no están relacionadas con el diagnostico o diagnósticos de internación ni con el tratamiento, procedimientos y cirugía practicados.				X

AUDITORIA MEDICA DEL EXPEDIENTE CLINICO(EC)

11.6.2 FORMULARIO N°4 (Resumen analítico)

Fecha: 29 de enero 2016

Nombre del Paciente: R.A.L.

Institución: Hospital Palermo de 2do Nivel Servicio: Cirugía

N° del EC: s/n

N° de folio: 38

N° ITEM	ANALISIS
1	El EC se encuentra incompleto ya que falta la epicrisis, la evaluación pre y post anestésica y no existe nota de interconsulta
2	El EC se encontraba desordenado
3	El EC fue compaginado para realizar la presente Auditoria
13	Las notas de enfermería son poco legibles.
16	Igual que el punto 13, las notas son poco legibles.
21	Las notas de enfermería no reportan la comprobación de este dato.
29	La interconsulta con Imagenología no se realiza y no se indican las causas en las notas de evoluciones, pero si en las notas de enfermería.
30-32	No se realizaron las interconsultas con el servicio de Imagenología ni Anestesiología.
31	La interconsulta con el servicio de Imagenología no se realizó.
33	No se realizó el EGO, no existe justificativo para este punto.
34	No se realizaron la ecografía abdominal ni el EGO indicados.
49	El paciente permaneció más de 11 horas en la sala de recuperación sin justificación o reporte alguno en el EC.
59	Por qué el personal de enfermería de la sala de recuperación indica malestar del paciente quien se queda casi 12 horas pero sin asistencia médica aparente.
67	No existe registro de resultados de los estudios anatomo patológicos ni órdenes que indiquen que se envió la pieza a estudio.
69	No existe epicrisis.
72-75	No existe ningún registro escrito sobre estos puntos en el EC.

11.7 CUADRO DE HALLAZGOS DE CONFORMIDADES Y NO CONFORMIDADES

HALLAZGOS DE AUDITORIA	NORMA	C	N C	PARTICIPANTES	OBSERVACIONES
Tiempo en la sala de recuperación mayor a 11 horas sin el respaldo médico.	Normas en la sala de recuperación. Normas de diagnóstico y tratamiento en anestesiología		X	Equipo	PAR
Valoración pre y Post anestésica no se realizo	Normas de diagnóstico y tratamiento en anestesiología		X	Medico Anestesiólogo	PAR
Ordenes medicas no efectivizadas	Norma Técnica para el expediente Clínico.		x	Equipo	PAR
Alta médica discontinuada	Normas de diagnóstico y tratamiento en cirugía	x		Médico tratante	
Letra del personal de enfermería poco legible	Norma Técnica para el Expediente Clínico		x	Personal de enfermería	PAR
No existe epicrisis	Norma Técnica para el Expediente Clínico		x	Equipo	PAR
Manejo realizado por el cirujano se encuentra dentro del protocolo y normas para la atención de la apendicitis aguda	Normas de diagnóstico y tratamiento en cirugía	x		Médico tratante	

12. PLAN DE ACCION RAPIDA

12 PLAN DE ACCION RAPIDA

QUE-LO OBSERVADO	QUIEN	CUANDO	COMO
Tiempo en la sala de recuperación mayor a 11 horas sin el respaldo médico.	Servicio de Anestesiología, médico y enfermería	A la brevedad posible	Incluir la Guía técnica minina para la sala de recuperaciones postanestésica con el uso de la Escala de Aldrete para la valoración del paciente durante su permanencia en la sala de recuperación.
Valoración pre y Post anestésica no se realizo	Servicio de Anestesiología	Inmediatamente	Cumplir con las normas ya establecidas para la valoración pre y post anestésica.
Ordenes medicas no efectivizadas	Director medico	Inmediatamente	Circular que indique dar cumplimiento estricto a las órdenes medicas dadas.
Letra del personal de enfermería poco legible	Jefa de enfermería	Inmediatamente	Cumplir las normas establecidas en la norma técnica para el expediente clínico
No existe epicrisis	La institución	Plantear y consensuar	Incluir la hoja de epicrisis al expediente clínico

13. PROPUESTA

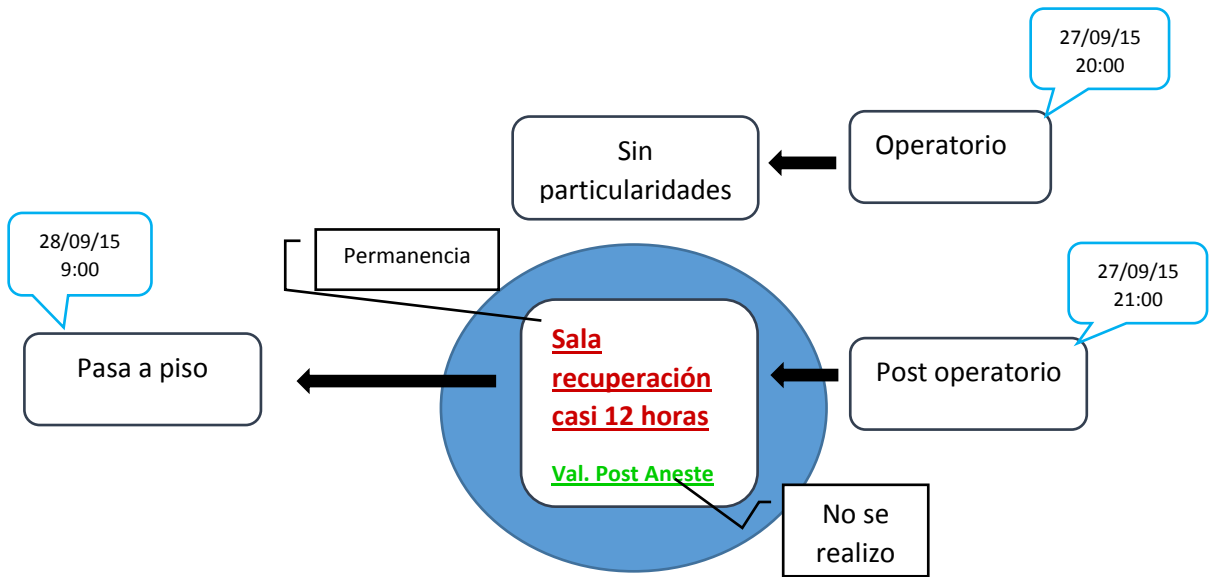
13.1 PUNTO DE INTERVENCION

**13.2 GUIA TECNICA MINIMA PARA LA SALA DE RECUPERACION
POSTANESTESICA CON EL USO DE LA ESCALA DE ALDRETE**

**13.3 HOJAS DE REGISTRO DE ANESTESIA Y LA ESCALA DE
ALDRETTE**

13.4 ESCALA DE ALDRETTE

13.1 PUNTO DE INTERVENCION



13.2 GUIA TECNICA MINIMA PARA LA SALA DE RECUPERACION POSTANESTESICA CON EL USO DE LA ESCALA DE ALDRETE

DEFINICIONES Y MARCO CONCEPTUAL

En cada hospital donde se administre anestesia general, regional y sedación profunda debe existir una sala de recuperación post anestésica o un recinto que cumpla las mismas funciones.

DEFINICIONES:

La sala de recuperación postanestésica.- es un recinto o sala destinada a proveer cuidados pos anestésicos inmediatos de pacientes que han sido sometidos a cirugías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos bajo anestesia general, anestesia regional o sedación profunda, hasta que se alcancen criterios de alta predefinidos.

La recuperación postanestésica.- es el período comprendido entre el término de una anestesia general, anestesia regional o sedación profunda y el momento en que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado al servicio clínico o unidad de origen (alta interna). El tiempo de permanencia en la sala de recuperación es variable. Al cabo de este periodo el paciente ha recuperado: la conciencia (responde ordenes, se encuentra ubicado temporoespacialmente) y los reflejos de la vía aérea, la ventilación, la circulación junto con la actividad motora se han recuperado en un grado tal que permitan un traslado seguro a recintos con menor intensidad de vigilancia y cuidado postoperatorios.

La sala de recuperación postanestésica deberá contar con una normativa de funcionamiento aprobado por la Dirección del establecimiento.

POLÍTICAS DE FUNCIONAMIENTO

Funciones:

- Es función del médico jefe de anestesia o de quien él designe establecer por escrito las normas de funcionamiento de la sala de recuperación postanestésica. Además de las normas generales de funcionamiento deben existir normas escritas sobre el manejo del paro cardiorrespiratorio, manejo del dolor agudo y manejo de las otras complicaciones más frecuentes en el postoperatorio inmediato. Estas deberán estar disponibles y visibles en el recinto.
 - Es función del médico anesthesiólogo o de un miembro del equipo de anestesia acompañar al paciente a la sala de recuperación, comunicar al personal médico o paramédico que lo recibe la necesaria información atinente al procedimiento quirúrgico, a la técnica anestésica y a los eventos intraoperatorios así como escribir las órdenes médicas correspondientes respecto de tratamientos post-anestésicos.
 - Es función del médico que administró la anestesia y/o procedió al traslado del paciente a la sala de recuperación postanestésica, asegurarse que el nivel de cuidados y monitorización de dicha sala corresponde a la condición clínica del paciente en cada ocasión.
 - En caso que se disponga de un profesional médico a cargo de la sala de recuperación es función de éste autorizar la alta interna del paciente. Si no existe médico a cargo de la sala, debe ser autorizada por el médico que administró la anestesia o por otro médico que él designe. La enfermera (o) a cargo de la sala de recuperación postanestésica es la encargada de realizar el traslado cuando se alcancen los criterios pre-establecidos y debe consignar el nombre del médico que autoriza el alta.
- **Controles, cuidados y monitorización:**
 - Debe existir control permanente de la respiración y de la oxigenación mediante vigilancia clínica y oxímetro de pulso.

- Debe administrarse oxígeno suplementario a todos los pacientes en riesgo de, o con hipoxemia documentada.
- Debe controlarse en forma rutinaria el pulso y la presión arterial en los pacientes adultos. El control de las ondas electrocardiográficas debe estar disponible para casos seleccionados. Deben tomarse las medidas pertinentes para normalizar estos parámetros en caso que amerite.
- El nivel de conciencia debe controlarse periódicamente.
- La función neuromuscular debe controlarse periódicamente mediante evaluación clínica o con neuroestimulador en casos seleccionados.
- Debe existir la disponibilidad de controlar la temperatura y esta debe controlarse rutinariamente en caso de pacientes que fueron sometidos a cirugía mayor, prolongada o en pacientes de riesgo. Debe existir la posibilidad de normalizar la misma en caso que amerite.
- Debe evaluarse el dolor del paciente y tomar las medidas pertinentes para tratar el mismo cuando supere un valor preestablecido de acuerdo a las normas internas de cada unidad de anestesia.
- Todos los controles realizados en la sala de recuperación deben quedar registrados en una hoja destinada exclusivamente a este efecto, incluidas las observaciones y la firma de la persona que las realiza así como el horario en que se hicieron. Se deberá registrar el momento la alta interna del paciente, las condiciones respiratorias, hemodinámicas de conciencia y la actividad muscular, el destino del mismo y firmar el registro.

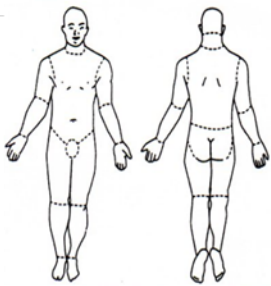
- **RECURSOS HUMANOS**

- La sala de recuperación o su equivalente, debe contar en horario hábil con al menos una Enfermera Universitaria responsable tanto del

funcionamiento del recinto como de asignar personal paramédico u otro para el cuidado de los pacientes. El personal a cargo del cuidado de los pacientes deberá ser mínimo un técnico paramédico por cada 6 pacientes adultos o 4 pacientes pediátricos simultáneos en la sala de recuperación, a lo que debe agregarse la disponibilidad de personal que cumpla las funciones de estafeta y traslado de pacientes. El personal de la sala de recuperación deberá estar capacitado en proveer oxígeno suplementario, en el uso de los equipos de monitorización y en reconocer emergencias de la vía aérea y de la circulación. Idealmente deberá estar capacitado en proveer asistencia cardíaca y ventilatoria básica.

- En el caso que no se disponga de un(a) profesional enfermero(a) en la sala de recuperación postanestésica deberá existir personal paramédico disponible para otorgar cuidados y realizar la vigilancia de los pacientes, que sean acordes con estas guías clínicas. Dicho personal deberá estar bajo la supervisión de un médico.
- Debe asegurarse que cada vez que sea necesario pueda contarse con la ayuda de un médico idóneo presente en el centro asistencial para el manejo de emergencias en la sala de recuperación.

**13.3 HOJAS DE REGISTRO DE ANESTESIA Y LA ESCALA DE ALDRETTE
DIRECCIÓN QUIRÚRGICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA ÁREA QUIRÚRGICA
SECRETARÍA DE SALUD MEXICO
RECUPERACION**

Fecha:		Hora de Ingreso:		Hora de Egreso:			
Cirugía Realizada:							
Tipo de Anestesia:				Tipo /Hora Bloqueo Analg. :			
Hra/Valor				MEDICAMENTOS	VÍA/DOSIS		
T/A							
FC							
FR							
TEM							
SPO ₂							
Glicemia							
Respiración							
Conciencia							
Circulación							
Color							
Actividad							
Ramsay							
EVA							
DESCRIPCIÓN			INGRESOS				
			TOTAL DE INGRESOS				
			EGRESOS				
			EGRESOS				PARCIAL
			Uresis				
			Sangrado				
			Drenaje				
			Otros				
			TOTAL DE EGRESOS				
BALANCE GLOBAL							
ESCALA DE ALDRETE							
RESPIRACIÓN	CONCIENCIA	CIRCULACIÓN	COLOR	ACTIVIDAD			
2 Profunda	2 Alerta	2 TA ±20 cifra control	2 Rosado	2 Movimiento activo			
1 Superficial	1 Obnubilada	1 TA ±20.5 cifra control	1 Pálido	1 Movimiento incompleto			
0 Deficiente	0 Inconsciente	0 TA ±50 cifra control	0 Cianótico	0 Sin movimiento			
ESCALA DE RAMSAY			OBSERVACIONES				
DESCRIPCIÓN							
DESPIERTO	1	Con ansiedad, agitación o inquietud					
	2	Cooperador, orientado y tranquilo					
	3	Responde órdenes verbales					
DORMIDO	4	Responde órdenes enérgicas					
	5	Responde sólo al dolor					
	6	Sin respuesta alguna					

LOGO	DE LA	NOMBRE DEL PACIENTE		
		FECHA		
INSTITUCION		DURACION DE ANESTESIA:		
NOTA POST ANESTESICA				
TECNICA ANESTESICA Y FARMACOS EMPLEADOS				
SANGRE Y/O LIQUIDOS ADMINISTRADOS				
INCIDENTES Y/O ACCIDENTES SI NO				
PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO INMEDIATO				
SIGNOS VITALES A SU INGRESO A UCPA: TA _____ FC _____ FR _____ SATO2 _____				
ESCALA DE ALDRETE				
INDICE	DESCRIPCION	PUNTOS	INGRESO HORA:	ALTA HORA:
ACTIVIDAD	Mueve las 4 extremidades	2		
	Mueve solo 2 extremidades	1		
	No mueve ninguna extremidad	0		
RESPIRACION	Respira profundo, tose libremente	2		
	Disnea o limitación para toser	1		
	Apnea	0		
CIRCULACION	TA sistólica 1/ del 20% del nivel preanestésico	2		
	TA sistólica 1/ del 20-50% del nivel preanestésico	1		
	TA sistólica 1/ del 50% del nivel preanestésico	0		
CONCIENCIA	Completamente despierto	2		
	Responde al ser llamado	1		
	No responde	0		
SATURACION	Mantiene mas del 92% de SpO2 en aire	2		
	Necesita inhalar O2 para mantener SpO2 de 90%	1		
	SpO2 menor de 90% aún inhalando oxígeno	0		
TOTAL PUNTUACION				
EVOLUCION Y ALTA POSTANESTESICA DE UCPA				
SIGNOS VITALES AL ALTA DE UCPA: TA _____ FC _____ FR _____ SATO2 _____				
CONTROL DE DOLOR POSTOPERATORIO				
ALTA DE ANESTESIOLOGIA				
_____ HRS. POST ANESTESIA SIGNOS VITALES: TA _____ PULSO _____ RESP _____				
ESTADO DE CONCIENCIA: CONCIENTE _____ SOMNOLIENTO _____ INCONCIENTE _____ NAUSEAS _____ VOMITO _____				
CEFALEA _____ DIURESIS _____ DOLOR _____ EVOLUCION _____ DEAMBULACION SI _____ NO _____				
INDICACIONES DE ALTA:				
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO ANESTESIOLOGO				

**MANUAL DE NORMAS DE ANESTESIOLOGIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA – GUATEMALA 2012**

EGRESO DE UCPA

ALDRETE

CRITERIOS

Nombre del paciente														
HORA DE INGRESO	HORA DE EVALUACIÓN													
CRITERIOS	P/A. Pre-CPA	P/A. Ingreso UCPA	0			1 HORA			2 HORAS			3 HORAS		
			0	15	30	15	30	45	15	30	45	15	ES. RESC.	
ACTIVIDAD														
RESPIRACIÓN														
CIRCULACIÓN														
COLORACIÓN														
CONCIENCIA														
TOTAL														

MODALIDAD	PUNTOS	CRITERIOS
ACTIVIDAD	2	Mueve las 4 extremidades
	1	Mueve 2 extremidades
	0	No mueve las extremidades
RESPIRACIÓN	2	Respira y tose normalmente
	1	Disnea o respiración Limitada
	0	Apnea
CIRCULACIÓN	2	TA + 20% nivel preanestésica
	1	TA + 20-50% nivel preanestésica
	0	TA + 50% nivel preanestésica
COLORACIÓN	2	Rosado
	1	Pálido, ictérico, manchas
	0	Cianótico
CONCIENCIA	2	Completamente despierto
	1	Despierta al llamarlo
	0	No responde

○ Egreso no menor de 8

13.4 ESCALA DE RECUPERACION POS-ANESTESICA (de Aldrette).

PARAMETROS CLÍNICOS	PUNTUACIÓN
1. Conciencia	
Totalmente despierto y orientado	2
Responde a la llamada verbal,obedece órdenes	1
No responde	0
2. Actividad (voluntaria o a orden verbal)	
Mueve las 4 extremidades	2
Mueve solo 2 extremidades	1
No mueve ninguna extremidad	0
3. Respiración	
Normal (respiración profunda, tos voluntaria, llanto)	2
Disnea (respiración superficial o limitada)	1
Apnea o ventilación mecánica	0
4. Circulación	
PA con 20 mmHg. de variación del valor inicial	2
PA con 20 a 50 mmHg. de variación del valor inicial	1
PA con 50 mmHg. de variación del valor inicial	0
5. Saturación de oxígeno (SpO2)	
>92% con aire ambiente	2
O2 suplementario para mantener SpO2 >90%	1
Sp O2 <92% con O2 suplementario	0

14. NORMAS BOLIVIANAS

14.1 NORMA NACIONAL DE ATENCION CLINICA UNIDAD 15 ENFERMEDADES QUIRURGICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

II. NORMAS DE ATENCION CLINICA

1 ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO

2 APENDICITIS AGUDA NO COMPLICADA

UNIDAD 24 ANESTESIOLOGIA

1 EVALUACION PREANESTESICA

2 UNIDAD DE CUIDADOS POST ANESTESICOS –
DOLOR POST OPERATORIO

<https://www.minsalud.gob.bo/institucional/normas>

14.2 NORMAS DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO DE ANESTESIOLOGIA BOLIVIA

14.3 DECRETO SUPREMO N° 28562

14.2 NORMAS DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO DE ANESTESIOLOGIA BOLIVIA

I. EVALUACIÓN PREANESTESICA NIVEL DE RESOLUCIÓN II y III

I. OBJETIVOS.

- Establecer el estado clínico del paciente.
- Determinar el estado físico según la clasificación de la American Society of Anaesthesiologists (ASA) (ver anexo 1).
- Obtener una visión del estado real del paciente y el riesgo anestésico quirúrgico al cual será sometido.
- Planificar tipo de Anestesia y cuidados.
- Planificar la Pos Anestesia para su derivación a sala de cuidados Pos Anestésicos (PACU) o Unidad de Terapia Intensiva UTI.
- Efectivizar el consentimiento informado.

II. INDICACIONES.

A todo paciente programado, de emergencia, hospitalizado o ambulatorio que requiera atención anestésica.

III. EQUIPOS Y MATERIAL.

- Expediente clínico.
- Fonendoscopio.
- Tensiómetro.
- Linterna.
- Baja lenguas.

IV. REQUISITOS.

- Expediente clínico completo.

- Exámenes de laboratorio (hemograma, coagulograma, creatinina, glicemia, examen general de orina) y otros si se requiere.
- Exámenes de gabinete a juicio del anesthesiólogo.
- Valoración por otras especialidades si fuera pertinente. Técnica.
- Anamnesis dirigida: edad, antecedentes anestésicos, antecedentes patológicos, adicciones, alergias, transfusiones sanguíneas, medicamentos utilizados, medicinas naturales con probable interacción farmacológica.
- Exploración física: examen físico general, vía aérea, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, acceso venoso y otros aparatos y sistemas de interés particular.
- Evaluación de la zona que involucre el tipo de anestesia a administrar (ejemplo: columna vertebral en caso de anestesia neuroaxial).
- Clasificación del estado físico según la American Society of Anesthesiologists (ASA) (ver anexo 1). ➤ Establecer los requerimientos de sangre y/o hemoderivados y las alternativas de manejo en caso necesario.
- Medicación pre anestésica: A criterio del anesthesiólogo y necesidad del paciente (Ansiolíticos, Antieméticos, anticolinérgicos, analgésicos, corticoides, etc.).
- Según patología asociada el anesthesiólogo suspenderá o agregara medicamentos u otras medidas.
- Establecer el plan anestésico y todos los cuidados que requerirá con el tipo de cirugía.

V. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

- Previo al procedimiento, el anesthesiólogo es la persona encargada de explicar en términos que el paciente y los familiares comprendan; la técnica anestésica, los riesgos inherentes y las probables complicaciones. Aclarar las dudas que puedan presentarse.
- Si el paciente presenta trastornos de la conducta, personalidad, de conciencia, o sea menor de edad, los familiares en primera línea deberán dar su consentimiento.
- En caso de existir dificultad idiomática se buscará intérprete.
- En caso de emergencia (cuando la vida del paciente corre peligro), al no existir persona responsable y el (la) paciente no esté en condiciones de autorizar el procedimiento, se requerirá la presencia de la trabajadora social, director de la institución, asesor legal, quien dará el consentimiento para su intervención.

VI. REQUERIMIENTOS PREANESTESICOS

- Ayuno: Adultos 6 a 8 horas en cirugía programada. En caso de cirugía de emergencia según juicio del anesthesiólogo.
- Horario de Programación Quirúrgica: pacientes pediátricos, geriátricos, críticos, diabéticos, cirugías complejas y cirugías prolongadas, o combinaciones de todas ellas con mayor razón; deberán tener preferencia en las primeras horas de disponibilidad de quirófano. Ser programadas a primera hora.
- Valoración Cardiológica: A partir de los 50 años y en caso de patología cardiaca a cualquier edad.

VII. TIPOS DE VALORACIÓN PREANESTESICA.

- En consultorio pre anestésico: se la realiza días antes en el hospital o en consulta externa.
- Intrahospitalaria: se la realiza dentro de las 24 h antes de la cirugía con el paciente hospitalizado.
- De Urgencias: donde el paciente es evaluado inmediatamente antes de ingresar a quirófano.

II UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTÉSICOS NIVEL DE RESOLUCIÓN II Y III

I. OBJETIVOS.

Ofrecer máxima seguridad al paciente pos anestesiado hasta la desaparición de los efectos clínicos de los agentes anestésicos.

II. INDICACIONES.

- *Todo paciente que reciba anestesia general o loco regional; debe recibir cuidados pos anestésicos.*
- *Durante su traslado a la sala de Cuidados Pos Anestésicos (PACU) el paciente debe ser acompañado por el anesthesiólogo responsable.*
- *Al llegar a la unidad el paciente debe ser entregado física y verbal al personal responsable del área generalmente una licenciada en enfermería (informando*

principales eventos y complicaciones pre o trans operatorios), junto al registro anestésico.

➤ *Evaluar continuamente las condiciones del paciente durante su estancia en la unidad y firmar el alta a su egreso.*

III. EQUIPOS Y MATERIAL.

➤ *Fuente de Oxígeno.*

➤ *Monitores (según protocolo de Monitorización).*

➤ *Aspirador de secreciones.*

➤ *Caja para reanimación cardiopulmonar que incluya materiales, insumos y medicamentos requeridos.*

➤ *Desfibrilador con palas apropiadas para diferentes edades.*

IV. REQUISITOS.

Todo paciente adulto y pediátrico sometido a anestesia.

V. TÉCNICA.

➤ *Toma y registro de signos vitales.*

➤ *Evaluación del paciente utilizando la escala de recuperación pos anestésica.*

Crterios para suspender el egreso del paciente de la Unidad de cuidados Pos anestésicos: Causas Anestésicas:

➤ *Dolor no controlado.*

➤ *Náusea y/o Vómito.*

➤ *Imposibilidad para la ambulaci3n.*

➤ *Dificultad respiratoria.*

➤ *Hipotensi3n arterial.*

➤ *Bradicardia o taquicardia no corregibles con métodos usuales.*

➤ *Arritmias complejas.*

Causas Quirúrgicas:

- *Hemorragia zona operatoria.*
- *Dehiscencia de herida.*
- *Complicaciones transoperatorias inesperadas.*

Criterios para retrasar el alta:

- *Hipotensión ortostática.*
- *Reacción adversa a fármacos.*
- *Retención urinaria*
- *Bloqueo sensitivo o motor persistente.*
- *Sospecha de sangrado.*
- *Somnolencia, mareos, desorientación.*
- *Pérdida de acceso venoso (venooclisis).*

NOTAS:

Las principales complicaciones encontradas en la unidad de cuidados pos anestésicos son:

- *Respiratorias (Obstrucción de vías aéreas, hipoxemia, hipercapnia, bronco aspiración).*
- *Cardiocirculatorias (hipotensión, hipertensión, arritmias).*
- *Agitación y dolor pos operatorios.*
- *Náuseas y Vómitos.*
- *Hipotermia y Temblores.*

14.3 DECRETO SUPREMO N° 28562

DECRETO SUPREMO N° 28562

EDUARDO RODRIGUEZVELTZE

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 3131 promulgada el 8 de agosto de 2005, ha establecido la regulación del Ejercicio Profesional Médico.

Que el ámbito de aplicación de la Ley N° 3131 es el Sistema Nacional de Salud en sus sectores: Público, Seguridad Social, Privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro.

Que se ha establecido principios y definiciones del contexto del ejercicio profesional médico; asimismo se han consolidado las competencias del Ministerio del área de Salud en la supervisión y control del ejercicio profesional médico; como también se ha reconocido mediante Ley de la República al Colegio Médico de Bolivia como entidad colegiada.

Que se ha definido claramente las funciones y las actividades relacionadas con el ejercicio profesional médico, como también el reconocimiento legal de los documentos médicos oficiales.

Que se ha declarado expresamente los Derechos y Deberes del Médico como también los Derechos y Deberes del Paciente.

Que se ha institucionalizado mediante Ley de la República la auditoria médica en los ámbitos del acto médico y de la gestión de calidad de los establecimientos de salud.

Que se ha establecido las excepciones legales al secreto médico.

Que en el contenido de la Ley del Ejercicio Profesional Médico, se ha propiciado una relación equilibrada médico-paciente, con el propósito de regular el acto médico y mejorar la gestión de calidad en los establecimientos de salud.

Que la creación del Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje no cumplió la previsión del Artículo 149 constitucional que señala: "Todo proyecto de ley que implique gastos para el Estado debe indicar, al propio tiempo, la manera de cubrirlos y la forma de su inversión", aspecto no considerado en el Artículo 18 de la Ley del Ejercicio Profesional Médico.

Que corresponde al Poder Ejecutivo reglamentar la Ley N° 3131, para su efectiva ejecución.

Que tomando en cuenta lo anteriormente citado, es necesario dictar la presente norma, la misma que en el marco del Capítulo IX del Decreto Supremo N° 27230 de 31 de octubre de 2003, fue aprobada por el Consejo Nacional de Política Económica - CONAPE en fecha 14 de diciembre de 2005.

EN CONSEJO DE GABINETE,

DECRETA:

CAPITULO I

PRINCIPIOS GENERALES, ALCANCE Y CUMPLIMIENTO

ARTICULO 1.- (PRINCIPIOS GENERALES). El presente Decreto Supremo reglamenta la Ley N° 3131, del Ejercicio Profesional Médico.

ARTICULO 2.- (ALCANCE). Todo el Sistema Nacional de Salud se regirá por la normativa vigente elaborada y validada por el Ministerio del área de Salud.

La autorización legal para el funcionamiento de los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud, es una atribución del Ministerio del área de Salud, bajo responsabilidad de la máxima autoridad departamental de salud en su jurisdicción. Los Directores y propietarios de establecimientos de salud tienen un plazo de 180 días para regularizar su situación a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

Los requisitos para el funcionamiento de los establecimientos de salud son reglamentados por la máxima autoridad departamental de salud, en el marco de la norma nacional vigente.

ARTICULO 3.- (INEXCUSABILIDAD EN LA PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES). En el marco de la defensa de la vida, el cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad requiere acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades por parte del profesional médico, en forma inexcusable, cualquiera sea su cargo, especialidad o nivel de actuación en el Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO II

NORMAS, PROTOCOLOS Y GESTION DE CALIDAD

ARTICULO 4.- (NORMAS Y PROTOCOLOS). Se establecen las siguientes definiciones:

Norma: Documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado.

Protocolo: Disposición técnica reconocida que refleja el "estado del arte" o el estado de la técnica en el momento y ajustado a una norma vigente.

Guía técnica: Conjunto de procedimientos consensuados entre prestadores y usuarios -en el marco de la Interculturalidad- en relación a un servicio determinado de salud.

El Ministerio del área de Salud elaborará las normas y los protocolos de atención de alcance nacional y cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional con la participación activa de representantes de las sociedades científicas correspondientes. Las normas tienen vigencia de tres años y deben ser revisadas y actualizadas conforme al avance de la ciencia y las evidencias. En este marco, aquellas que hayan cumplido su vigencia deben adecuarse en el plazo de 180 días a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

Las normas y protocolos elaborados serán aprobados mediante Resolución Ministerial,

La Autoridad Departamental de Salud es responsable de complementar los protocolos en el marco de la calidad, la interculturalidad, la equidad de género y el respeto al derecho de las personas a la vida y a la salud.

Los Gerentes de Red, los Directores de Hospitales y los responsables de establecimientos de salud de primer nivel, son los responsables de supervisar la aplicación de las normas y protocolos nacionales vigentes en el Departamento y denunciar el incumplimiento ante la Autoridad Departamental de Salud.

Es atribución de la Autoridad Departamental de Salud, en casos de conflictos surgidos de la práctica profesional, respaldar las intervenciones profesionales realizadas en acatamiento a las normas y protocolos vigentes o sancionar su incumplimiento conforme lo mandan las leyes. El cumplimiento de los protocolos en la actividad asistencial de los profesionales médicos es un elemento primordial en la evaluación del desempeño del personal en todos los niveles de atención.

La existencia, conocimiento y aplicación de los protocolos de atención vigentes es un requisito indispensable para la certificación de los establecimientos de salud y su acreditación.

ARTICULO 5.- (GESTION, DE CALIDAD). La gestión de calidad de los servicios de salud es inexcusable para los médicos en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud.

En los establecimientos de tercer y segundo nivel, la gestión de calidad de los servicios de salud es implementada por el Departamento de Enseñanza e Investigación, que en adelante se denomina Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación. De no existir esta instancia, el Director del establecimiento debe implementarla en un plazo máximo de 180 días a partir de la publicación del presente Decreto Supremo, sin que implique erogación de recursos económicos adicionales para el TGN.

Este Departamento tiene bajo su responsabilidad los comités contemplados en el Reglamento General de Hospitales vigente, además de los Comités de Gestión de Calidad y Auditoría Médica, y de Enseñanza e Investigación, implementados mediante éste Decreto Supremo.

La selección del Jefe del Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación se realiza siguiendo la normativa vigente.

La gestión de la calidad de los servicios de salud en los establecimientos de nivel I, es implementada por las gerencias de red.

Los Jefes de Departamento de Gestión de la Calidad, Enseñanza e Investigación deben cumplir con nivel de postgrado, Diplomado como mínimo en esta materia, otorgado por institución reconocida por el Sistema Universitario Boliviano o el Ministerio de Educación. El cumplimiento de esta disposición tiene un plazo de 2 años a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

En el marco de la gestión de calidad, se establece la necesidad del profesional médico de conocer el idioma nativo del área donde ejerza su profesión. Es responsabilidad del Ministerio del área de salud gestionar la incorporación de idiomas nativos en el currículum académico de las Carreras de Medicina mediante los mecanismos de integración docente asistencial.

La capacitación y actualización a cargo de las Instituciones se enmarca en la gestión de calidad y evaluación del desempeño y se incorpora en la programación anual operativa.

CAPITULO III

DEFINICIONES OPERATIVAS Y COORDINACION

ARTICULO 6.- (DEFINICIONES OPERATIVAS). Se establece las siguientes definiciones:

Calidad del Acto médico: Las características del servicio médico para considerarlo de calidad son:

1. Conocimientos actualizados del profesional
2. Habilidades y destrezas suficientes y adecuadas a la tarea
3. Actitud de servicio
4. Actitud de respeto al paciente y su entorno
5. Aplicación de normas y protocolos de atención
6. Reconocimiento del paciente como ser humano con dignidad
7. Eficiencia en el uso de los recursos
8. Enfocado en la equidad de género

Receta médica: Constituye el documento legal que avala la prescripción facultativa para la dispensación de medicamentos. Consta de dos partes que deben ser legibles: la prescripción propiamente dicha y las indicaciones de uso.

La prescripción debe registrar el nombre del paciente; el nombre genérico, opcionalmente el nombre comercial, forma farmacéutica, concentración y, cuando corresponda, el código del medicamento; fecha, el nombre del médico, la firma, el número de matrícula profesional, la especialidad -cuando corresponda- y el sello del médico, conforme legislación vigente.

Las indicaciones de uso: dosis y frecuencia u horario, deben ser registradas en hoja aparte, considerando que la receta médica será retenida en el establecimiento farmacéutico.

ARTICULO 7.- (ENTIDAD COLEGIADA). En el marco de esta Ley y para fines de coordinación interinstitucional, los Estatutos y Reglamentos del Colegio Médico de Bolivia para adquirir validez jurídica en el territorio nacional, deben ser aprobados por el Ministerio del área de Salud.

La fiscalización del perfeccionamiento profesional se realizara utilizando técnicas de auditoria de calidad.

El Ministerio del área de, salud recertifica el ejercicio de la profesión médica y sus especialidades, en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia. Este proceso se inicia a partir de la publicación del presente Decreto Supremo y se actualiza cada 5 años.

ARTICULO 8.- (COORDINACION). A efectos de cumplir con la supervisión y control del ejercicio profesional médico, el Ministerio del área de Salud coordinará esta labor con el Colegio Médico de Bolivia, en el marco de la política de salud.

La supervisión y control se realiza mediante la verificación del registro profesional para los especialistas, además, el certificado de especialidad actualizado.

CAPITULO IV

MATRICULA PROFESIONALY REQUISITOS

ARTICULO 9.- (REQUISITOS). Los requisitos para la extensión de la matrícula profesional son:

- Título en Provisión Nacional
- 2 Fotografías
- Cédula de identidad.

Para fines de supervisión y control, es responsabilidad del Ministerio del área de Salud solicitar al Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana y al Ministerio de Educación, la nómina de profesionales médicos que cuenten con Diploma Académico expedido por las Universidades Públicas y Privadas, respectivamente.

ARTICULO 10.- (FUNCIONES DEL EJERCICIO PROFESIONAL MEDICO). Las funciones de Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y rehabilitación del paciente, son de cumplimiento obligatorio en todos los ámbitos y niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, en el marco de las normas aprobadas por el Ministerio del área de Salud.

Promoción de la Salud, es la actividad orientada hacia la preservación de la salud y estilos de vida saludables de las personas en su entorno familiar, social y laboral.

Prevención de la enfermedad, es el conjunto de acciones necesarias para evitar riesgos y daños a la salud de las personas en su entorno familiar, social y laboral.

Recuperación de la salud, es el conjunto de acciones de diagnóstico y tratamiento necesarias para restablecer la salud del paciente. Cuando esto no sea posible, el médico debe propender a evitar o mitigar el dolor para mejorar la calidad de vida.

Rehabilitación, es el conjunto de acciones y medios que faciliten la reinserción laboral y social de las personas mediante el uso y desarrollo de sus capacidades físicas, mentales, sensoriales y sociales.

ARTICULO 11.- (PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL). El Ministerio del área de Salud coordinará con las Universidades, el Instituto de Investigaciones Forenses dependiente de la Fiscalía General de la República y el Colegio Médico de Bolivia, el perfeccionamiento profesional en Medicina Forense y Ciencias Forenses.

Medicina Forense: Es el conjunto de conocimientos utilizados para estudiar y determinar diversas condiciones físicas, biológicas y químicas del hombre y mujer considerados como sujetos de derecho.

Perito Médico: Es el profesional médico con conocimiento e idoneidad profesional en el tema objeto de peritaje.

CAPITULOV

DOCUMENTOS MEDICOS OFICIALES

ARTICULO 12.- (EXPEDIENTE MEDICO). El Expediente médico, está constituido por el conjunto de la Historia clínica y los documentos relacionados con el caso que surjan por fuera del proceso asistencial.

La Historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida.

Para fines de atención, conciliación, arbitraje, proceso judicial u otros, el expediente clínico se organiza de la siguiente manera:

Durante la Hospitalización:

1. Gráficas de temperatura
2. Ordenes médicas
3. Evolución
4. Informes de Laboratorio
5. Informe Quirúrgico
6. Informe de Anestesia
7. Informe de Anatomía Patológica
8. Notas de enfermería
9. Hoja de Medicamentos
10. Historia y Examen Físico
11. Epicrisis
12. Informe de Ingreso y Egreso.

Secuencia de formularios de la Historia Clínica después del Egreso:

1. Informe de ingreso y egreso
2. Epicrisis
3. Historia y examen físico
4. Evolución
5. Ordenes Médicas
6. Informes de Laboratorio
7. Informe de Anestesia
8. Informe Quirúrgico
9. Informe de anatomía Patológica
10. Grafica de temperatura

- 11. Medicamentos
- 12. Notas de Enfermería

ARTICULO 13.- (LIBERTAD DE PRESCRIPCION)

La libertad en la prescripción terapéutica esta limitada por las leyes, normas y protocolos vigentes.

CAPITULO VI

DERECHOS Y DEBERES, OBLIGACION DE DIFUNDIR

ARTICULO 14.- (DIFUSION). Es obligatoria la difusión de los derechos y deberes y de los pacientes y de los derechos y deberes de los médicos en todos los sectores del Sistema Nacional de Salud. Esta debe realizarse en todos los establecimientos e Instituciones de salud, en forma pública y visible, al alcance de los pacientes y público en general.

Consentimiento expreso, se refiere a la voluntad o decisión del paciente de rechazar el tratamiento u hospitalización indicados por el médico tratante, registrado en la historia clínica y debidamente respaldado por la firma del paciente o de su familiar o responsable legal.

En situaciones donde el paciente no tiene capacidad de decidir sobre su persona, requiere intervención profesional médica y no cuenta con un familiar, pariente o responsable legal, la Institución de salud asume la decisión terapéutica siguiendo las normas y protocolos vigentes.

Es obligación del médico registrar en la historia clínica, la información brindada al paciente respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad; este registro debe ser suscrito por el paciente, familiar, pariente o representante legal.

ARTICULO 15.- (CANALIZACION DE RECLAMOS y DENUNCIAS). Los Departamentos de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, deben canalizar los reclamos y denuncias sobre la atención recibida en los hospitales de II y III nivel, mediante la Dirección del Hospital hacia la Autoridad Departamental de Salud a objeto que se realice la auditoria externa correspondiente.

CAPITULO VII

AUDITORI AMEDICA INTERNA, AUDITORIA MEDICA EXTERNA y AUDITORES MEDICOS ACREDITADOS

ARTICULO. 16.- (AUDITORIA MEDICA INTERNA). La auditoria médica constituye un proceso unitario, educativo, preventivo y, según corresponda, también correctivo.

Según el propósito, puede ser interna o externa.

La auditoria médica interna constituye un procedimiento de aplicación regular, es técnico, evaluativo, preventivo y correctivo, para el aseguramiento y mejoramiento de la calidad en salud, que comprende la evaluación de la estructura, proceso y resultados, conducida por los Comités de Auditoria Médica, bajo supervisión del Departamento, o responsable de Gestión de Calidad y Auditoria Médica institucional.

En caso que el Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación, en e proceso rutinario de auditoria interna, encuentre indicios de mala práctica médica, deberá requerir la realización de una auditoria externa a la máxima autoridad departamental de salud.

En el primer nivel de atención (Puestos y Centros de Salud), las auditorias internas serán asimiladas a los procesos de auto-evaluación mensual mediante instrumentos vigentes emitidos por el Ministerio del área de Salud.

ARTICULO 17.- (AUDITORIA MEDICA EXTERNA). La auditoria médica externa es un procedimiento técnico, analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo que se realiza ante denuncias de mala práctica médica. Se aplica al acto médico y consiste en la verificación del cumplimiento de normas y protocolos vigentes. Se realiza mediante el análisis del expediente clínico.

La Autoridad Departamental de Salud en cumplimiento de la normativa vigente, conformará las Comisiones Departamentales de Auditoria Médica, en un plazo máximo de 48 horas de presentada la solicitud, sin que ello implique erogación de recursos económicos adicionales para el TGN.

Sí la denuncia de mala práctica médica, involucra al sector de la Seguridad Social, de corto plazo, la Autoridad Departamental de Salud solicitará la intervención del Instituto Nacional de Seguros de Salud - INASES, para que en uso de sus atribuciones, realice la auditoria médica externa.

La auditoría médica interna y la auditoría médica externa, en caso de los sectores Privado con fines de lucro y Privado sin fines de lucro, son de competencia de la autoridad de salud departamental.

ARTICULO 18.- (REQUISITOS). Para ser acreditado como auditor médico se debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Nivel de postgrado en Auditoría Médica (Diplomado como mínimo, equivalente a 600 horas académicas), otorgado por Universidad reconocida por el CEUB o el Ministerio de Educación.
- b) Experiencia profesional de 10 años como mínimo.
- c) No tener resolución ejecutoriada por responsabilidad ejecutiva o administrativa, ni sentencia civil o penal.
- d) No tener pliego de cargo ejecutoriado.

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 19.- (INSTITUTO MEDICO DE CONCILIACION Y ARBITRAJE). El Ministerio del área de Salud queda encargado de realizar los estudios necesarios para establecer la dependencia, estructura, organización y puesta en marcha del Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje, así como para asegurar su sostenibilidad jurídica, institucional y financiera, mediante la Dirección General de Salud que dirigirá los procesos necesarios y coordinará con otros sectores e Instituciones, disponiendo para ello de un plazo de nueve meses a partir de la publicación del presente Decreto Supremo.

El Señor Ministro de Estado en el Despacho de Salud y Deportes queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veintidós días del mes de diciembre del año dos mil cinco.

FDO. EDUARDO RODRIGUEZ VELTZE, Armando Loayza Mariaca, Iván Avilés Mantilla, Gustavo Avila Bustamante, Gonzalo Méndez Gutiérrez, Waldo Gutiérrez Iriarte, Martha Bozo Espinoza, Carlos Díaz Villavicencio, Mario Moreno Viruéz, Sergio M. Medinaceli Monroy, Maria Cristina Mejía Barragán, Alvaro Muñoz Reyes Navarro,

15 . NORMAS INTERNACIONALES

**15.1 NORMAS MINIMAS PARA LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN
POSTANESTESICA – UNIVERSIDAD JAVERIANA DEPARTAMENTO
DE ANESTESIOLOGIA BOGOTA COLOMBIA**

**15.2 NORMA TÉCNICA DE ANESTESIA, ANALGESIA Y
REANIMACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS
DEL SECTOR SALUD-PERÚ**

15.1 NORMAS MINIMAS PARA LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTESICA – UNIVERSIDAD JAVERIANA DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA BOGOTA COLOMBIA

Estas normas aplican para la recuperación anestésica luego de una anestesia ya sea anestesia general, regional o local.

Unidad de Recuperación Pos Anestésica

1. La Unidad de Cuidado Post anestésico o Recuperación es un área en la cual se provee cuidado post anestésico a los pacientes.
2. Los aspectos médicos del cuidado de los pacientes en la Unidad de Cuidado post anestésico deben estar de acuerdo con las Normas establecidas por el servicio de Anestesiología.
3. El diseño, equipo disponible y personal en la Unidad de recuperación post anestésica debe estar de acuerdo con las disposiciones y normas mínimas de la Sociedad de Anestesiología.
4. El personal de la Unidad de Recuperación Pos Anestésica debe estar entrenado en maniobras de RCP básicas y contar con el equipo necesario.

Norma I

Todo paciente que reciba una anestesia ya sea anestesia general, regional o local controlada debe recibir cuidado post anestésico adecuado.

Norma II

El paciente al ser transportado de la sala de cirugía o lugar donde se realizó el acto anestésico a la Unidad de Recuperación, debe ser acompañado por el anesthesiologo responsable del caso con vigilancia continua, tratamiento y monitoria especial según las condiciones del paciente y criterio del anesthesiologo responsable del caso.

Norma III

A la llegada a la Unidad de Recuperación Pos Anestésica el paciente debe ser entregado verbalmente a la Jefe de enfermería responsable de la UCP informando lo siguiente:

- 1- Edad y antecedentes importantes del paciente
- 2- Cirugía y técnica anestésica
- 3- Principales eventos durante el procedimiento quirúrgico, sangrado intraoperatorio, diuresis, drogas relevantes administradas y complicaciones.
- 4- Manejo en el post operatorio inmediato, incluyendo oxigenoterapia, manejo de dolor, etc.

Luego de ser entregado, verificar el estado del paciente (signos vitales), lo cual debe ser documentado y anotada en la Historia Clínica o record anestésico.

Norma IV

Las condiciones del paciente debe evaluarse continuamente en la Unidad de Recuperación Pos Anestésica

1. El paciente debe ser observado y monitorizarse por métodos apropiados según las condiciones médicas de cada paciente. Particular atención debe tenerse en evaluar la oxigenación, ventilación y circulación, por métodos clínicos o electrónicos según sea el caso
2. Debe llenarse el record de recuperación anotando los signos vitales (Presión Arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso y escala de Aldrette inicialmente cada 5 minutos y luego de los primeros 15 minutos, cada 10 a 15 minutos dependiendo del estado de cada paciente.
3. El anestesiólogo responsable del caso o a quien este delegue será el encargado de seguir el paciente en recuperación y responsable de este en la Unidad de Recuperación Pos Anestésica y quien debe valorar al paciente antes de su salida.

Norma IV

Criterios de salida desde el punto de vista anestésico

1. Signos Vitales estables. Valores no menores o mayores del 20% de los iniciales antes de cirugía, incluyendo Frecuencia Cardiaca, Presión Arterial, Frecuencia respiratoria, Saturación de pulso, Temperatura.
2. Puntaje en la escala de Aldrette mayor de 8
3. No signos de dificultad respiratoria
4. Alerta y orientado (Teniendo en cuenta el tipo de cirugía y estado previo del paciente)
5. Capacidad para deglutir y toser hablar (Teniendo en cuenta el tipo de cirugía y estado previo del paciente)
6. Capacidad de hablar (Teniendo en cuenta el tipo de cirugía y estado previo del paciente)
7. Nauseas mínimas
8. No vomito.

15.2 NORMA TÉCNICA DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DEL SECTOR SALUD-PERÚ

INSTRUCTIVO DE LOS SERVICIOS ANESTESIOLOGIA EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGIA

15.2.1 EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA

Es mandataria en todo paciente. En ella el médico anestesiólogo debe establecer una valoración integral del paciente que incluya: Revisión cuidadosa de la historia clínica.

Examen clínico del paciente. Valoración del riesgo anestésico-quirúrgico, así como la enfermedad de base. Otras co-morbilidades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, entre otras. Su estado físico según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA) y las pautas de manejo que considere pertinentes. Indicar el periodo de ayuno de acuerdo a la edad del paciente, estado físico, tipo de cirugía, etc.

15.2.1.1 Consulta Pre-anestésica Se realiza en el consultorio externo de Anestesiología. Debe incluir antecedentes, estado clínico, revisión de exámenes auxiliares, evaluación de otros especialistas, ASA. Si se considera necesario, se pedirán nuevos exámenes o consultas especializadas. Se debe informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado.

15.2.1.2 Consulta Pre-anestésica Intrahospitalaria Es la que se realiza en los pacientes hospitalizados. En ella debe establecerse el estado clínico actual. Si se considera necesario se pedirán nuevos exámenes o evaluaciones especializadas. Se debe informar al paciente, si no se ha hecho previamente, sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado.

15.2.1.3 Evaluación en Emergencias El paciente en situación de emergencia debe ser sometido a la evaluación preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan.

15.2.2. CUIDADO PERIANESTÉSICO

LISTA DE CHEQUEO Antes de iniciar el acto anestésico, el anesthesiólogo debe hacer una revisión que incluya lo siguiente:

1. Máquina de Anestesia (Unidad de Anestesia): a) Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar b) Presencia de balón de oxígeno de emergencia. c) Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido. d) Buen estado de flujómetros, vaporizadores, circuitos (sin fugas), válvulas bidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO₂ e) Buen funcionamiento del ventilador. (Chequeo y parámetros).
2. Monitoreo a) Básico: estetoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro.
3. Paciente a) Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica b) Los exámenes auxiliares requeridos. c) Consentimiento informado que especifique las características, los riesgos y beneficios del procedimiento anestésico. d) Evaluación de la cavidad oral: dificultad para la intubación, presencia de prótesis. En pacientes con alteraciones anatómicas o fisiológicas que dificulten el manejo convencional (vía aérea difícil y/o anomalías) se debe contar con el equipo necesario y el personal capacitado. e) Antes de iniciar el procedimiento anestésico, establecer un plan de administración de fluidos. f) Tiempo de ayuno.
4. Materiales, Medicamentos y Equipo a) Equipo básico para el manejo de la vía aérea. b) Medicamentos seguros a utilizar c) Succión

NOTA: en el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo completo con materiales para manejo de vía aérea difícil.

REGISTRO ANESTÉSICO (Ficha anestésica) Debe incluir: 1 Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico. 2 Monitoreo del paciente. 3 Drogas administradas. 4 Líquidos administrados. 5 Técnica anestésica empleada. 6 Estado del paciente al final del acto anestésico.

15.2.3. MONITOREO BASICO INTRAOPERATORIO

1. Siempre debe haber un médico anesthesiólogo responsable del acto anestésico durante el proceso de conducción de toda anestesia general, regional, sedación o vigilancia monitorizada. En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico.

2. Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación, la circulación y la temperatura del paciente.

a). Oxigenación Debe medirse en forma continúa la oxigenación de la sangre mediante un oxímetro de pulso. El oxímetro de pulso debería contar con alarmas auditivas y éstas deben poder fijarse en el nivel deseado por el operador. Debe poder observarse una señal luminosa o una curva pletismográfica que indique la señal del pulso.

b). Ventilación b.1) La adecuada ventilación debe ser continuamente evaluada. Se debe evaluar la amplexación del tórax, auscultar los ruidos respiratorios y observar la bolsa de reservorio. b.2) Cuando se efectuó la intubación endotraqueal u otro método alternativo, se debe verificar su colocación a través de la auscultación y por identificación del CO₂ en el gas espirado y la curva de capnografía. b.3) Durante la ventilación mecánica, se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión. b.4) Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula orofaríngea COPA o afín), se deberá tener alarma de presión alta en la vía aérea. b.5) La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general, desde el momento de la colocación del TET hasta la extubación o el inicio de la transferencia hacia la unidad de cuidados post-operatoria o unidad de cuidados intensivos. b.6). Durante la ventilación mecánica, una señal que sea capaz de detectar la desconexión de los componentes del sistema respiratorio debe ser usado continuamente. Este aviso debe ser una señal audible y/o visible. b.7). Durante la anestesia regional y el monitoreo de cuidados anestésicos, se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos. b.8). Toda máquina de anestesia con ventilador debe tener los siguientes parámetros mínimos: b.8.1. Control de frecuencia respiratoria b.8.2. Control para fijar volumen corriente y volumen minuto b.8.3. Control para relación

inspiración/expiración (1:1 a 1:3), pudiendo ser manual o automática. b.8.4. Control de presión inspiratoria máxima. b.8.5. Alarmas para presión inspiratoria máxima y de desconexión. b.8.6. PEEP de 0 - 20 cm de H₂O. b.8.7. Debe existir la posibilidad de monitorizar la presión de la vía aérea cualquiera sea la modalidad de ventilación. b.9). Si la técnica empleada es anestesia regional o sedación, debe evaluarse continuamente la ventilación con signos clínicos como la respuesta a estímulos verbales o táctiles, la movilidad de la caja torácica y la medición de la saturación de oxígeno.

c). Circulación c.1. El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanente desde el inicio de la anestesia independiente del tipo de anestesia empleada. La única excepción la constituyen aquellas situaciones en las cuales las condiciones del paciente y su patología no permiten la instalación del cardioscopio. Si no es posible instalarlo, se debe atender a la frecuencia de pulso leída por el oxímetro de pulso. c.2. La Presión Arterial debe medirse durante toda la anestesia por lo menos cada 5 minutos mediante método manual o automático. c.3. Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardiacos. c.4. La Presión Arterial Invasiva es mandatoria en cirugía cardiaca, trauma severo y en aquellas en las que se prevean pérdidas sanguíneas masivas, así como según las condiciones del paciente y de acuerdo a la normativa que cada hospital fije.

d). Temperatura corporal Es mandatoria en cirugías cardiovascular, neurocirugía, trauma severo y en edades extremos de la vida y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia. La temperatura corporal debe ser medida en los pacientes cuando los cambios en la temperatura corporal son intencionados, anticipados o sospechados. Siempre debe haber la posibilidad de monitorizar la temperatura a todos los pacientes.

e). Sistema Nervioso Central Es recomendable el monitoreo del estado hipnótico mediante el uso de análisis bispectral (BIS) o potenciales evocados, en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides, así como en algunas intervenciones neuroquirúrgicas.

f). Gases Anestésicos El monitoreo de los gases anestésicos inspirados y espirados es altamente deseable

g). Otros elementos de monitoreo Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la presión venosa central, la diuresis, la presión arterial invasiva, la presión de arteria pulmonar, el gasto cardiaco y/o la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico.

h). NOTA: En el área en la cual se administre anestesia debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar(RCCP), incluyendo las drogas pertinentes y el desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente.

4. ENTREGA DE PACIENTES- RELEVO Cuando un anesthesiólogo tiene que entregar su paciente a otro anesthesiólogo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato.

En el registro anestésico debe quedar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento.

5 Normas específicas para la ANESTESIA OBSTETRICA (adicional a las normas mínimas generales) 9.2.5.1 Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello. 9.2.5.2 En la sala de cirugía debe haber una persona calificada, diferente del anesthesiólogo, para atender al recién nacido. 9.3.5.3 Ante la ausencia del pediatra, la responsabilidad del anesthesiólogo es primero para con la madre; si ésta no corre ningún peligro, el anesthesiólogo podría asistir al recién nacido.

15.2.4. CUIDADO POST-ANESTÉSICO

.1. En toda Institución hospitalaria debe existir un espacio donde se efectuó el cuidado post-anestésico de todos los pacientes que ha sido sometidos a cirugías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos bajo anestesia general, regional o sedación, bajo la responsabilidad de un anesthesiólogo.

2. Es deseable un equipo de monitoreo por paciente. Puede ser básico o complejo, dependiendo de la duración, complejidad de la cirugía, así como del estado del paciente. En ocasiones será necesario contar con monitoreo invasivo, así como contar con sistemas de apoyo para diagnósticos o procedimientos de urgencia tales como Rayos X, dosaje de gases y electrolitos.

3. El paciente que sale de cirugía debe ser transportado a la UCPA por el anestesiólogo a cargo del paciente, con el monitoreo mínimo y oxígeno suplementario si es necesario. El médico que administró la anestesia y/o procedió al traslado del paciente a la URPA, debe asegurarse que el nivel de cuidados y monitorización de dicha sala corresponda a la condición clínica del paciente en cada ocasión.

4. A la llegada a la Unidad de Recuperación Post- Anestésica el paciente debe ser entregado al anestesiólogo encargado y a la enfermera responsable de la UCPA informando lo siguiente:

a) Edad y antecedentes importantes del paciente

b) Cirugía y técnica anestésica

c) Principales eventos durante el procedimiento quirúrgico, sangrado intraoperatorio, diuresis, drogas relevantes administradas y complicaciones.

d) **Puntaje Aldrete modificado al momento del ingreso.**

Todo debe quedar anotado en la Historia Clínica o en la ficha anestésica

5. Luego de ser entregado, verificar el estado del paciente (signos vitales), lo cual debe ser documentado y anotado en la Historia Clínica o ficha de Anestesia, con el nombre del anestesiólogo que administro la anestesia y el anestesiólogo que recibió al paciente en el servicio de Reanimación.

6. El cuidado médico en la UCPA debe ser realizado por médico anestesiólogo encargado quien evaluará las condiciones del paciente y dará el tratamiento con particular atención en la ventilación, oxigenación, circulación, estado mental, temperatura, estado de hidratación, así como dolor, náuseas, vómitos, etc.

7. El paciente debe ser observado y monitorizado por métodos apropiados según las condiciones médicas de cada paciente.

8. Debe llenarse el record de recuperación anotando los signos vitales (Presión Arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, oximetría de pulso y escala de Aldrette inicialmente cada 5 minutos y luego de los primeros 15 minutos, cada 10 a 15 minutos dependiendo del estado de cada paciente.

9. El medico anestesiólogo de la UCPA, será el encargado de evaluar y valorar al paciente antes de su salida de la Unidad (Alta Interna).

10. Los egresos deben ser autorizados por escrito en la historia o en la ficha anestésica, por el anestesiólogo responsable.

11. Criterios de salida desde el punto de vista anestésico:

a) Signos Vitales estables. Valores no menores o mayores del 20% de los iniciales antes de cirugía, incluyendo Frecuencia Cardíaca, Presión Arterial, Frecuencia respiratoria, Saturación de pulso y Temperatura.

b) **Puntaje en la escala de Aldrete mayor de 8.**

c) No signos de dificultad respiratoria.

d) Alerta y orientado (Teniendo en cuenta el tipo de cirugía y estado previo del paciente) e) Capacidad para deglutir y toser hablar (Teniendo en cuenta el tipo de cirugía y estado previo del paciente)

f) Nauseas mínima

g) No presencia de vomito.

h) Analgesia adecuada.

i) Recuperación de la actividad motora y sensitiva.

12. Todos los controles efectuados en la UCPA debe quedar registrados en una hoja destinada para este efecto, incluidas las observaciones y la firma de la persona que las realiza, así como el horario en que se hicieron.

- adultos o 4 pacientes pediátricos simultáneos en la sala de recuperación, a lo que debe agregarse la disponibilidad de personal que cumpla las funciones de estafeta y traslado de pacientes. El personal de la sala de recuperación deberá estar capacitado en proveer oxígeno suplementario, en el uso de los equipos de monitorización y en reconocer emergencias de la vía aérea y de la circulación. Idealmente deberá estar capacitado en proveer asistencia cardíaca y ventilatoria básica.
- En el caso que no se disponga de un(a) profesional enfermero(a) en la sala de recuperación postanestésica deberá existir personal paramédico disponible para otorgar cuidados y realizar la vigilancia de los pacientes, que sean acordes con estas guías clínicas. Dicho personal deberá estar bajo la supervisión de un médico.
- Debe asegurarse que cada vez que sea necesario pueda contarse con la ayuda de un médico idóneo presente en el centro asistencial para el manejo de emergencias en la sala de recuperación.

16. GLOSARIO

Acto Medico

Es toda atención profesional del médico, respaldada por protocolos y normativas vigentes con calidad y calidez humana.

Expediente Clínico

Es un conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso por que en el se encuentran todos los datos que nos permite encarar de la mejor manera el estado de salud, enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento

Referencia

Es el envío de un usuarios de consulta externa, hospitalización o emergencias a otro establecimiento de salud de mayor complejidad resolutive, sin que esto signifique que quien o quienes atendieron inicialmente al paciente, deslinden sus responsabilidades por dicha atención.

Contra referencia (retorno)

Es el envío de un usuario que recibió atención en un establecimiento de mayor capacidad resolutive, al establecimiento de menor complejidad de donde fue referido inicialmente, para su respectivo seguimiento y cumplimiento de la medidas de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación que pudiese precisar, sin que esto signifique deslindar responsabilidad de quienes lo contra refirieron.

Interconsulta

Es la solicitud de atención que el médico tratante envía a otros profesionales, cuyo concurso puede ser necesario para la atención del paciente.

Calidad

Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos. Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría-MSD.

Médico tratante

Es aquel profesional médico, claramente identificado y aceptado por el paciente o en caso de menores de edad e impedimento mental por el familiar más inmediato o tutor jurídicamente responsable, que se encuentre directamente a cargo de la atención de dicho paciente, ejecutando actas y/o procedimientos individuales o mancomunados con otros miembros del equipo humano de salud, ya sea del propio establecimiento o de otro de menor o mayor complejidad, cuyos servicios pudiesen ser requeridos

Sala de recuperación postanestésica

Es un recinto o sala destinada a proveer cuidados postanestésicos inmediatos de pacientes que han sido sometidos a cirugías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos bajo anestesia general, anestesia regional o sedación profunda, hasta que se alcancen criterios de alta predefinidos.

Recuperación postanestésica

Es el período comprendido entre el término de una anestesia general, anestesia regional o sedación profunda y el momento en que el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado al servicio clínico o unidad de origen (alta interna). El tiempo de permanencia en la sala de recuperación es variable. Al cabo de este periodo el paciente ha recuperado la conciencia (responde ordenes, se encuentra ubicado temporoespacialmente) y los reflejos de la vía aérea, la ventilación, la circulación junto con la actividad motora se han recuperado en un grado tal que permitan un traslado seguro a recintos con menor intensidad de vigilancia y cuidado postoperatorios.

17. BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Salud y Deportes, Serie: Documentos Técnicos – Normativos La Paz – Bolivia 2012 Publicación 288 NORMAS NACIONALES DE ATENCION CLINICA Unidad 24 Anestesiología, Unidad 15 - 24

Galan Morera R. La Auditoria en las Instituciones de Salud. Malaga Londoño G., Ponton Laverde G., Reynaldes Londoño J. editores. Auditoria en Salud para una Gestión Eficiente. 3ra ed. Colombia: Editorial Panamericana;2014 Medica. p. 67-101

Canaviri Paz A., Durán Pacheco N., Fernandez Rocabado F., Pérez García H., Parrado Aramayo F., Riveros Ruíz C., Evaluación Pre Anestésica. Claros García H. Editor. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Anestesiología. 1ra Edición p. 13-15

Canaviri Paz A., Durán Pacheco N., Fernandez Rocabado F., Pérez García H., Parrado Aramayo F., Riveros Ruíz C., Unidad de Cuidados Pos Anestésicos. Claros García H. Editor. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Anestesiología. 1ra Edición p. 58-60 ANEXO 4: Escala de recuperación (Aldrette) .p. 63

Laguna Rada, Osmar Reyes, Jordán Vaca J., Bellot Aranda C., Morato Arancibia P., Brieguer Rocabado O. editores. Apendicitis Aguda No Complicada. Departamento de Técnico de Salud INASES. Leño Román, Solís Burgoa. Editores. Normas de Diagnóstico y Tratamiento de Cirugía 1ra Edición. p. 18-23

Temple CL, et Apendicitis, Lawrence M. Tierney, Jt Stephen J. Mc Phee, Maxine A. Papadakis Diagnostico Clínico y Tratamiento, J. Merigo Jane Editor, Traducción 39 a. Edición, Editorial El Manual Moderno 2011p. 620-622

Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, "Para la Practica de Anestesiologia". "For The Practice Of Anesthesiology"

Torres Miranda J., Gutiérrez Bermúdez I., Instructivo de los DAAR. Almeyda Alcantara J. Norma Técnica de Anestesia, Analgesia y Reanimación para las Instituciones Públicas y Privadas del Sector Salud-Perú 2004. p. 19-25

Parada Barba C, Calvimontes C. G., Moscoso Muñoz M., Parra Gutierrez M., Salas Espinoza J., etc. Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia, Serie de Documentos Técnicos Normativos. Publicación 289, La Paz Bolivia 2013

Havaes Bello C., Evaluact6n del paciente en la recuperaci6n post-an6stesica. en:
Aldrete J. A. (ED): TEXTO DEANESTESIOLOGIATEORICO PRACTICA, M6xico D.F.
Ed Salvat, la ed., Pp. 857-870