

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



**PROTOCOLO DE REFERENCIA PARA HOSPITALES DE TERCER NIVEL E INSTITUTOS  
ESPECIALIZADOS.**

**POSTULANTE: Dra. Ana Lilian Patiño Sandoval  
TUTOR: Dr. Ramiro Walter Narváez Fernandez.**

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título de  
Especialista en Auditoria médica y Gestión de calidad.**

La Paz - Bolivia  
2017

**INFORME  
AUDITORIA MÉDICA  
N°001/2015**

**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**

A: Dr. Carlos Tamayo Caballero.  
**Coordinador Académico Post Grado - UMSA**

Vía: Dr. Ramiro Walter Narvárez Fernández.  
**Tutor.**

De: Dra. Ana Lilian Patiño Sandoval.  
**Cursante.**

Fecha: 11 de diciembre de 2015

Objeto: Caso: Niño (+) Angel Bueno Aramayo.  
Servicio de UTIP  
Hospital SIGRANU  
Chuquisaca – Bolivia.

.....

**1.- ANTECEDENTES, OBJETIVO, OBJETO, ALCANCE Y METODOLOGIA**

**1.1 ANTECEDENTES**

Considerando que la calidad es el principio doctrinal a estar inmerso en toda actividad del Sistema de Salud, el vértice de donde parte el Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), para los establecimientos más complejos como ser los hospitales de 2do y 3er nivel, la ley N° 3131 del Ejercicio médico profesional, establece la existencia de un Comité de Gestión de Calidad y Auditoría médica que está bajo la tuición y coordinación del denominado gestor de la calidad, cuya finalidad es establecer medidas propositivas, preventivas y correctivas, para el mejoramiento de los servicios de salud en todo el territorio nacional, con calidad y satisfacción de los usuarios.

Su ámbito de aplicación está enmarcado en instituciones, establecimientos, dependencias y servicios del Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores Públicos de la Seguridad Social y Privado con y sin fines de lucro, bajo el rol rector del Ministerio de Salud.

La presente Auditoría Médica es del tipo integral, en el marco de la normativa vigente en la institución para regulación de la calidad, de acuerdo al capítulo II, sección I, artículo 18 del "Manual de Auditoría y Norma Técnica".

**1.2 OBJETIVO.**

El propósito de la AUDITORIA MEDICA DE CASO CLINICO ESPECIAL INTEGRAL, es evaluar la calidad de atención médica brindada a un paciente determinado en un

establecimiento de salud, mediante el análisis sistemático y crítico de EC, contrastado con documentación pertinente y la normativa vigente, principalmente en todos aquellos casos de fallecimiento intrahospitalario, infecciones nosocomiales, complicaciones médicas, complicaciones quirúrgicas, permanencia prolongada y re internación antes de los tres días del alta médica, de acuerdo al capítulo II, sección I, artículo 18 del “Manual de Auditoria y Norma Técnica”

### **1.3 OBJETO.**

El objeto del presente informe consiste en realizar Auditoria Médica de caso clínico especial integral de calidad, del expediente clínico del paciente (+) Ángel Bueno Aramayo atendido en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital SIGRANU.

### **1.4 ALCANCE.**

De acuerdo a requerimiento del Coordinador Académico Post Grado – UMSA, se realiza auditoria médica de caso clínico especial integral de calidad en el paciente (+) Angel Bueno Aramayo, atendido en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital SIGRANU.

### **1.5 METODOLOGIA**

Para el presente informe de Auditoría Médica, se considero las técnicas y disposiciones legales vigentes:

La Auditoria en cualquiera de sus formas se realizará indefectiblemente contrastando las situaciones analizadas, con las leyes, principios, reglas, normas, protocolos, procedimientos y fichas técnicas que estuvieran vigentes en nuestro país. En ausencia de estos instrumentos normativos, se acudirán como normas supletorias a las normas vigentes en países extranjeros reconocidas por la comunidad internacional (OPS/OMS), o a la lex artis basada en evidencia científica y reconocida por las Sociedades Científicas pertenecientes a los colegios profesionales en salud. (Manual de auditoria en salud).

### **1.6 REFERENCIAS**

Solicitud de Auditoria Médica Especial Integral para optar al título de especialista en Auditoria médica y Gestión de Calidad

## **2. RESUMEN DEL CASO CLINICO**

Paciente de sexo masculino de 3 años y 11 meses de edad, con peso de 17 Kg, S.C 0.70 m2, y talla de 104 cm., datos proporcionados por la madre. Se trasladó el paciente al centro de salud de Villa Cerrano, donde es valorado y referido al Hospital de Patiño, donde realizaron radiografía AP de tórax en el que se observa en campo pulmonar derecho signo de atelectasia y signos de atrapamiento aéreo en pulmón izquierdo. Paciente con signos de dificultad respiratoria, abren vía con 1500 x SC y se inicia antibióticos cloxacilina y cefotaxima. Decidiendo su referencia al Hospital SIGRANU de tercer nivel, en ambulancia, con oxígeno. Llegan al servicio de urgencias con nota de referencia del Hospital Patiño de

segundo nivel, con los diagnósticos de Ingesta de cuerpo extraño (poroto) a Horas 17:00 pm del 29/6/15, con presencia de cianosis, dificultad para respirar.

Posterior a la ingesta presenta tos, náuseas y signos de dificultad respiratoria, cianosis peri bucal. Los padres comienzan a realizar maniobras de desobstrucción golpeando en la espalda y levantando al niño boca abajo mejorando aparentemente el cuadro.

### **Primer día de internación: (29/8/15)**

Paciente ingresa a pediatría en regular estado general acompañado por personal de salud y familiar. Consciente, afebril, taquipneico con 38 rpm, saturación de oxígeno a medio ambiente 83% con signos de dificultad respiratoria, retracción subcostal, cianosis peri bucal, FC 132 por minuto T 36,7 C valorado por médico de UTIP quien indica internación UTIP.

- Paciente ingresa a UTIP en regular estado general afebril, taquipneico con FR 40 por minuto, FC 132 lpm, saturación de oxígeno a aire ambiente 78% con signos de dificultad respiratoria. Al examen físico leve cianosis peri bucal, retracción subcostal leve. Tórax asimétrico mayor expansibilidad de hemitórax izquierdo, se ausculta disminución en la entrada de aire en campo pulmonar derecho, roncus esporádicos, pulsos periféricos perceptibles relleno capilar menor 2 segundos. PA 93/67 mmHg PAM 72 mmHg.
- Según **nota de enfermería** paciente ingresa en camilla en muy mal estado general, con los diagnósticos de cuerpo extraño en vía aérea, insuficiencia respiratoria. Dentro del plan de ingreso midazolam, ketamina, monitorización continua, entubación endotraqueal, atropina.
- Se comunica a madre del niño sobre el estado de salud y las posibles complicaciones futuras, la falta de especialista (neumólogo intensivista) en la ciudad, conducta terapéutica necesaria en UTIP, la misma acepta los riesgos y complicaciones posibles.
- Realizan sedo-analgesia, entubación endotraqueal dificultosa con tres intentos fijado a 12 cm, es aceptado en Asistencia Mecánica Ventilatoria Modo Mandatorio Controlado con parámetros bajos. Solicita Radiografía de tórax y laboratorios. Se inicia Cloxacilina y cefotaxima como profilaxis. En el transcurso de la guardia presenta vómitos de tipo alimentario en cuatro oportunidades en una de ellas elimina poroto. Se extuba accidentalmente y se mantiene con oxígeno por mascarilla. Paciente con mejor ventilación, saturación 89%, se descontinúa ketamina.
- Nueva Radiografía de tórax que evidencia mejor ventilación de ambos campos pulmonares. Laboratorio dentro de parámetros normales.
- 07:30 del mismo día paciente presenta saturación de 88% con cánula por lo que se procede a entubación, posterior administración de midazolam y morfina, con dificultad. Se deja sonda orogástrica a caída libre con débito ligeramente gástrico con estrías de sangre. Se solicita TAC de tórax simple. A la auscultación de pulmón derecho rales crepitantes escasos. Gasometría arterial compatible con

alcalosis respiratoria, hipoxemia. Afebril. Radiografía de tórax muestra tubo endotraqueal a nivel del segundo espacio intercostal.

- Es llevado a tomografía con soporte ventilatorio y monitorizado. Llega reporte de gasometría arterial compatible con alcalosis respiratoria. (pH 7,43; PCO<sub>2</sub> 31,4; PO<sub>2</sub> 62; HCO<sub>3</sub> 21,2; PO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> 72,9)
- Tomografía con velamiento de campo pulmonar derecho, con imagen radioluciente de 14 mm aproximadamente en cortes transversales a nivel de bronquio principal derecho, que anula ingreso de aire a campo pulmonar. Valorado por Cirugía pediátrica quien solicita interconsulta con cirugía endoscópica para conducta y tratamiento. Considera caso de cirugía o toracotomía con dificultad por no contar separador auto estático tipo Gossett. Situación que se hace conocer a jefatura de personal.
- Se coloca sonda vesical por presentar globo vesical. Hemodinamicamente compensado sin necesidad de administrar inotrópicos. En espera de llegada del Doctor Zambrana de Santa Cruz (neumólogo).
- 20:45 Paciente se extuba accidentalmente, con mala mecánica ventilatoria, se decide reintubar, procedimiento dificultoso, campo pulmonar derecho con murmullo vesicular ausente, subcrepitantes a predominio de base campo pulmonar izquierdo con buena entrada de aire, murmullo vesicular con crepitantes.
- Sonda nasogástrica con debito lácteo porraceo.

### **Segundo día de internación. (30/6/15)**

Diagnósticos de establecidos de Cuerpo extraño en vía aérea (fuente derecha). Neumotórax pulmonar, atelectasia masiva campo pulmonar derecho. Gasometría compatible con alcalosis respiratoria que se corrige. Saturación 93%. Sonda nasogástrica con debito lácteo porraceo

Se realiza Ecopleura derecha imágenes hiperecogénicas dispersas en una cantidad de 45,5 ml aproximadamente de contenido mixto. Valorado por cirugía pediátrica llegando al diagnóstico de neumotórax derecho por lo que se coloca drenaje pleural bajo agua, burbujeo. Procedimiento bien tolerado. (En segundo espacio intercostal derecho, línea medio clavicular). Se coloca vía central femoral derecha con éxito, se saca placa de control y se deja conectado a sedación.

Hemodinamicamente compensado sin requerimiento de inotrópicos. Se aspira tubo endotraqueal en tres oportunidades, obteniéndose secreción mucosas densas sanguinolentas en moderada cantidad. Presenta resistencia a la sedación por lo que se realiza dosis de rescate.

Se realiza prueba a tolerancia gástrica a través de la sonda, responde positivamente, tolerando su toma de leche 20 ml/cada 6 horas.

### **Tercer día de internación. (1/7/15)**

Con Asistencia Mecánica Ventilatoria Modo Mandatorio Controlado, bajo sedo-analgésia, con goteo continuo de fentanilo, midazolam y atracurio, requiriendo rescates. Laboratorio reporta Hb 10,9 g/dl y Ht 34% sugerente de anemia moderada con patología respiratoria, plan, transfusión de paquete globular 13 ml/Kg EV para preparación de procedimiento y por patología de base.

Se coloca en decúbito lateral derecho con lo que mejora su saturación llegando a 94%. Llega resultado de gasometría arterial compatible con alcalosis metabólica. Se baja PIN a 23 y FR a 15.

Drenaje pleural bloqueado, persiste atelectasia pulmonar.

#### **Cuarto día de internación. (2/7/15)**

Paciente críticamente enfermo en mal estado conectado a Asistencia Mecánica Ventilatoria Modo Mandatorio Controlado, bajo estricto control clínico, continúa con goteo de midazolam, fentanilo y atracurio resistente a la sedo analgesia. Se realiza dosis de rescate en cuatro oportunidades. Con tendencia a la bradicardia por medicación, con ritmo sinusal. Mantiene saturación 88 a 93%.

Gasometría de control de la mañana reporta 7,43/44/54/30/5,5 PAFI 91 con hipoxemia. Radiografía de control de tórax muestra retracción de la silueta cardiaca hacia el lado derecho. Se observa tendencia a la bradicardia por medicación, con ritmo sinusal. En decúbito lateral derecho. Continúa con sello pleural no oscilante. Afebril desde su ingreso. Se comunica al padre el estado clínico del paciente y la gravedad. Se programa para el día siguiente broncoscopia. Se deja NPO desde las 24:00 para procedimiento quirúrgico. Se coloca línea arterial.

#### **Quinto día de internación. (3/7/15)**

Paciente crítico con tendencia a la bradicardia. Inadaptado al ventilador por lo que se administra rescate de sedo analgesia y relajante muscular por razón necesaria. Disminuye dosis de midazolam y fentanil. Hemodinámicamente estable sin apoyo de inotrópicos. Afebril.

Gasometría arterial sugerente de alcalosis metabólica, hipóxico. Se modifica parámetros de respirador. Se aspira TET en cuatro oportunidades, secreción mucosa blanquecina moderada a escasa cantidad. Continúa con drenaje pleural en el segundo espacio intercostal en la línea medio clavicular con líquido sero-hemático en trayecto, oscilando, pero no burbujea. En espera de fibrobroncoscopia. Campo pulmonar izquierdo con regular entrada de aire, murmullo vesicular con crepitaciones a predominio de base.

Trabajadora social informa que Neumólogo no acudirá el día de hoy al hospital, por lo **que se reprograma acto quirúrgico para el día siguiente.**

Nueva gasometría reporta acidosis respiratoria compensada con alcalosis respiratoria compensada.

Presenta hipertermia en dos oportunidades, se administra antipiréticos y medios físicos con lo cual sede.

#### **Sexto día de internación. (4/7/15)**

Paciente críticamente enfermo en mal estado general, conectado a Asistencia Mecánica Ventilatoria Modo Mandatorio Controlado, con saturación 85%, alzas térmicas, resistencia a la sedación. Febril, con goteo continuo de dopamina. Se toma muestra para hemocultivo, urocultivo de secreciones para rrote de antibióticos, sospecha de sepsis asociado a ventilador. En visita médica se rota antibiótico a ciprofloxacina y vancomicina se deja en NPO para procedimiento.

Electrocardiograma normal.

Valoración pre quirúrgica refiere cirugía propuesta extracción de cuerpo extraño bajo anestesia general. Índice de riesgo cardíaco, evaluación central del riesgo 14/53. GIII 13 – 25 Riesgo muy aumentado. Monitoreo cardíaco 14.

**18: 30 Inicia procedimiento quirúrgico y finaliza 19:30.** Diagnostico operatorio, cuerpo extraño en vía aérea, cirugía planeada broncoscopia, riesgo operatorio grave, anestesia general, local. Dentro de los incidentes y accidentes intraoperatorios se observa descompensación hemodinámica post extracción cuerpo extraño. Cuantificación de sangrado escaso. Medicación intraoperatoria lidocaína en vía aérea.

Hallazgo: laringe normal, tráquea tercio inferior presencia de abundantes secreciones mucopurulentas, se encuentra cuerpo extraño enclavado en bronquio fuente derecha se inicia extracción por partes. Se explora hasta bronquio intermedio. Posteriormente indica realizar gasometría arterial, paciente entra en paro cardiorespiratorio, se administra atropina con lo que sale de la crisis y nuevamente vuelve a descompensarse, no se encuentra pulsos. Periféricos, débiles, cianosis general.

Se vuelve a reanimar, se administra amiodarona, adrenalina, noradrenalina, dopamina los tres medicamentos por bomba de infusión, hipotensión por lo que se pasa volumen de líquido, gelofusine.

Se comunica a los padres sobre clínica del paciente, continuando bajo control estricto.

22:00 Retorna de quirófano con goteo de inotrópicos.

#### **Séptimo día de internación. (5/7/15)**

Paciente en mal estado general, febril no sede a antipiréticos ni medios físicos. Saturación 98%. Se decide disminuir goteo de adrenalina y dopamina lentamente. Transfusión de plasma congelado fresco y crio precipitados lento en tres horas, con buena tolerancia. Presenta extrasístoles, se solicita ionograma, se realiza corrección de potasio. Presenta enfriamiento distal de miembros superiores e inferiores. Se realiza aspiración de tubo endotraqueal en dos oportunidades obteniéndose secreción mucosanguinolenta en moderada cantidad.

### **Octavo día de internación. (6/7/15)**

Paciente con los diagnósticos de Cuerpo extraño en vía aérea (fuente derecha) extraído por broncoscopia rígida. Choque séptico refractario, insuficiencia respiratoria, Neumotórax derecho con sello pleural derecho, paciente crítico. Se mantiene febril durante todo el día. Sonda nasogástrica con débito porraceo. Aspiración de tubo endotraqueal con secreción sanguinolenta mucosa, espesa. Se pide cultivo de punta de catéter. Gasometría arterial sugerente de alcalosis metabólica que se corrige con bicarbonato. Se inicia hidrocortisona para tratar shock refractario o inotrópico, presenta extrasístoles. Se inicia fluconazol. Aún pendientes cultivos. Abdomen blando, plano, depresible RHA positivos en ayunas, sonda con débito bilioso y porraceo. Se cambia ranitidina a omeprazol y sucralfato alejado de dosis de ciprofloxacina.

Paciente persiste febril, se decide rotar antibiótico a imipenem, clindamicina, vancomicina. Con apoyo de inotrópico catecolaminas a dosis de infusión continua en límite superior, cursa con shock séptico refractario a catecolaminas con apoyo de adrenalina, noradrenalina e hidrocortisona bajo sedo analgesia y paralizante muscular. Continúa febril que sede a antipirético y medios físicos, con mala perfusión distal, piel marmórea, hemodinámicamente inestable con tendencia a la hipotensión. Taquicárdico persistente se decide expansión e incremento de adrenalina, con baja respuesta, se decide transfundir paquete globular. Continúa inestable hemodinámicamente, llenado capilar mayor a 3 segundos, frialdad distal.

Se comunica con familiares del menor para comunicar sobre evolución clínica y que acudan al servicio.

23:45 presenta sangrado masivo por tubo endotraqueal para lo que se administra adrenalina en dilución con lo que se logra leve mejoría. Se transfunde paquete fresco 10 ml/kg en 30 minutos.

### **Noveno día de internación. (7/7/15)**

A horas 00:10 presenta paro cardiorespiratorio se procede a reanimación avanzada con ventilación a presión positiva, masaje cardiaco y administración de catecolaminas. Se administra adrenalina, corrección de magnesio y calcio. Paciente continúa taquicárdico.

00:50 Paro cardiorrespiratorio irreversible a pesar de administración de adrenalina y masaje cardiaco, con asistolia.

Paciente fallece.

#### **Diagnósticos:**

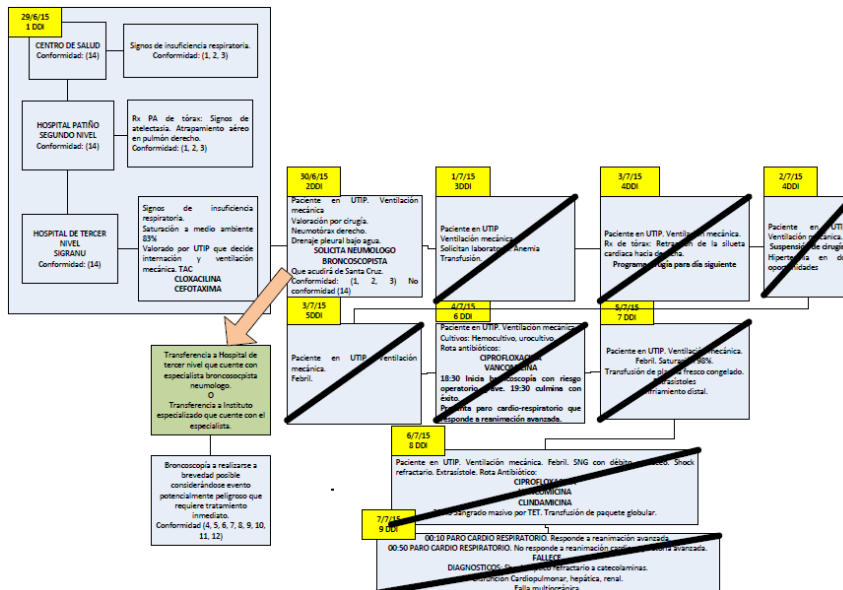
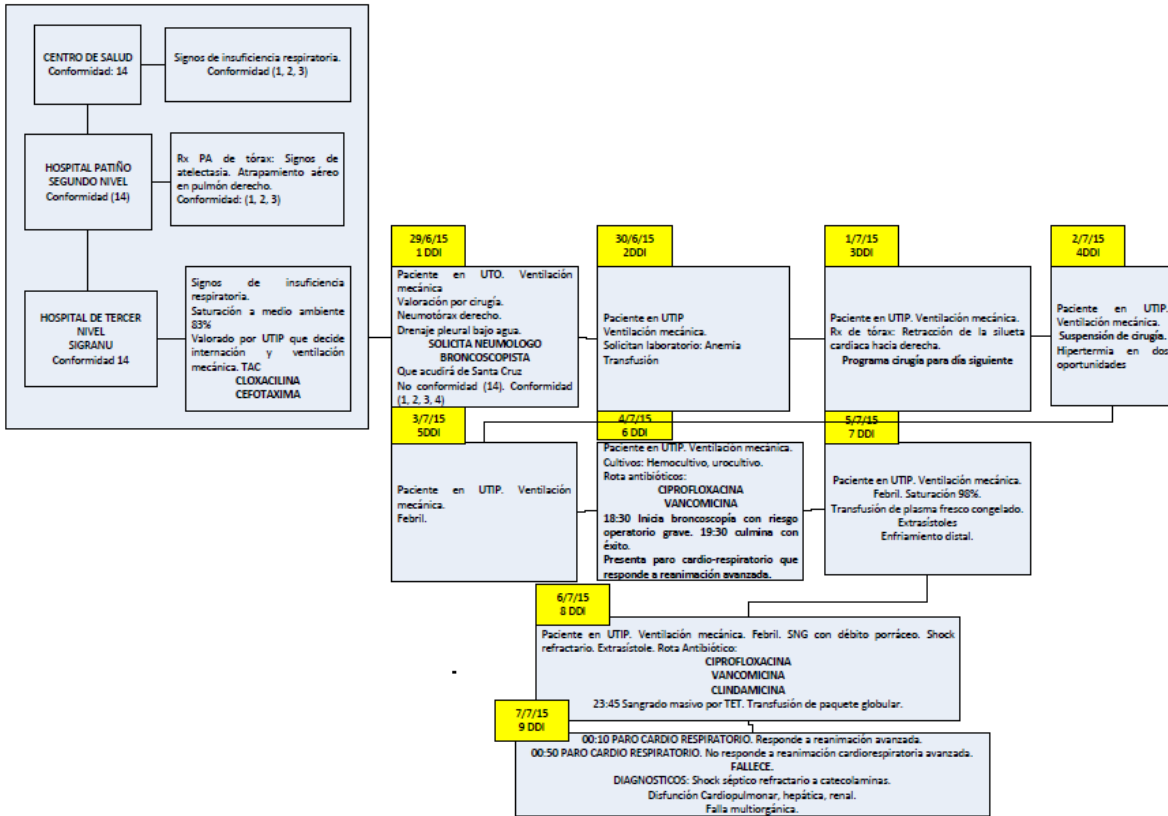
- Shock séptico refractario a catecolaminas.
- Disfunción cardiopulmonar, hepática, renal.
- Falla multiorgánica.
- Insuficiencia respiratoria.
- Cuerpo extraño en vía aérea (fuente derecha) extraída.







# GUIA TECNICA



### **3. HALLAZGOS DE AUDITORIA.**

1. Paciente entubado por insuficiencia respiratoria. Saturación 79%.
2. Requiere dosis de rescate durante su internación.
3. Equilibrio hidroelectrolítico calculado y repuesto diariamente.
4. Equilibrio acido base con gasometrías arteriales, modificación de respirador, y manejo de bicarbonato.
5. Cirugía pediátrica refiere que no cuenta con separadores adecuados para cirugía.
6. Tubo de avivamiento no oscila ni burbujea.
7. Uso de antibióticos (cloxacilina, cefotaxima) como profilaxis.
8. No se cuenta con cultivos.
9. Hospital de tercer nivel de atención, de referencia departamental no cuenta con neumólogo broncoscopista.
10. Información otorgada a familiares, sin firma de los mismos.
11. Consentimiento informado que cuenta con firma, resto del documento no se encuentra llenado.
12. No se evidencia nota preoperatoria de neumólogo broncoscopista.
13. Protocolo operatorio sin evidencia de circulante e instrumentadora.
14. Nota post operatoria realizada por cirujano pediatra, no por neumólogo broncoscopista.
15. No existe seguimiento por neumólogo broncoscopista.
16. Expediente clínico con correcciones.

#### **OBSERVACIONES:**

#### **CONFORMIDADES:**

1. Con la referencia del paciente a un nivel de mayor complejidad y el manejo especializado.  
De acuerdo a la normativa de referencia y contrarreferencia del Ministerio de Salud y Deportes. Departamento técnico de Salud. Gestión 2008. P 30 – 32.
2. Con la coherencia entre el cuadro clínico (anamnesis y examen físico), diagnóstico de ingreso presunción diagnóstica y diagnóstico definitivo.  
De acuerdo a la normativa de Diagnóstico y tratamiento médico de emergencias en pediatría. Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Nacional de Seguros (INASES) – Departamento Técnico de Salud. Gestión 2008. P 24 – 26.
3. Coherencia y oportunidad entre el cuadro clínico y solicitudes de interconsulta.  
De acuerdo a la norma de conducta medico sanitaria del Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Nacional de Seguros (INASES)- Departamento técnico de salud. Gestión 2008. P 33 – 34.

#### **NO CONFORMIDADES:**

4. Con la oportunidad entre diagnóstico y tratamiento por neumólogo broncoscopista.  
Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea en niños de 2 a 12 años en el tercer nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: ISSSTE-526-11. P14

5. Con la falta de referencia oportuna a otro centro hospitalario, que cuente con la especialidad requerida.

Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea en niños de 2 a 12 años en el tercer nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: ISSSTE-526-11. P 5, 16.

De acuerdo a la normativa de referencia y contrarreferencia del Ministerio de Salud y Deportes. Departamento técnico de Salud. Gestión 2008. P 30 – 32.

6. Con la falta de Consentimiento informado de anestesiología, existiendo espacios vacíos.

Obtención del consentimiento informado. Ministerio de Salud y Deportes. Departamento técnico de Salud. Gestión 2008. P 7-9.

7. Con la ausencia de valoración preoperatoria de neumólogo broncoscopista.

Norma técnica de manejo del expediente clínico Art 12.10, 12.10.1 p 11.

#### **4. CONCLUSIONES**

PACIENTE MASCULINO DE TRES AÑOS 11 MESES QUE ACUDE A CENTRO DE SALUD, HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL Y POSTERIORMENTE A HOSPITAL DE TERCER NIVEL PARA RECIBIR LA ATENCIÓN POR ESPECIALISTA CON EL QUE NO CUENTA EL HOSPITAL.

FALTA DE REFERENCIA OPORTUNA A OTRO CENTRO HOSPITALARIO O INSTITUTO QUE CUENTE CON LA ESPECIALIDAD REQUERIDA.

FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGO BRONCOSCOPISTA.

FALTA DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

#### **5. RECOMENDACIONES**

1. AUDITORIA EXTERNA POR FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA REFERENCIA A OTRO HOSPITAL DE TERCER NIVEL O INSTITUTO QUE CUENTE CON LA ESPECIALIDAD REQUERIDA.

2. INSTAURAR UN MANUAL DE REFERENCIA ENTRE HOSPITALES DE TERCER NIVEL E INSITUTOS PARA PODER CONTAR CON ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO OPORTUNO.

3. INSTRUIR AL AREA ADMINISTRATIVA REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA CONTAR E INCORPORAR UN PROFESIONAL CON LA ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGO BRONCOSCOPISTA, POR SER UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y DE REFERENCIA DEPARTAMENTAL.
4. INSTRUIR AL AREA ADMINISTRATIVA FINANCIERA TOMAR EN CUENTA LA SOLICITUD DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO.
5. SOCIALIZAR Y CONCIETIZAR LA NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

## **GLOSARIO:**

**ACCESIBILIDAD:** Posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de salud.

**EFICACIA:** Califica logro de los Objetivos. Relacionada directamente con la Disponibilidad, Accesibilidad, Cobertura, Concentración y Calidad de los Recursos.

**EFICIENCIA:** Califica relación entre el logro de un Objetivo y el Recurso utilizado. Se mide con factores como el Costo, Utilización, Productividad, Rendimiento y Beneficio.

**PRESTACIÓN:** Servicio profesional que se otorga a un paciente.

**PROTOCOLOS:** Listado de técnicas y recursos de un proceso de atención. Actúa como guía operativa. Garantiza efectividad con el menor riesgo y con el menor costo. Documento en el cual se describe la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a cierto estado de pérdida de su salud.

**RECURSOS:** Conjunto de bienes de una empresa.

**OPORTUNIDAD:** En el momento requerido utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad del caso.

**CONTINUIDAD:** Secuencia en cada una de las etapas del proceso.

**SUFICIENCIA E INTEGRIDAD:** Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos.

**RACIONALIDAD LOGICO CIENTIFICA:** Mayor evidencia – estado de arte y ciencia

**SATISFACCION DEL USUARIO:** Cultura.

**EFFECTIVIDAD:** Máximo de mejoramiento con la mejor atención.

**EFICIENCIA:** Costo razonable.

**OPTIMIZACION:** Costo/beneficio

**ACEPTABILIDAD:** Deseos y expectativas.

**LEGITIMIDAD:** Conforme a los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes

**EQUIDAD:** Principios justicia

## PLAN DE ACCION RAPIDO:

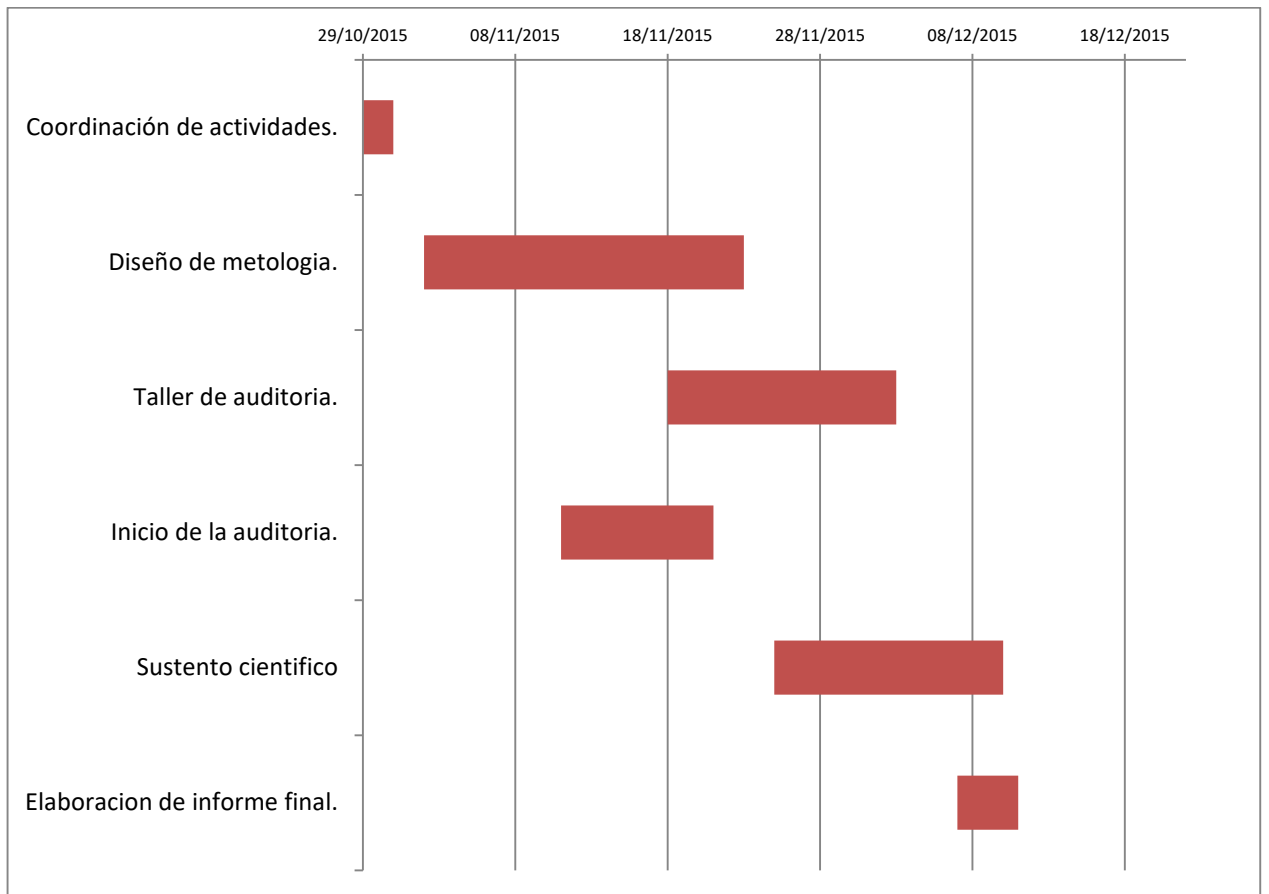
PROBLEMA	CAUSA	RECOMENDACIONES	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
En caso de no contar con la especialidad requerida. <b>Transferir</b> a otro Hospital de tercer nivel que si tenga la especialidad.	Ausencia de especialista Neumólogo broncoscopista	Elaborar un protocolo de referencia para hospitales de tercer de nivel e institutos especializados.	Presencia e implementación del protocolo.	Comité de referencia y contrareferencia
Falta de neumólogo broncoscopista en hospital de tercer nivel.	Ausencia de especialista Neumólogo broncoscopista	Gestionar en RRHH un especialista.	Presencia de especialista con ITEM	Recursos humanos.
Falta de instrumental quirúrgico.	Necesidad de realizar cirugía (toracotomía)	Gestionar el instrumental necesario para las cirugías que realiza el hospital.	Responsable de suministros.	Dos semanas para gestionar la compra, cotizaciones, etc.



## BIBLIOGRAFIA:

1. Aguaron Pérez J, Pimentel Leal M, Quintano Jiménez J. Guía de buena práctica clínica en Insuficiencia Respiratoria. Madrid: International Marketing & communications, S.A.; 2010.
2. Urquieta Clavel V, Picolomini J, Saldaña Imaña Y, Mostajo W, Panoso A, Deheza Valda V et al. Diagnóstico y tratamiento médico de emergencias en pediatría. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
3. Guía Práctica Clínica gpc. Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea en niños de 2 a 12 años en el tercer nivel de atención. Guía de referencia rápida. México; 2011 p. 2-6.
4. Guía Práctica Clínica gpc. Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea en niños de 2 a 12 años en el tercer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. México: Consejo de Salubridad General; 2011 p. 5, 13, 14, 16, 17, 18, 20.
5. Cobo Costa A, Concepción García A, Fernández Sarabia J, García Rodríguez V. Guía de actuación en urgencias pediátrica. 2nd ed. Barcelona: Ergon; 2009.
6. Cabezas L, Kuroiwa M. Cuerpos extraños en vía aérea. MED CLIN CONDES. 2011;22(3):289-292.
7. Alvarado León U, Palacios Acosta J, Chávez Enríques E, Vásquez Gutiérrez V. Cuerpos extraños alojados en las vías aéreas y digestivas. Diagnóstico y tratamiento. Acta Pediatr Mex. 2011;32(2):93-100.
8. Jofré Pavez D. Aspiración de cuerpos extraños en la vía aérea. Lecture presented at; 2015; Pontificia Universidad Católica de Chile.
9. Rodríguez Ogando A, Huerta Aragoneses J, Sanabria Moran E. Atelectasia en niños: ¿qué es lo que parece estar detrás?. Acta Pediatr Esp. 2010;68(8):417-420.
10. Díaz Vásquez C. Mesa redonda: Actualización de Urgencias de Pediatría. Vol. Pediatr. 2004;44(2):70,77.
11. Yanowky Reyes G, Aguirre Jauregui O, Rodríguez Franco E. Cuerpos extraños en vías aéreas. Archivos de medicina. 2013;9(21):1-7.
12. Hospital Dr. Gustavo Fricke. Enfermedades respiratorias infantiles. Viña del Mar Quillota: Ministerio de Salud; 2013 p. 5,6,10.
13. Luna Orosco Eduardo J. Guía básica de conducta medico sanitaria. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
14. Tijerina Ortiz M, Soto Villalta J, Flores Velasco O. Norma Nacional de referencia y contrarreferencia. La Paz: Ministerio de salud y deportes; 2008.
15. de la Gálvez Murillo A, Luna Orosco Eduardo J. Obtención del consentimiento informado. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008, p 8.

## **PLANIFICACION:**






# HOSPITAL SIGRANU

**PROTOCOLO DE REFERENCIA PARA HOSPITALES  
DE TERCER NIVEL E INSTITUTOS  
ESPECIALIZADOS.**


***ENERO - 2016***

	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA PARA HOSPITALES DE TERCER NIVEL E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS.</b>	Código:1
		Rev. A
		Página 2 de 6

## INDICE

<b>Nº</b>	<b>SUBTITULO</b>	<b>PAGINA</b>
1	INTRODUCCION	3
2	OBJETIVO DEL MANUAL	4
3	ALCANCE	4
4	MARCO JURIDIO	4
5	CRITERIOS DE DISEÑO	4
6	REFERENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS.	4
7	PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA	5
8	BIBLIOGRAFIA	6

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre</b>	Dra. Ana Lilian Patiño Sandoval	Dr. Ramiro Narvaes Fernandez	Dr. Carlos Tamayo
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	20.7.2015	20.01.2016	4.02.2016

	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA PARA HOSPITALES DE TERCER NIVEL E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS.</b>	Código:1
		Rev. A
		Página 3 de 6

**1. INTRODUCCION.**

La prestación de servicios a nivel hospitalario debe ser ordenada, de calidad, a fin de que los procedimientos de transferencia entre Hospitales de tercer nivel e institutos especializados, sean definidos en el presente instrumento técnico jurídico para contribuir a que en cada Hospital se pueda contar con la opción de una transferencia segura y un tratamiento adecuado y rápido para los pacientes en caso de no contar con algún recurso para poder brindar solución al paciente.

**2. OBJETIVO DEL MANUAL.**

Garantizar la práctica de una transferencia oportuna, adecuada para asegurar la atención y resolución del problema que aqueja al paciente.

**3. ALCANCE.**

Es aplicable a todo el personal de salud.

**4. MARCO JURIDICO.**

Constitución política del estado.

Ley 3131 del ejercicio medico profesional.

Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia.

Norma de bioseguridad.

Reglamento para la aplicación de la norma Boliviana de Bioseguridad en establecimientos de salud.

**5. CRITERIOS DE DISEÑO:**

La universalidad del conocimiento, aplicación de la transferencia oportuna dentro del hospital Juan XXIII.

**6. REFERENCIA DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**

La norma nacional de referencia y contrarreferencia refiere que para realizar este debe considerarse la capacidad resolutive. Asegurar que este procedimiento sea oportuno y adecuado. Y que en este procedimiento se asegure la continuidad, integralidad, efectividad.

Este procedimiento debe realizarse posterior a una junta médica o por decisión del médico que considere que la vida del paciente se encuentra comprometida. Cuando el tratamiento que necesita el paciente tiene especificidades que superan el nivel de resolución del establecimiento.

**Las indicaciones de referencia entre hospitales de tercer nivel e institutos son:**

El traslado del paciente siempre será en condiciones estables. Si requiere envío a otra unidad, es indispensable gestionar su traslado, bajo las mejores condiciones de seguridad en una ambulancia que cuente con los insumos, equipos, personal médico y enfermera para la máxima seguridad y soporte del paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Dra. Ana Lilian Patiño Sandoval	Dr. Ramiro Narvaes Fernandez	Dr. Carlos Tamayo
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	20.7.2015	20.01.2016	4.02.2016



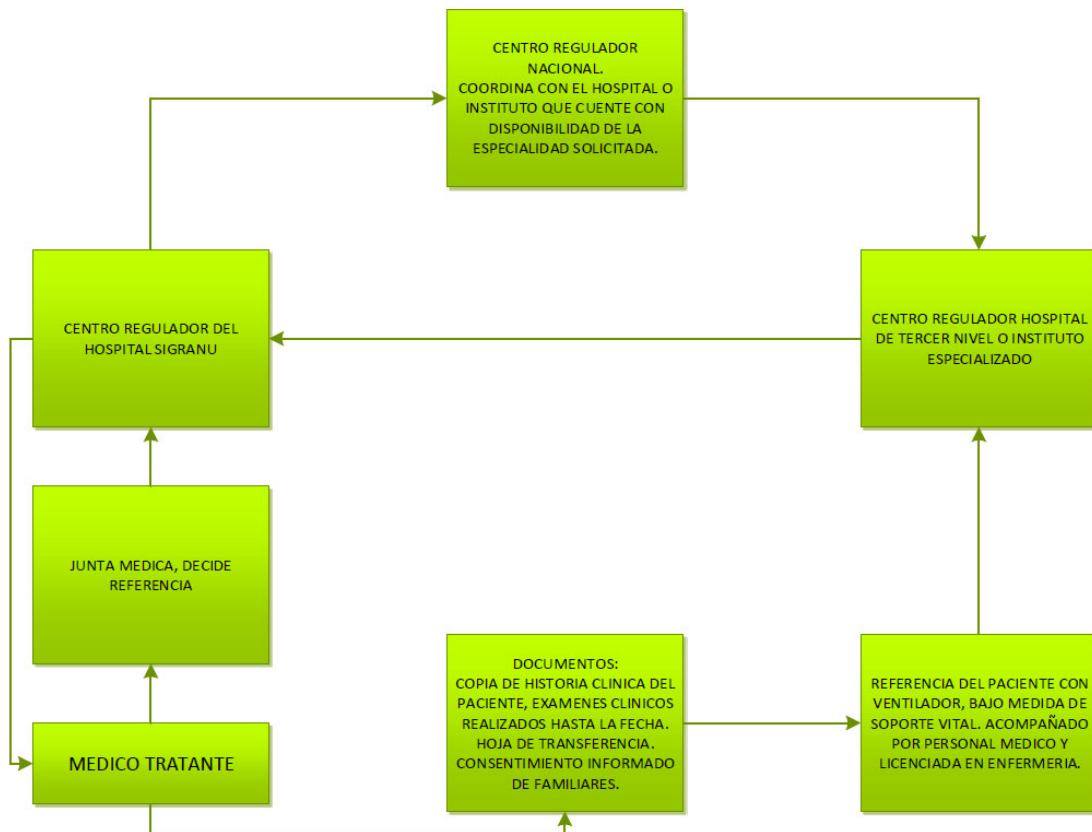
**PROTOCOLO DE REFERENCIA PARA HOSPITALES DE TERCER NIVEL E  
INSTITUTOS ESPECIALIZADOS.**

Código:1


Rev. A

Página 4 de 6

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA ENTRE HOSPITALES DE TERCER NIVEL E  
INSTITUTOS.**




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Dra. Ana Lilian Patiño Sandoval	Dr. Ramiro Narvaes Fernandez	Dr. Carlos Tamayo
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	20.7.2015	20.01.2016	4.02.2016

	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA PARA HOSPITALES DE TERCER NIVEL E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS.</b>	Código:1
		Rev. A
		Página 5 de 6

## 7. BIBLIOGRAFIA:

1. Plan de Desarrollo Sectorial. 2006 a 2011. Ministerio de Salud y Deportes. 2007.
2. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Serie Documentos técnicos Normativos. Pub. 4. MSyD. 2007.
3. Plan Nacional de Desarrollo. Ministerio de Planificación y Desarrollo. Bolivia. 2006.
4. Norma Técnica para la Referencia y la Contrarreferencia. Ministerio de Salud, Nicaragua, UNICEF, 2006.
5. Rovere M. Redes de Salud; los grupos; las instituciones; la comunidad 2ª. Edición. Editorial El Agora. 2006.
6. Manual del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Sistema de Salud. SEDES Santa Cruz. 2006
7. Cardona J.M. Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base – PROHISABA. BOL/B7-310/98/245. Asistencia Técnica para la Elaboración de una Herramienta de Planificación y Evaluación de las Redes de Salud. Informe 1ª. Fase: Octubre Diciembre 2006 CREDES / BCEOM. 2006.
8. García J. Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. <http://graciaserven.blogspot.com/2006/10/sistema-de-referencia-ontrarreferencia.html>
9. Kudelka A. Participación Comunitaria y Control Social. Salud Pública Boliviana. N°58. Pág. 85. 2005.
10. Rovere M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. 2ª. Edición. OPS/OMS. Washington DC. 2005.
11. Niveles de atención y estructuración urbano rural de las redes de servicio. Foro Abierto de Políticas de Salud. OPS / OMS. 2005.
12. Fortalecimiento de Redes de Salud. Guía Técnica de procesos para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. DGS. MSyPS. 2004.
13. Andrade L. Sistema de salud en Brasil: Normas, Gestión y Financiamiento. Ed. UVA. 2002.
14. Redes de servicios y redes sociales para el desarrollo de la salud materna y neonatal. UNAP. MSyPS . Ed. El Gráfico. 2001.
15. Paco R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Serie Paltex Salud y Sociedad. N° 4. OPS / OMS 2000.
16. Planificación Estratégica en la gestión en salud. Proyecto ACDI/SCI: Desarrollo de Capacidades para la Reforma de Salud en Bolivia. 2000.
17. Lineamientos Metodológicos para la realización de Análisis Funcionales de las Redes de Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre</b>	Dra. Ana Lilian Patiño Sandoval	Dr. Ramiro Narvaes Fernandez	Dr. Carlos Tamayo
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	20.7.2015	20.01.2016	4.02.2016

	<b>PROTOCOLO DE REFERENCIA PARA HOSPITALES DE TERCER NIVEL E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS.</b>	Código:1
		Rev. A
		Página 6 de 6

18. Sansó F., Propuesta de Modelo de Referencia y Contrarreferencia en el Sistema de Salud Cubano. Rev. Cubana Med. Gen. Integr, 15:613-20, 1999
19. Vaughan P. Morrow R. Salud Comunitaria. Ed. Latinoamericana. 1997.

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre</b>	Dra. Ana Lilian Patiño Sandoval	Dr. Ramiro Narvaes Fernandez	Dr. Carlos Tamayo
<b>Firma</b>			
<b>Fecha</b>	20.7.2015	20.01.2016	4.02.2016