PROTOCOLO
EVALUACIÓN PRE – ANESTÉSICA

	Responsable Elaboración	Revisó	Aprobó
Nombres	Dra. Viviana Portilla Gaete	Dr. Patricio Montes Cruzat EU. Mª Teresa Inzunza Aguilera	Dr. Ignacio Hernández Navarro
Cargo	Jefe CC Anestesia y Pabellón Quirúrgico	Subdirector Médico (S) Encargada U.C. y S.P.	Director
Firma			

RESOLUCIÓN DE VALIDACIÓN



HOSPITAL ROBERTO DEL RIO
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DE PERSONAL Y REMUNERACIONES
DR.IHN/CAZ/tfb.-
07-05-2011 N° 1736

0 0 1 4 6 2 .. 12 05 2011

RESOLUCIÓN EXENTA Nº_____/

SANTIAGO,

VISTOS: Providencias. Nºs 910/2011 de Subdi.RR.HH y 1299/11 Dirección, Mm. N° 08/2010 de Encargada Unidad Calidad y Seguridad de Pacientes, Artículo 20° del D.L. 01/2005, Artículo decimoquinto transitorio de la Ley 19.937 y Artículo 1° transitorio de la Ley 20.319/2008, D.L 140/2004 del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Artículo 46, Resolución N°1600/08 de la Contraloría General de la República, Resolución N° 96/2010 de Delegación, dicto la siguiente.:

R E S O L U C I O N :

1.- **APRUEBASE, PROTOCOLO DE EVALUACION PRE – ANESTESICA,** elaborado por el Equipo del CC Anestesiología y Pabellón Quirúrgico del Hospital de Niños Roberto del Río.

ANOTESE Y COMUNIQUESE

DR. IGNACIO HERNANDEZ NAVARRO
DIRECTOR
HOSPITAL ROBERTO DEL RIO

TRANSCRITO FIELMENTE
D. ANGELINA ARAOS CALDERON
MINISTRO DE FE

Distribución:
- Dirección H. R. del Río.
- Subdirección Rec. Humanos.
- Unidad de Auditoria.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Encargada U.C y S.P.
- Unidad de Anestesia y Pabellón
- Unidad de Personal.
- Partes R. del Río.

HOJA DE ACTUALIZACIONES DEL PROTOCOLO

Elaborado	Validado	Autorizado	Páginas Sustituidas	Fecha de Modificación		
				Día	Mes	Año

INDICE

Página

1. INTRODUCCIÓN 5
2. PROPÓSITO 5
3. OBJETIVOS 5
4. ALCANCE 5
5. RESPONSABILIDAD 5
6. REGISTROS 6
7. PROCEDIMIENTO 6
8. EVALUACIÓN PRE – ANESTÉSICA 6
9. EVALUACIÓN/INDICADOR 7
10. BIBLIOGRAFÍA 7
11. ANEXOS 8

PROTOCOLO EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

1. INTRODUCCIÓN:

Todo procedimiento quirúrgico supone un estrés físico y emocional en la vida de un niño o niña y su entorno. Toda intervención que aumente la calidad y seguridad del proceso, sin duda tendrá un impacto benéfico tanto para el paciente y su familia, como para el equipo de salud comprometido.

2. PROPÓSITO:

El propósito de la evaluación pre-operatoria, es mejorar la calidad asistencial, al tratar de reducir la morbi-mortalidad asociada a los procedimientos anestésicos/quirúrgicos, optimizando las condiciones del paciente y elaborando una estrategia para el manejo anestésico. (Sociedad de Anestesiología de Chile)

3. OBJETIVOS:

Los objetivos específicos de la evaluación pre-anestésica del niño son:

- Conocer la enfermedad y características del paciente; permitir el tratamiento de patologías concomitantes; evaluar riesgos y preparar psicológicamente a pacientes y tutores.
- Elaborar un plan anestésico que permita la mejor preparación para el acto quirúrgico/anestésico, minimizar complicaciones, asegurar confort peri-operatorio y programar adecuada analgesia postoperatoria.
- Informar este plan y sus posibles complicaciones al paciente y a sus padres o tutores, incluyendo recomendaciones para el ayuno.
- Obtener el Consentimiento.
- Aumentar la satisfacción de los pacientes, sus padres o tutores y de los equipos quirúrgicos.
- Disminuir las suspensiones de pabellones programados por falta de estudio o mala preparación del paciente y disminuir los costos por estar el estudio más centralizado.

4. ALCANCE:

Se aplicará a todos los pacientes programados para cirugía, o procedimientos con anestesia o sedación profunda en el CC Anestesia y Pabellones Quirúrgicos de la Institución, tanto electivos como de urgencia.

5. RESPONSABILIDAD:

- La realización de la Evaluación Preanestésica, será de responsabilidad de los Anestesiólogos.
- Los Médicos Cirujanos tendrán la responsabilidad de la derivación pertinente y oportuna según los criterios de esta guía.
- La asignación de horas de Anestesiología para este propósito será de responsabilidad del Jefe de CC Unidad de Anestesia y Pabellón.

6. REGISTROS:

Se consignará en el registro “Evaluación Pre-Anestésica.” (Anexo 2)

7. PROCEDIMIENTO:

7.1 Luego de efectuada la Indicación de “Tratamiento Quirúrgico” por el médico tratante, el paciente debe ser derivado según VALORACIÓN DEL RIESGO SEGÚN ESTADO FÍSICO A.S.A. (Anexo 1) en alguna de las siguientes modalidades:

a. Paciente sin patología asociada o ésta esta controlada y compensada (ASA I o II)

Evaluación pre-anestésica inmediata. Consiste en la Evaluación pre-anestésica que realizará el Anestesiólogo asignado, el mismo día de la cirugía, minutos antes del ingreso al quirófano, en la unidad de Pre Anestesia.

b. Paciente con patología asociada (ASA III o IV)

- **Policlínico de Anestesia en CAE para pacientes ambulatorios:** Es la consulta externa de la especialidad, que forma parte del Consultorio Adosado Externo (CAE) de nuestra institución. El paciente debe ser enviado por medio de Interconsulta vigente al SOME, donde se le asignará fecha y hora para ser visto en este policlínico.

- **Evaluación en su cama para pacientes hospitalizados:** Se solicita por envío de Interconsulta vigente, en horario hábil, a la Secretaria o al Funcionario (a) de la Sala de Pre - anestesia de Pabellón, quien la entregará al Anestesiólogo disponible para esta actividad.

7.2 Con el fin de disminuir el tiempo de estudio preoperatorio al mínimo, los pacientes con patología asociada deben ser derivados con evaluación por especialistas de su patología realizada y con estudio de laboratorio iniciado. Los informes de otros especialistas quedan limitados al ámbito de sus competencias, y no constituirán en sí mismos "pase para recibir anestesia."

7.3 Es importante la derivación del paciente a los Anestesiólogos con el tiempo suficiente que permita completar estudio sin retrasar la programación de la cirugía.
La Evaluación Pre-anestésica seguirá los mismos criterios detallados a continuación independiente de la modalidad con que se realice.

8. EVALUACIÓN PRE - ANESTÉSICA.

8.1 Se refiere a entrevista directa con el paciente y sus padres o tutores, junto a la revisión de su historia clínica y valoración física.

8.2 La valoración pre-anestésica estará a cargo de un Anestesiólogo.

8.3 Los requisitos básicos para su ejecución son:

- Todo enfermo ha de tener su historia clínica.
- El o los diagnósticos y el plan quirúrgico debe estar claramente descrito.
- También deben estar los resultados del estudio clínico pertinente para cada caso.
- El tratamiento anestésico puede requerir pruebas complementarias o interconsultar a especialistas.

8.4 Información: Se ofrecerá toda la información necesaria al niño y a sus padres, con el objetivo de esclarecer todas las dudas, temores, ansiedades y angustias que surgen ante una intervención quirúrgica. No olvidar que el niño tiene derecho a ser informado y en la medida que disponga de la información que necesite y pueda expresar sus propias dudas y temores, tendrá también la posibilidad de contar con mayores recursos para afrontar la cirugía.

8.5 Consentimiento informado: La síntesis de la información quedará consignada en el consentimiento informado que no es un mero trámite. Es la expresión de la comunicación entre el médico y el paciente-familia y una documentación sólida de resorte legal. (Anexo 3)

9. EVALUACIÓN:

La evaluación se realizará por medio de indicadores de proceso y de resultado, los cuales se describen a continuación.

9.1 INDICADOR:

Definición del indicador	***Cumplimiento de Evaluación Pre Anestésica***
Tipo de indicador	***Proceso***
Dimensión	***Seguridad del paciente***
Fórmula	***Nº de pacientes intervenidos con Evaluación Preanestésica de una muestra x 100 / Total de pacientes intervenidos de la muestra***
Estándar	***75%***
Criterio	*Establecidos en el protocolo de evaluación pre - anestésica*
Justificación	*Impacto en evolución clínica del paciente y en la gestión hospitalaria*
Fuente de información	***Registro de Evaluación Anestésica Pre Quirúrgica - Fichas clínicas***
Periodicidad	***Mensual***
Responsable	***Encargado de Calidad del CC Anestesia y Pabellón Quirúrgico***

10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Guías clínicas de Evaluación preoperatoria. Sociedad anestesiología de Chile. www.socanestesia.cl.

2. Manual de Acreditación de Prestadores institucionales, Minsal, Agosto 2008

3. CONSULTA DE PREANESTESIA, MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Servicio de Anestesia Reanimación y Terapia del Dolor. Consorcio Hospital Universitario de Valencia. Grupo de Trabajo de Pre anestesia, Versión 1, Septiembre 2004

4. CONSENSO EN LA EVALUACION Y PREPARACION PREQUIRURGICA EN PEDIATRIA. Osvaldo Blanco y Alberto Iñon. ARCH ARG PEDATR/1998/VOL 96:413

ANEXO 1

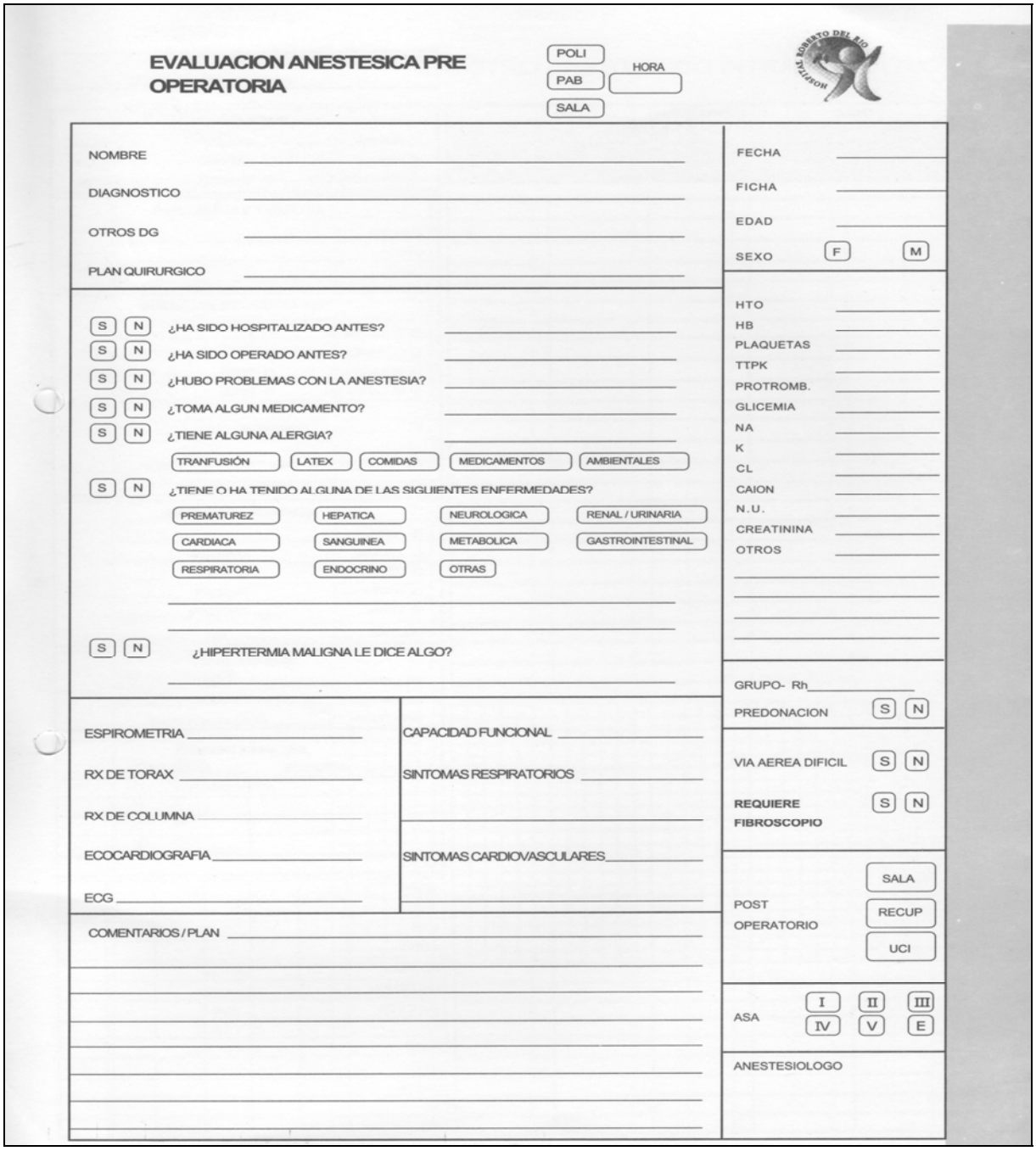
VALORACIÓN DEL RIESGO SEGÚN ESTADO FÍSICO A.S.A.

(Soc. Americana de Anestesiología)

I	***Paciente sano, sin otra afección que la que requiere el acto quirúrgico***
II	***Paciente con enfermedad sistémica moderada, en tratamiento y bien controlada***
III	***Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante***
IV	***Paciente con enfermedad sistémica incapacitante, con amenaza para su vida***
V	***Paciente moribundo***
U	***Urgencia***

ANEXO 2

REGISTRO DE EVALUACIÓN ANESTÉSICA PRE – QUIRÚRGICA



EVALUACION ANESTESICA PRE OPERATORIA

POLI / PAB / SALA — HORA

NOMBRE

DIAGNOSTICO

OTROS DG

PLAN QUIRURGICO

FECHA

FICHA

EDAD

SEXO (F) (M)

(S) (N) ¿HA SIDO HOSPITALIZADO ANTES?

(S) (N) ¿HA SIDO OPERADO ANTES?

(S) (N) ¿HUBO PROBLEMAS CON LA ANESTESIA?

(S) (N) ¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO?

(S) (N) ¿TIENE ALGUNA ALERGIA?

TRANFUSIÓN · LATEX · COMIDAS · MEDICAMENTOS · AMBIENTALES

(S) (N) ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

PREMATUREZ · HEPATICA · NEUROLOGICA · RENAL / URINARIA

CARDIACA · SANGUINEA · METABOLICA · GASTROINTESTINAL

RESPIRATORIA · ENDOCRINO · OTRAS

(S) (N) ¿HIPERTERMIA MALIGNA LE DICE ALGO?

HTO
HB
PLAQUETAS
TTPK
PROTROMB.
GLICEMIA
NA
K
CL
CAION
N.U.
CREATININA
OTROS

GRUPO- Rh

PREDONACION (S) (N)

ESPIROMETRIA

RX DE TORAX

RX DE COLUMNA

ECOCARDIOGRAFIA

ECG

CAPACIDAD FUNCIONAL

SINTOMAS RESPIRATORIOS

SINTOMAS CARDIOVASCULARES

VIA AEREA DIFICIL (S) (N)

REQUIERE FIBROSCOPIO (S) (N)

COMENTARIOS / PLAN

POST OPERATORIO — SALA · RECUP · UCI

ASA — I · II · III · IV · V · E

ANESTESIOLOGO

ANEXO 3

A.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADOS ANESTÉSICOS

Santiago, *de* *de 201….*

1. *Autorizo para que a mi hijo(a)* _____

   se le realice la siguiente intervención o procedimiento _____

2. *Esta intervención o procedimiento requiere de la administración de* ***Cuidados Anestésicos.***

3. *Las alternativas de Anestesia consisten en:*

3.1 ***ANESTESIA GENERAL****: Aquella en la cual se produce pérdida total de la conciencia, con medicamentos inyectados a través de una vena o con la inhalación de gases anestésicos a través de la respiración. Durante la cirugía el paciente se mantiene dormido, relajado y sin dolor.*

3.2 ***ANESTESIA REGIONAL****: Sólo una parte o región del cuerpo es anestesiada. Para ello se inyectan anestésicos locales cerca de uno o varios nervios, impidiendo que ellos lleven información dolorosa. En los niños es poco frecuente que se use en forma aislada, normalmente se usa para manejar el dolor post operatorio, pero la cirugía se realiza bajo Anestesia General. Esta asociación la llamamos* ***ANESTESIA MIXTA****.*

4. *Los avances médicos hacen que la anestesia se administre hoy con mucha seguridad, pero no está exenta de ciertos riesgos.*
   Los eventos más frecuentes son: cefaleas, náuseas y vómitos, dolor en el sitio de inyección, dolor de garganta, pérdida de dientes.

   La aspiración de contenido gástrico a los pulmones puede ocasionar daño pulmonar muy severo, por esto es ***fundamental que su hijo/a se encuentre en ayunas*** *antes de la cirugía.*

   Las complicaciones severas de la Anestesia están muy relacionadas con las enfermedades, la edad y con características propias de cada paciente, por lo que es muy importante que usted ***informe previamente al Anestesiólogo enfermedades, medicamentos que su hijo/a esté tomando, alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, o cualquier otra circunstancia.***

5. *Comprendo la información que se me ha entregado y que en cualquier momento, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.*

En consecuencia, autorizo al Dr./Dra. _____

para administrar a mi hijo(a) una Anestesia _____

_____	_____
Nombre y Firma	***Nombre y Firma Médico***
Padre – Madre o Tutor Legal	***Informante de este documento***
RUT: _____	***RUT:*** _____

HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RÍO
PROTOCOLO
EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

PROTOCOLO
EVALUACIÓN PRE – ANESTÉSICA

	Responsable Elaboración	Revisó	Aprobó
Nombres	Dra. Viviana Portilla Gaete	Dr. Patricio Montes Cruzat EU. Mª Teresa Irpuroa Aguilera	Dr. Ignacio Hernández Navarro
Cargo	Jefa CC Anestesia y Pabellón Quirúrgico	Subdirector Médico (S) Encargada U.C. y S.P.	Director
Firma			