



Resolución Directoral

Lima, 02 de agosto de 2023



VISTOS:

La Nota informativa N° 114-2023-MINSA-HSR-OGC-VST del 19 de julio del 2023; la Nota Informativa N° 000203-2023-OGC/HSR del 21 de julio del 2023; el Informe N° 000004-2023-DANESTESIOLOGÍA/HSR del 24 de julio del 2023; la Nota Informativa N° 000036-2023-DANESTESIOLOGÍA7HSR del 24 de julio del 2023; la Hoja de envío N° 004534-2023-DIRECTORGENERAL/HSR del 24 de julio del 2023; la Hoja de envío N° 001671-2023-OEPLANEAMIENTOESTRATEGICO del 25 de julio del 2023; el Informe N° 000027-2023-UORGANIZACION/HSR del 31 de julio del 2023; Hoja de envío N° 001710-2023-OEPLANEAMIENTO/HSR del 31 de julio del 2023; y el Informe Legal N° 175-2023-MINSA-HSR-OAJ del 02 de agosto de 2023, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, establece que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral IV del Título Preliminar de la norma acotada establece que es una responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

...///

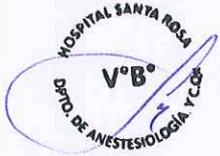


///...

Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N° 013-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que "Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos íntegramente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en los que corresponda"; asimismo, el artículo 96° de la norma antes indicada, establece que, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en su artículo 9°, los establecimientos de salud o servicio médico de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de la atención de salud que brindan, con el fin de identificar y corregir las deficiencias que afecten el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios";



Que, el literal f) del artículo 10 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado por Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA del 11 de diciembre del 2007, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la Unidad Orgánica encargada de asesorar en la formulación de normas, guías de práctica clínica y procedimientos de atención al paciente;



Que, con Resolución Ministerial N° 022-2011/MINSA del 10 de enero del 2011, se aprueba la Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica, y que en su numeral 5.10 establece que para la atención anestesiológica se debe contar con los documentos normativos correspondientes "Guías de Procedimientos Anestesiológicos más frecuentes";

Que, mediante Resolución N° 550-2023/MINSA del 05 de junio del 2023, se aprueba la actualización del Anexo 1: Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud del Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud";



J. LINDO

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, del 05 de julio del 2021, se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", al cual tiene como objetivo principal establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación, o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud en el marco de sus funciones rectoras. Y en su numeral 6.1. del Capítulo IV, establece la estructura del documento normativo y cuyo objeto general es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones como ente sectorial;



Que, el proyecto de documento técnico propuesto por el jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico a través del Informe N° 000004-2023-DANESTESIOLOGÍA/HSR del 24 de julio del 2023, solicitando la aprobación de la Guía de Procedimiento de Recuperación Post Anestésica (Código PMS 099232), señala que con ello se cumplirá con la obligación que impone la Resolución Ministerial N° 860-2021-MINSA del 16 de julio del 2021, y el impacto positivo directo en el manejo anestesiológico por parte de los médicos especialistas del Hospital, brindándole mayor seguridad en su labor en beneficio de los pacientes;

Que, el documento técnico normativo es aquel que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos, y actividades administrativas, asistenciales o, sanitarias, estableciendo metodologías, instrucciones o indicaciones que permitan al operador seguir un determinado desarrollo, orientado al cumplimiento del objetivo de un proceso y al desarrollo de una buena práctica médica, administrando los recursos humanos, materiales, económicos y financieros para el logro de su misión y los objetivos institucionales;

...///



Resolución Directoral

///...

Que, en ese sentido la recuperación post anestésica es un procedimiento muy frecuente y necesario dentro de las actividades diarias del Servicio de Centro Quirúrgico del Departamento de Anestesiología, en la actualidad están reconocidas dentro de los procedimientos médicos y sanitarios con su código correspondiente, en el marco de lo establecido en la Resolución Ministerial N° 550-2023/MINS, en razón de ello el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico está en proceso de cumplimiento y ha desarrollado la Guía de Procedimiento Médico de Recuperación Post Anestésica para su revisión y aprobación correspondiente;

Que, mediante Informe N° 000027-2023-UORGANIZACIÓN/HSR del 31 de julio del 2023, el jefe de la Unidad de Organización remite al Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico informando sobre la aprobación de la Guía de Procedimiento de Recuperación Post Anestésica (Código PMS 99232), en el sentido que el referido documento tiene por finalidad unificar criterios de evaluación y generar recomendaciones actualizadas para el manejo de la recuperación post anestésica de pacientes que son intervenidos en el Centro Quirúrgico del Hospital Santa Rosa, el mismo que se enmarca dentro del numeral 6.1 de las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobada con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA y lo señalado en la Resolución Ministerial N° 022-2011/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la atención anestesiológica, otorgando la opinión técnica favorable para su aprobación;

Que, la atención en salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médicos científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer al acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de recursos, por lo que los profesionales médicos como parte del equipo de Salud, deben mejorar constantemente los procesos de atención, contando con instrumentos técnicos que les facilite el manejo adecuado y oportuno de la atención a los pacientes, como es el caso de la Guía de Procedimiento de Recuperación Post Anestésica (Código PMS 99232);

Que, los documentos técnicos de salud constituyen una herramienta con la finalidad de proteger la vida y la salud de la población del país, y están orientados a la preparación y respuesta frente a contingencias o situaciones adversas en salud, los cuales tienden a contribuir y a establecer los procesos de prevención, control, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y así reducir el impacto de la mortalidad y morbilidad de la población;

...///



J. LINDO



///...



Que, atendiendo a los informes técnicos y los considerandos del presente informe, resulta necesario que se apruebe la "Guía de Procedimiento Médico de Recuperación Post anestésica", propuesto por el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico;

Con el visto bueno del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

En uso de las facultades conferidas en el literal e) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA;



J. LINDO

SE RESUELVE:

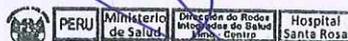
Artículo 1°.- Aprobar la Guía de Procedimiento N° 001/HSR/DACC-2023-V.01 "Guía de Procedimiento de Recuperación Post Anestésica (Código PMS 099232)", que consta de doce (12) folios; el mismo que como anexo forman parte integrante de la presente Resolución.



Artículo 2°.- Encargar al Departamento de de Anestesiología y Centro Quirúrgico la ejecución, monitoreo y seguimiento de la "Guía de Procedimiento de Recuperación Post Anestésica (Código PMS 099232)", aprobada mediante el artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°.- Encargar al Responsable de la Administración y actualización del Portal de Transparencia Estándar efectuar la publicación de la presente Resolución en la Pagina Web del Hospital Santa Rosa.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE.



MC. CESAR WALTER HERRERA VIDAL
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP. 20396 RNE. 10295

C.c.
() Dirección General
() Dirección Ejecutiva de Administración.
() Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
() Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.
() Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
() Asesoría Jurídica.
() Archivo.
CWHV/JLC/JETA/JJRR/NBCR/epm.



HOSPITAL
SANTA ROSA
PUEBLO LIBRE

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PROCEDIMIENTO MÉDICO DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA

2023

ELABORADO POR

- Servicio de Recuperación Posanestésica del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

REVISADO POR:

- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico – Unidad de Organización

APROBADO POR:

- M.C. César Walter Herrera Vidal
Director General del Hospital Santa Rosa

ÍNDICE

I. FINALIDAD.....	3
II. OBJETIVOS	3
2.1. OBJETIVO GENERAL	3
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	3
IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR Y CÓDIGO CPMS	3
V. CONSIDERACIONES GENERALES	4
5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	4
5.2. CONCEPTOS BÁSICOS.	4
5.3. RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	6
5.4. EXÁMENES AUXILIARES	7
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	8
6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO.....	8
6.2. INDICACIONES	13
6.3. CONTRAINDICACIONES.	13
6.4. EFECTOS ADVERSOS	13
6.5. RIESGOS O COMPLICACIONES.	13
VII. RECOMENDACIONES.....	14
VIII. AUTORES Y FECHA DE ELABORACIÓN.....	14
IX. ANEXOS	15
X. BIBLIOGRAFÍA	21

GUÍA TÉCNICA: GUIA DE PROCEDIMIENTO MEDICO DE RECUPERACIÓN POSTANESTESICA

I. FINALIDAD.

La finalidad de esta Guía de Procedimiento es unificar criterios de evaluación y generar recomendaciones actualizadas para el manejo de la Recuperación posanestésica de pacientes que son intervenidos en el Centro Quirúrgico del Hospital Santa Rosa.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de esta guía de procedimiento medico es dar a conocer la importancia que tienen los cuidados post anestésicos y post quirúrgicos en la recuperación del paciente pediátrico y el valor que tiene la calidad en la atención de los mismos, que se va a ver reflejada en una menor incidencia de errores humanos y de complicaciones, incluso los mismos riesgos que atañen a estos procedimientos, pueden ser reconocidos y manejados precozmente.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar a los Anestesiólogos del Hospital Santa Rosa, una herramienta necesaria para la atención en la Unidad de Recuperación Post Anestésica del paciente postoperado de acuerdo con los conocimientos científicos disponibles en la actualidad.
- Definir los procesos a seguir en la recuperación post anestésica y post quirúrgica de los pacientes postoperados.
- Unificar criterios en la vigilancia de la recuperación post anestésica en el marco de la seguridad anestésica.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía, será de aplicación obligatoria por los médicos especialistas entrenados y capacitados que laboran en el Departamento de Anestesiología del Hospital General Santa Rosa, en los ambientes de la Unidad de Recuperación Post anestésica a la que también se le denomina con sus siglas URPA.

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR Y CÓDIGO CPMS

Código del CPMS	Nombre del Procedimiento
99232	Evaluación y manejo subsecuentes por día de un paciente hospitalizado en la Unidad de Recuperación Postanestésica - URPA

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Cuidado postanestésico: Actividades emprendidas para el manejo del paciente después de completar el procedimiento que requirió anestesia para su realización y la anestesia concomitante.

- Realizado por un equipo de salud multidisciplinario.
- Médico anesthesiólogo.
- Enfermera de preferencia entrenada en recuperación postanestésica.
- Técnico de enfermería.
- En un ambiente especial para su adecuada recuperación de la anestesia.

Recuperación anestésica: Periodo posterior a la anestesia durante el cual se disminuye paulatinamente, en el paciente, el efecto de la misma. La valoración de la recuperación, acorde al tipo de anestesia, define el egreso del paciente de la unidad de cuidado postoperatorio.

5.1.1. Definición del procedimiento

El Procedimiento de Recuperación Postanestésica consiste en el seguimiento y monitoreo de reversión completa de los efectos de los fármacos anestésicos administrados, así como la evaluación clínica multisistémica del paciente, determinando finalmente las condiciones de alta anestésica, responsabilidad del médico especialista de anestesiología.

5.1.2. Aspectos epidemiológicos importantes.

Los problemas y complicaciones que se presentan en la URPA, como ya quedo dicho, son el 30% de incidentes adversos relacionados a la atención anestesiológica. En términos generales, los problemas más frecuentes son dolor severo, náuseas y vómitos, problemas respiratorios, inestabilidad hemodinámica, hipotermia, desequilibrio hidroelectrolítico y reacción adversa a medicamentos.

El personal al cuidado del paciente en esta unidad debe tener la información, capacitación, experiencia y sentido de pertenencia que le permitan hacer un óptimo seguimiento de los parámetros clínicos del paciente recién intervenido. Se debe actuar de forma precoz y alertar sobre factores que pongan en peligro la vida del paciente (compromiso de la vía aérea, depresión respiratoria, hemorragias internas, paro cardiorrespiratorio, etc.). Por este motivo es importante el seguimiento estricto de los protocolos de manejo y de la presente Guía, actualización médica continua y capacitación permanente en reanimación cardiopulmonar y cerebral.

5.1.3. Consentimiento informado

No requiere consentimiento informado, ya que, al firmar el consentimiento del procedimiento anestésico para la cirugía, incluye también el proceso de recuperación postanestésica.

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS.

5.2.1. Área de Recuperación postanestésica:

Unidad de atención, cuidado y vigilancia de los patrones hemodinámicos y psíquicos del paciente que egresa de un procedimiento quirúrgico.

5.2.2. Monitoreo:

Mecanismos de control y vigilancia del paciente mediante la observación clínica y los registros que brindan los equipos electrónicos que grafican el ritmo cardíaco, la oxigenación tisular, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la concentración de dióxido de carbono (CO₂) en el aire espirado del paciente y la temperatura. Es importante llevar un registro continuo de las variables de los datos hemodinámicos del paciente en una hoja especial, que forma parte de la Historia Clínica del paciente.

5.2.3. Morbilidad Postanestésica:

Situaciones clínicas y complicaciones que se presentan o eventos adversos relacionados con la atención del paciente en el periodo perioperatorio. Forman parte de este concepto el dolor severo, náuseas, vómitos, sensación de frío, problemas respiratorios (hipoventilación, depresión respiratoria, hipoxemia, obstrucción de la vía aérea, laringoespasmo, etc.), inestabilidad hemodinámica (hipo o hipertensión arterial, arritmias cardíacas, isquemia cardíaca, shock, etc.), alteraciones hidroelectrolíticas, interacciones medicamentosas, excitabilidad y cambios de conducta, entre otros.

5.2.4. Post Operatorio Inmediato:

Se conoce como postoperatorio el periodo de tiempo que transcurre a partir del momento de concluir una cirugía hasta que el anestesiólogo le da el alta en la sala de recuperación. Es una etapa en la que el anestesiólogo y la enfermera hacen un estrecho seguimiento, ya que pueden presentarse algunas complicaciones que ameritan un tratamiento inmediato.

5.2.5. Analgesia:

Eliminación de la sensación de dolor mediante el bloqueo artificial de las vías de transmisión del mismo y/o de los mediadores dolorosos, o por desconexión de los centros del dolor.

5.2.6. Dolor:

Experiencia sensorial y emocional desagradable, vinculada con lesión real o potencial de tejidos, o descrita en términos de dicho daño.

5.2.7. Escala visual analógica del dolor (EVA):

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será:

- 1.- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- 2.- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- 3.- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

5.2.8. Criterios de Alta:

Patrones de evaluación clínica realizada por el anestesiólogo que justifican el traslado del paciente a un servicio de hospitalización, de remisión a otra institución de mayor complejidad. Por lo regular son determinados de acuerdo con un puntaje de las escalas vigentes de evaluación de recuperación posanestésica.

5.3. RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

5.3.1. Recursos Humanos

Se requiere para cada URPA:

- (01) Médico anestesiólogo asistente del Departamento de Anestesiología.
- (01) Licenciado en enfermería especialista en centro quirúrgico con experiencia en Recuperación Posanestésica.
- (01) Técnico de enfermería.

5.3.2. Material e insumos médicos

a. Fungible

- Gasas
- Algodón.
- Jeringas de 20ml, 10ml, 5ml, 3ml, y 1 ml.
- Guantes estériles 6.5, 7.0, 7.5, 8.0
- Guantes descartables S, M, L.
- Soluciones antisépticas.

b. No fungible

- Estetoscopio.
- Tensiómetro.
- Termómetro clínico.
- Porta suero.
- Linterna.

5.3.3. Equipos biomédicos

- Camillas de Recuperación
- Monitor Multiparámetro
- Laringoscopio.
- Tubo endotraqueal.
- Guía de intubación.
- Máscara laríngea o dispositivos supra glóticos de diverso tamaño.
- Tubo orofaríngeo.
- Nebulizador.
- Equipo de aspiración de secreciones.
- Glucómetro.
- Desfibrilador.
- Coche de paro: el cual debe contener los medicamentos y drogas de reanimación cardiopulmonar, drogas vasoactivas, antiarrítmicos, analgésicos, sedantes, soluciones hidroelectrolíticas y dispositivos de manejo de la vía aérea.

5.3.4. **Productos farmacéuticos.**

a. Soluciones parenterales.

Cloruro de Na, Poligelina.

b. Anestésicos locales.

Lidocaína 2%.

c. Analgésicos opiáceos que pueden asociarse a los anestésicos locales.

Fentanilo, Morfina, Petidina.

d. Analgésicos y Coadyuvantes.

Tramadol, Metamizol, Ketoprofeno.

Ranitidina, Metoclopramida, Ondansetron, Dexametasona, Hidrocortisona, Dimenhidrinato.

e. Anticolinérgico.

Atropina.

f. Vasopresores y antiarritmicos

Epinefrina, Etilefrina. Amiodarona, Verapamilo.

g. Antagonista de Relajantes musculares.

Neostigmina, Sugammadex.

h. Hipnóticos:

Propofol, Tiopental Sódico, Midazolam, Ketamina.

i. Todos los medicamentos del Coche de Paro.

5.3.5. **Equipos y muebles no médicos**

- Escritorios.
- Sillas rodables.

5.3.6. **Ambiente.**

- Ambiente designado para el Servicio de Recuperación postanestesia.

5.4. **EXÁMENES AUXILIARES**

De acuerdo con las condiciones clínicas del paciente podrán ser ordenados diferentes exámenes complementarios.

5.4.1. **Exámenes de Patología Clínica y/o Anatomía Patológica.**

Hemograma, Hematocrito, Hemoglobina, AGA, Perfil de coagulación, Glicemia, Urea, Creatinina, Perfil coronario, y otros que se considere necesarios de acuerdo con el caso de cada paciente.

5.4.2. **Exámenes de Diagnóstico por Imágenes.**

Radiografías y Ecografías con los equipos portátiles. Las Tomografías y Resonancias magnéticas en lo posible deberán ser diferidas para cuando el paciente esté en su Servicio.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO

6.1.1. Definición de Actividades.

- 1.- Traslado del paciente a URPA.
- 2.- Llegada y Recepción del paciente a URPA.
- 3.- Monitorización en URPA.
- 4.- Alta de URPA.

6.1.2. Definición de tareas por actividad.

1.-Traslado del paciente a URPA.

Los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente en el período postoperatorio inmediato, será trasladado del quirófano hasta la URPA por un técnico de enfermería y del médico anestesiólogo(a). Los profesionales de la salud deben tener pleno conocimiento de la condición clínica del paciente al salir del quirófano y al llegar a la URPA para ser entregada y verificar las condiciones en las cuales se entrega.

De ser necesario por la condición del paciente o por la complejidad de la intervención o por otras circunstancias ocurridas en el transoperatorio (como por ejemplo un paro cardíaco), el estado psicológico del (la) paciente debe ser evaluado y manejado durante el transporte. Para tal fin, se deben brindar los medios de vigilancia continua (oximetría de pulso, etc.) y de soporte adecuado (bombas de infusión, apoyo ventilatorio, etc.) que la situación clínica amerita.

El paciente será trasladado de sala de operaciones a la unidad de cuidados intensivos (UCI), en casos que la situación clínica lo amerite, acompañado del médico Anestesiólogo(a), el/la Lic. de enfermería y el técnico de enfermería. Considerar el siguiente orden:

- I. El traslado del paciente de la mesa quirúrgica a su cama de recuperación se realizará utilizando el deslizador portátil y estará a cargo del médico anestesiólogo asistente que ha administrado la técnica anestésica, el personal de cirugía, apoyado por el médico residente de Anestesia y/o personal de enfermería.
- II. Paciente una vez instalado en su cama se apoyará con oxígeno mediante máscara, se verificará su oximetría y estabilidad hemodinámica. De no presentarse ninguna complicación se iniciará su traslado a la URPA.
- III. El traslado del paciente en su cama del quirófano a la URPA estará a cargo del médico anestesiólogo asistente que ha administrado la técnica anestésica, acompañado del médico residente y/o personal de enfermería.

2. Llegada y Recepción del paciente a URPA.

El anestesiólogo que traslade a la URPA al paciente debe dar una información clara y concisa del estado de ésta, del procedimiento que se le realizó, si hubo o no complicaciones, si requiere algún cuidado especial, algún medicamento y cómo debe ser aplicado. Es importante verificar la oxigenación del paciente y la toma de signos vitales al momento de la entrega y cumplir con las recomendaciones sobre el manejo postoperatorio indicadas por el cirujano. Comunicar la información pertinente al estado preoperatorio y si requiere de algún examen auxiliar o de una interconsulta con otra especialidad médica.

La recepción del paciente en la URPA estará a cargo del médico anesestesiólogo y/o enfermera programados y solicitará al médico que administro la anestesia la siguiente información:

- Nombre y edad del paciente.
- ASA del paciente a su ingreso a sala de operaciones.
- Intervención quirúrgica realizada.
- Técnica anestésica administrada.
- Agentes anestésicos utilizados.
- Eventos adversos ocurridos en el intraoperatorio.
- Balance Hídrico.
- Enfermedades crónicas que padezca el paciente y que requiere de tratamiento especializado.
- Valoración de signos vitales en el transoperatorio.

A la llegada del paciente a URPA, el médico anesestesiólogo evalúa:

- La permeabilidad de la vía aérea del paciente
- La idoneidad de la ventilación
- La administración de oxígeno humidificado

Luego registra:

- Frecuencia cardiaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Presión arterial.
- Saturación por pulsioximetría de oxígeno.
- Temperatura.

Estos datos serán reportados al médico anesestesiólogo y el/el licenciado(a) de enfermería de Recuperación.

Estos datos serán registrados en el Formato de Recuperación posanestésica del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

3.- Monitorización en URPA.

Una vez que el paciente post operado se encuentra instalado en recuperación, el anesestesiólogo y/o la enfermera programados, realizaran lo siguiente:

Evaluación continua del paciente según **Escala de Aldrete Modificado**.

Evaluación de la vía aérea:

- Verificar si el paciente presenta ventilación espontánea o asistida.
- Observar si la vía aérea está libre o presenta tubo orofaríngeo o de mayo, traqueostomía, con o sin secreciones.
- De contar la URPA de ventilador Mecánico, se admitirá pacientes con tubo endotraqueal o nasotraqueal, de lo contrario el paciente quedará en el quirófano conectado al ventilador mecánico de la Máquina de anestesia para su apoyo ventilatorio.
- Instalar oxígeno humidificado mediante las siguientes alternativas, de acuerdo indicación del Anesestesiólogo y son:

Sistemas de Bajo Flujo:

- Cánula Nasal: 4 litros de O₂ / minuto.
- Máscara Simple: 6 – 8 litros de O₂/ minuto.
- Mascara con Reservorio: 10 a 15 litros de O₂ / minuto.

Sistemas de Alto Flujo:

- Tubo en T: 8 – 10 litros de O₂ / minuto.
- Máscara de Venturi: 8 – 10 litros de O₂ / minuto.

Instalar Monitoreo Continuo de las funciones vitales:

- Presión arterial no invasiva, Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, Electrocardiografía, Temperatura, Presión arterial no invasiva, Saturación de oxígeno (SatO₂), CO₂ si fuera necesario.
- Si el paciente presenta instalada vía central, línea arterial, sonda naso gástrica, sonda Foley, drenaje torácico, se debe verificar su permeabilidad.
- Instalar bomba de infusión en el caso que el paciente este recibiendo inotrópicos u analgésicos.
- Proceder al llenado del Formato de Recuperación del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, con los datos del paciente, del anestesiólogo y enfermera de recuperación con su respectiva matrícula de su colegio correspondiente.

Los datos que deben registrarse son:

- Fecha y Hora de ingreso del paciente a recuperación.
- Nombre del paciente.
- Edad y peso del paciente.
- Numero de historia clínica.
- Servicio y número de cama.
- Intervención quirúrgica realizada.
- Nombre del Cirujano que operó.
- Nombre del Anestesiólogo que entrego al paciente.

Se recomienda hacer la evaluación de las siguientes funciones vitales en forma continua durante la estadía del paciente en la URPA:

Función respiratoria (patencia de vía aérea, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno) con el objeto de detectar la hipoxia de forma temprana en el caso que suceda. Debe ponerse especial atención a esta evaluación.

Función cardiovascular (que incluye rutinariamente la medición del pulso, presión arterial y monitorización electrocardiográfica) debería ser realizada durante el periodo de recuperación. El Task Force on Postanesthetic Care de la ASA en su reporte del 2013 (Apfelbaum JL 2013), recalca que hay cierto grupo de pacientes en los que la monitorización electrocardiográfica de rutina puede no ser necesaria, sin embargo, la disponibilidad del monitor electrocardiográfico deberá ser inmediata.

La evaluación del estado mental también forma parte de la monitorización en recuperación, para ello se pueden realizar diversos sistemas de clasificación.

La monitorización de la temperatura, al igual que la del dolor, de forma rutinaria detecta complicaciones, reduce los eventos adversos y debería ser realizada durante la recuperación del paciente.

Náuseas y vómitos: No se acepta universalmente que la monitorización continua de rutina de las náuseas y vómitos detecte complicaciones y reduzca los eventos adversos, pero se recomienda realizarla de forma periódica en la URPA.

La monitorización del estado de hidratación del paciente y del manejo de fluidos reduce los efectos adversos y mejora el confort y satisfacción del paciente. Aquellos pacientes que involucren pérdida significativa de sangre o líquidos, pueden requerir manejo hídrico adicional.

Gasto urinario y micción: la evaluación del gasto urinario es efectiva en identificar pacientes con retención urinaria, pero puede no ser de rutina para algunos pacientes seleccionados.

Aunque la evaluación del paciente postoperado en la URPA que se describe es aplicable para todos los casos se debe poner especial énfasis a la evaluación por tipo de técnica anestésica, y verificar su evolución.

De acuerdo con la técnica anestésica empleada evaluar:

- Anestesia Regional: Verificar nivel de analgesia y función motora, según Escala de Bromage.
- Anestesia General: Verificar estado de conciencia, según escala de Aldrete.
- Bloqueo de Plexo Nervioso: Anotar el nivel de analgesia y función motora.

Los pacientes en estado crítico o potencialmente crítico. Estos pacientes no deben ser admitidos usualmente en la URPA sino trasladados directamente del quirófano a la Unidad de Cuidados Intensivos -UCI- o a cualquier otra unidad de atención especial destinada para su manejo. Sin embargo, mientras se remite y si la URPA está descongestionada, puede servir como área de atención temporal o debe dejarse en el quirófano donde se cuenta con mayores recursos para su manejo.

Permanencia en la URPA:

El tiempo de permanencia del paciente en la URPA varía dependiendo de diversos factores: los antecedentes personales y el estado preoperatorio de salud del paciente, el tipo de anestesia y cirugía a la que ha sido sometido y la estabilidad de los signos vitales.

El tiempo que permanecerán los pacientes post operados en la Unidad de recuperación será en promedio de dos (02) horas, este tiempo se considera suficiente para la desaparición de los efectos anestésicos en la mayoría de los casos. Sin embargo, según el criterio y evaluación del médico anestesiólogo, este tiempo de permanencia del paciente puede abreviarse o prolongarse.

En algunos casos, donde los procedimientos son cortos y la recuperación posanestésica se adquiere rápidamente cumpliendo el criterio de la Escala de Aldrete de 10 puntos, se puede dar de alta anestesiológica al paciente antes de este tiempo.

4.- Alta en la URPA.

Para ser dado de alta de la URPA el paciente debe haber demostrado un proceso de recuperación gradual y sostenida, evidenciado por:

- Paciente consciente y orientado.
- Paciente con respiración espontánea y extubado.
- Paciente hemo dinámicamente estable.
- Signos vitales dentro del rango normal cercanos al preoperatorio.
- Que su enfermedad crónica del paciente este controlada adecuadamente.
- Que haya superado completamente alguna complicación presentada en recuperación.
- Adecuado control del dolor.
- Mínimo sangrado.

Una puntuación ≥ 8 de la escala de modificada de Aldrete indica que el paciente se encuentra en condiciones de abandonar la unidad de cuidados posanestésicos. Dicha escala examina la actividad motora, respiración, presión arterial, conciencia y la oxigenación.

Criterios para Evaluación por Sistemas Orgánicos:

Algunos de los criterios de evaluación para dar de alta a un paciente de la URPA, en algunos casos, de acuerdo con el estado clínico previo, no son

necesarios que el paciente los cumpla en su totalidad, se exige como mínimo lo siguiente:

- Condición general: Orientada en tiempo, lugar y persona; responde a órdenes y cumple Instrucciones sencillas; color aceptable; adecuada movilidad y fuerza muscular; ausencia o control adecuado de condiciones asociadas con el procedimiento quirúrgico (sangrado, edema, etc.); adecuado control de náuseas y vómito; lugar de destino apropiado y ubicado (habitación, casa, UCI, etc.)
- El sistema Cardiovascular: Frecuencia cardíaca y presión arterial + /- 20% del valor preoperatorio o que se encuentren para su edad dentro de los rangos normales; estabilidad hemodinámica por sesenta (60) minutos; resolución de cualquier arritmia; aceptable volumen intravascular; ausencia de isquemia miocárdica.
- Sistema Respiratorio: Frecuencia respiratoria >10 /min y <20 /minuto; adecuada capacidad para toser y expulsar sus secreciones; aceptable patrón respiratorio y sin signos de dificultad respiratoria.
- Vía aérea superior: Presencia de reflejos de deglución y tos; ausencia de estridor u obstrucción de la vía aérea superior; no necesidad de cánula nasal u orofaríngea.
- Control del dolor: Capacidad de localizar e identificar la intensidad del dolor; adecuada analgesia y satisfacción subjetiva, luego de la última dosis de analgésico.
- Función renal: Volumen urinario > 30 ml/hora (para pacientes con sonda vesical); orina de color y apariencia normal.

Criterios en caso de Anestesia Regional:

- La principal característica de los pacientes que se recuperan de la anestesia regional, es que la analgesia es efectiva desde que se inicia la cirugía hasta dos o tres horas después dependiendo del agente anestésico local. Sin embargo, en esta etapa se deben administrar analgésicos para aumentar el umbral al dolor cuando se haya recuperado el paciente de los efectos anestésicos. El objetivo principal de la observación en la URPA es la resolución del bloqueo, con control del dolor posanestésico. Esto significa que para cuando el bloqueo haya desaparecido por completo, el paciente debe tener un control adecuado del dolor para poder ser dado de alta.
- Para poder ser trasladado un paciente al cuarto de hospitalización, debe haber iniciado el proceso de recuperación del bloqueo neuroaxial (epidural, raquídea, caudal); se debe comprobar objetivamente (aplicando la Escala de Bromage), que se ha iniciado la recuperación de la función motora o sensitiva porque el bloqueo se ha disminuido mínimo dos metámeras por debajo del nivel máximo alcanzado, y que se encuentre por debajo de T12, con evidencia clara de movilidad y buena fuerza en las extremidades inferiores.
- En los pacientes con bloqueos periféricos (plexo braquial o lumbar, etc.) es necesario esperar al inicio de la resolución del bloqueo. Si se quiere trasladar al paciente se debe explicar claramente al paciente y a su familia las consecuencias del bloqueo motor y sensitivo, instruyéndolos sobre cómo se debe proteger la extremidad de estímulos nocivos. No es recomendable trasladar pacientes con edades extremas (niños, ancianos) o con enfermedades concomitantes, sin que se haya resuelto completamente el bloqueo.

Una vez que el paciente cumpla las condiciones clínicas de recuperación posanestésica, el médico Anestesiólogo dará el Alta anestésica colocando su sello y firma, al igual que el/la Licenciado(a) de enfermería en el Formato correspondiente.

6.2. INDICACIONES

6.2.1. Absolutas

- Todo paciente que sea sometido a algún procedimiento anestésico general, regional, o sedo analgesia.

6.2.2. Relativas.

- Pacientes que hayan sido sometidos a anestesia local.

6.3. CONTRAINDICACIONES.

- No hay contraindicaciones para todo paciente que haya sido sometido a procedimiento anestésicos.
- Pacientes críticos deben ser trasladados a la UCI para su manejo terapéutico.

6.4. EFECTOS ADVERSOS

La vigilancia del paciente postoperado inmediato desde su ingreso a la URPA hasta su egreso puede tener sorpresas desagradables. La medicación indicada en la estancia del paciente puede ocasionar alguna reacción adversa (reacciones alérgicas hasta una reacción de tipo anafiláctica). La evolución de la herida quirúrgica, así como los drenes deben ser evaluados permanentemente, pueden presentarse pérdidas de sangre a ese nivel mayores a los habituales. En los pacientes sedados con respiración espontánea y con tubo de mayo debe vigilarse la permeabilidad de la vía aérea. Para ello es importante identificar los signos de alarma que a continuación se mencionan.

Signos de Alarma.

Con relación a la Vía Aérea tenemos: disminución de la saturación de oxígeno, taquipnea o bradipnea; tirajes y cianosis.

En relación con el sistema circulatorio tenemos: Presión Arterial Sistólica (PAS) < 90 mm Hg o PAS >160 mm Hg., una disminución o incremento superior 25% de su valor preoperatorio; Frecuencia cardiaca menor que 50 latidos/minuto o taquicardia (> 110 latidos/minuto); arritmias; cambios en el segmento S-T o en la onda T, bloqueo de rama izquierda de aparición reciente; empeoramiento de las arritmias cardiacas previamente existentes.

Con relación al sistema Nervioso el principal objetivo será descartar la ocurrencia de un evento neurológico en evolución (isquemia cerebral, global o regional, ataque cerebral agudo -ACV- hemorrágico, etc.), que se pueda manifestar por recuperación prolongada de la conciencia, convulsiones, excitación o delirium.

6.5. RIESGOS O COMPLICACIONES.

Los problemas y complicaciones que se presentan en la URPA, equivalen a una tercera parte de los incidentes adversos relacionados con la atención del Paciente en el periodo perioperatorio. Diversos estudios de reciente publicación muestran que, en términos generales, los problemas más frecuentes Son: dolor severo, náuseas y vómito, problemas respiratorios (hipoventilación, hipoxemia, obstrucción de la vía aérea), inestabilidad hemodinámica (alteraciones del ritmo y la frecuencia cardiaca, hipotensión e hipertensión arterial, isquemia miocárdica, shock), hipotermia, alteraciones hidroelectrolíticas e interacciones medicamentosas.

Estos problemas surgen por factores dependientes del paciente (edad, sexo, estado previo, enfermedades concomitantes, etc.) del manejo anestésico mismo

(premedicación, administración de agentes anestésicos, narcóticos, relajantes musculares, etc.) y factores relacionados con el procedimiento quirúrgico (duración, pérdida sanguínea, complicaciones quirúrgicas, etc.). Finalmente, la calidad de atención médica y de enfermería que reciba el paciente en la URPA, determinará en algún grado la aparición de estas complicaciones. Como en otras áreas de la medicina, la vigilancia continua, la prevención y el tratamiento temprano juegan un papel decisivo. Por tanto, debe existir un servicio organizado con disponibilidad inmediata y permanente tanto de personal médico especializado (Medico Anestesiólogo) como de enfermería, capaz de brindar la atención requerida por los pacientes en la URPA.

Deberá tenerse presente que los pacientes post operados pueden presentar las siguientes complicaciones:

- Bradicardia.
- Taquicardia.
- Hipertensión arterial,
- Hipotensión arterial.
- Hipoxia.
- Náuseas, vómitos.
- Laringoespasma.
- Broncoespasmo.
- Escalofríos.
- Depresión respiratoria.
- Dolor.
- Convulsiones.
- Fiebre.
- Reacción anafiláctica.
- Sangrado de herida operatoria.
- Shock hipovolémico.
- Paro cardiorrespiratorio.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1.** Todo paciente que es tributario de Anestesia para cualquier procedimiento o cirugía debe ser monitorizado hasta su recuperación completa de los efectos Anestésicos.
- 7.2.** La Recuperación Anestésica del paciente postoperado deberá ser realizada por personal competente con experiencia.
- 7.3.** El personal médico y de enfermería, debe registrar el estado post anestésico del paciente en el formato correspondiente aprobados institucionalmente.

VIII. AUTORES Y FECHA DE ELABORACIÓN

8.1. LISTADO DE AUTORES:

- **M.C. Malena Rose Arana – mrose@hsr.gob.pe**
Jefe del Servicio de Centro Quirúrgico
- **M.C. Gloria María Morales Rodríguez – gmoalesr@hsr.gob.pe**

Jefe del Servicio de Recuperación

8.2. FECHA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA:

- Junio del 2023.

IX. ANEXOS

Anexo 01: FLUJOGRAMA

Anexo 02: ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA.

Anexo 03: ESCALA DE BROMAGE.

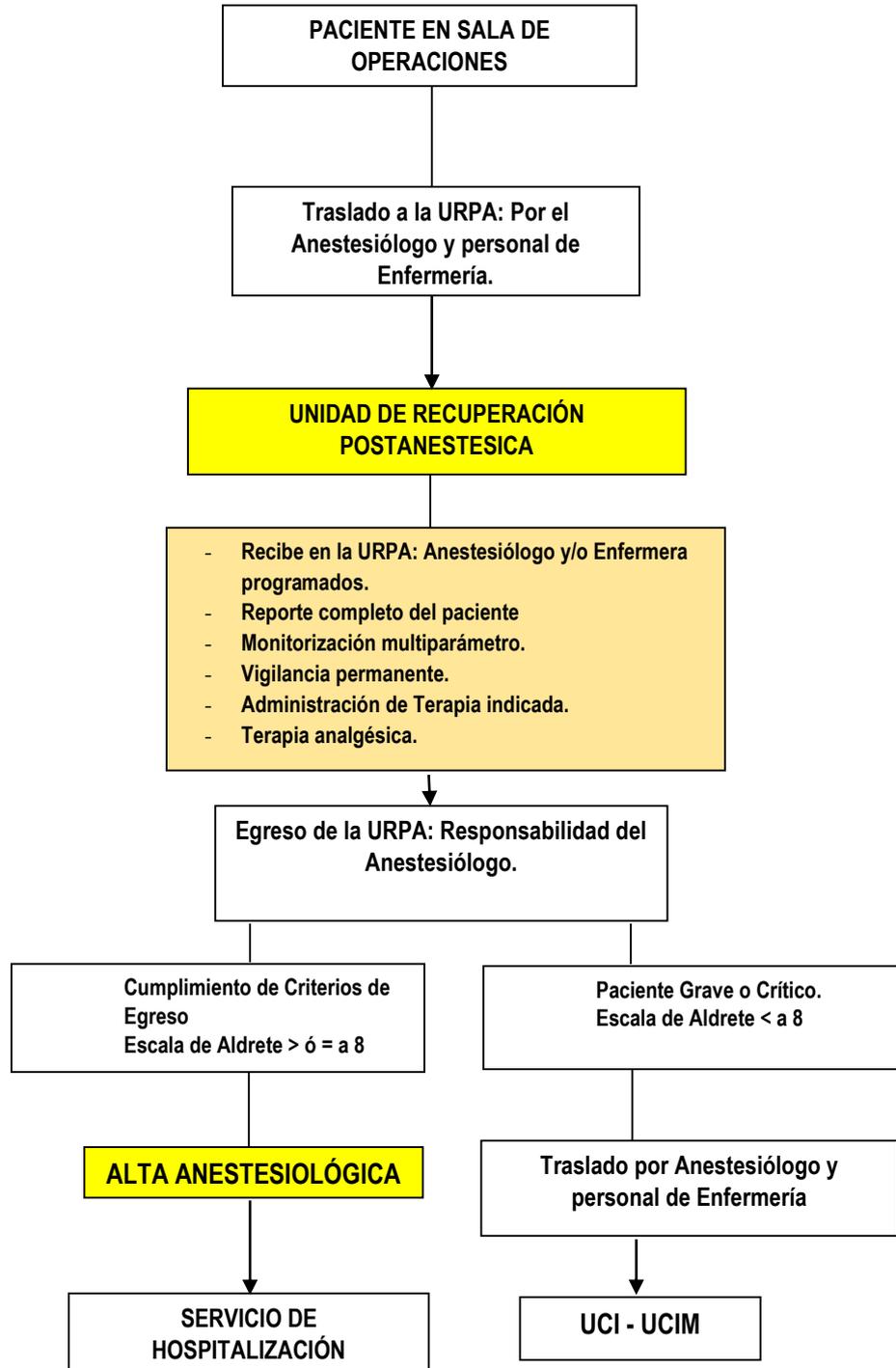
Anexo 04: ESCALA DE RAMSAY.

Anexo 05: ESCALA DE GLASGOW DEL COMA.

Anexo 06: RIESGO ANESTÉSICO – ASA

Anexo 07: FORMATO DE RECUPERACION POSTANESTESICA.

Anexo 01: FLUJOGRAMA



Anexo 02: ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA.

Características		Puntos
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntariamente o ante órdenes	2
	Mueve 2 extremidades voluntariamente o ante órdenes	1
	Incapaz de mover extremidades	0
Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser libremente	2
	Disnea o limitación a la respiración	1
	Apnea	0
Circulación	Presión arterial \leq 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial 20 – 49% del nivel preanestésico	1
	Presión arterial \geq 50% del nivel preanestésico	0
Conciencia	Completamente despierto	2
	Responde a la llamada	1
	No responde	0
Saturación arterial de oxígeno (SaO ₂)	Mantiene SaO ₂ > 92% con aire ambiente	2
	Necesita O ₂ para mantener SaO ₂ > 90%	1
	SaO ₂ < 90% con O ₂ suplementario	0

Anexo 03. ESCALA DE BROMAGE.

PUNTAJE	DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE
0	No parálisis. Sin bloqueo motor.
1	Incapacidad para levantar los miembros inferiores en extensión
2	Incapacidad para mover la rodilla. Puede mover el pie.
3	Incapacidad para mover el tobillo

Anexo 04. ESCALA DE RAMSAY.

PUNTAJE	DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE	NIVEL DE SEDACIÓN
1	Ansioso, agitado, no colaborador	Despierto
2	Cooperador, orientado, tranquilo	Despierto
3	Dormido, pero responde a ordenes sencillas	Sedación/analgesia
4	Dormido, pero responde a estímulo táctil u órdenes en voz alta	Sedación profunda
5	Difícil de despertar, requiere estímulos más fuertes	Sedación profunda
6	No responde incluso a estímulos dolorosos	Anestesia general

Anexo 05. ESCALA DE GLASGOW DEL COMA.

APERTURA DE OJOS	PUNTAJE
Espontanea	4
A la palabra	3
Al dolor	2
Ninguna	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientado	5
Conversación confusa	4
Palabras incomprensibles	3
Sonidos incomprensibles	2
Ninguna	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece	6
Localiza	5
Retira	4
Flexión anormal	3
Respuesta extensora	2
Ninguna	1
Total	15

Anexo 06. RIESGO ANESTÉSICO – ASA

Clase ASA	CORRELACIÓN CLÍNICA
I	Enfermo sano
II	Leve alteración de la salud sin cambios funcionales
III	Grave alteración de la salud con limitaciones funcionales
IV	Amenaza constante para la vida.
V	Estado moribundo

Anexo 07. FORMATO DE RECUPERACION POSTANESTESICA.
Aprobado con R.D. N°132-2023-MINSA-HSR-DG del 18 de mayo 2023



HOJA DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA



FECHA:	HORA DE INGRESO A RECUPERACIÓN:	HORA DE EGRESO A RECUPERACIÓN:	HCL:
APELLIDO Y NOMBRE:		EDAD:	
SEXO: M F ()	PEÑO:	TIPO DE INTERVENCIÓN: EMERGENCIA ELECTIVA	
DIAGNÓSTICO POSTERIORITARIO:			
CIRUGÍA REALIZADA:		TIEMPO QUIRÚRGICO:	
TIPO DE ANESTESIA:		ANESTESIOLOGO (X):	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:		ALERGIAS: SI NO	
SERVICIO DE PROCEDENCIA:		N° DE CAMA:	

ESCALA DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA (ALDRETE)

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	HORA	
		INGRESO	EGRESO
ACTIVIDAD	3. CAPAZ DE MOVER 4 EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE A LA ORDEN		
	1. CAPAZ DE MOVER 2 EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE A LA ORDEN		
	0. CAPAZ DE MOVER 0 EXTREMIDADES		
RESPIRACIÓN	3. CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDO Y LIBREMENTE.		
	1. DOMEA O RESPIRACIÓN LIMITADA		
	0. APNEA.		
CIRCULACIÓN	3. P.A. 20% DEL NIVEL PRE-ANESTÉSICO		
	1. P.A. 30%-80% DEL NIVEL PRE-ANESTÉSICO		
	0. P.A. 90% DEL NIVEL PRE-ANESTÉSICO		
CONCIENCIA	3. COMPLETAMENTE DESPIERTO.		
	1. DESPIERTO AL LLAMADO		
	0. NO RESPONDE		
SATURACIÓN	3. MANTIENE SADO 90% CON AIRE AMBIENTAL.		
	1. NECESITA O ₂ PARA MANTENER SADO 90%.		
	0. SADO <90% CON O ₂ SUPLEMENTARIO.		
Total:			

ESCALA DE BROMAGE

	INGRESO	EGRESO
0 SIN BLOQUEO MOTOR.		
1 PUEDE DOBLAR LA RODILLA, MOVER EL PIE, PERO NO PUEDE LEVANTAR LA PIERNA.		
2 PUEDE MOVER SOLAMENTE EL PIE.		
3 NO PUEDE MOVER EL PIE O RODILLA.		

SEDACIÓN: ESCALA DE RAMSAY

	INGRESO	EGRESO
INGUIERTO, ANSIOSO, AGITADO	1	
DESPIERTO, TRANQUILO, ORIENTADO	2	
RESPONDE SOLAMENTE AL CONTACTO VERBAL	3	
RESPONDE BRUSCAMENTE A ESTÍMULOS	4	
RESPONDE PERIODICAMENTE A ESTÍMULOS	5	
NO RESPONDE A NINGÚN ESTÍMULO	6	

TRATAMIENTO EVALUACIÓN E INDICACIONES

NOMBRE, APELLIDO, FIRMA, SELLO, C.M. P. MEDICO ANESTESIOLOGO

N°07b

I. VALORACIÓN DE LA ENFERMERA									
DOMINIO 3: NUTRICIÓN		EMESIS		DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN		SECA			
HIDRATACIÓN		BILIOSO		CATETERES INVASIVOS		LIMPIA			
CL NA 9%		PORRACED		C.V. PERIFERICO		CONTAMINADA			
DEXTROSA 5%		ALIMENTICIO		C.V. CENTRAL		CON SECRECIÓN SEROSA			
POLIGELINAS		OTROS		OTROS		CON SECRECIÓN HEMÁTICA			
HEMOCORINADOS		DRENAJES		PIEL		CON SECRECIÓN PURULENTA			
PAQUETE GLOBLAR		DPR		NORMAL		ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS			
PLASMA		D. BILIAR		PALIDA		CAIDAS PREVIAS		SI	1
PLAQUETAS		D. TUBULAR		CIANOSIS		NO		NO	0
OTROS		D. TORAX		OTROS		TRANQUILIZANTES			
ABDOMEN		D. A PRESIÓN NEGATIVA		TEMPERATURA		SEDANTES, DIURETICO			
BLANCO/DEPRESIBLE		OTROS		HIPOTERMIA		NUNCA/OTROS			
DISTENDIDO		DOMINIO 4 : ACTIVIDAD/REPOSO		HIPERTERMIA		NINGUNO			
GLOBULOSO		APOYO VENTILATORIO		NORMOTERMIA		ALTERACIONES VISUALES			
DOLOROSO		RESUCITADOR MANUAL		ESCALA DE RIESGO DE LPP (NORTON)		DÉFICIT SENSORIAL			
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN		F.E.T/TQT		PUNTOS		RIESGO		AUDITIVAS	
URNARIO		F. MAYO		DE 5-8		MUY ALTO		NINGUNO	
NORMAL		OTROS		DE 9-12		ALTO		CONFUSO	
SONDA VESICAL		OTROS		DE 13-14		MEDIO		ORIENTADO	
HEMATURIA		DOMINIO 8: PERCEPCIÓN/CONCIENCIA		DE 14 A MAS		NO RIESGO		SEGURA CON AYUDA	
OTROS		ESCALA DE GLASGOW		PUNTAJE TOTAL:		DRAMATILIZACIÓN			
DIGESTIVO		APERTURA OCULAR		LESIÓN POR PRESIÓN (LPP)		PUNTAJE TOTAL:			
SNG		4 - 3 - 2 - 1		LOCALIZACIÓN:		DOMINIO 12: COMODIDAD/CONFORT			
SOG		APERTURA VERBAL		GRADO: I () II () III () IV ()		0 2 4 6 8 10			
SUDOSTOMIA		5 - 4 - 3 - 2 - 1		PRESENCIA DE HERIDA OPERATORIA		0 2 4 6 8 10			
COLOSTOMIA		RESPUESTA MOTORA		LOCALIZACIÓN:		0 2 4 6 8 10			
OTROS		6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1		CUBIERTA CON GASAS/APOSITOS		LOCALIZACIÓN DEL DOLOR:			

II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

III. PLANTEAMIENTO

OBJETIVO:

IV. INTERVENCIONES	HORA	MEDICAMENTO	DOSES	VIA

CONTROL DE FUNCIONES VITALES

HORA	5'	10'	15'	30'	1hr	2hrs	3hrs	4hrs	5hrs	6hrs	7hrs
F. ARTERIAL											
F. CARDIACA											
RESPIRACIÓN											
TEMPERATURA											
SATURACIÓN											

BALANCE HÍDRICO			
INGRESO	VOLUMEN	EGRESO	VOLUMEN
CLNA 9%		SANGRADO INTRAOPER	
DEXTROSA 5%		URINOSNG	
COLOIDES		DRENAJE	
SANGRE		DIURESIS	
HEMOCORINADOS		SEPOSICIÓN	
AGUA ENDOGENA		PERDIDAS INSENSIBLES	
OTROS		OTROS	
TOTAL		TOTAL	

V. EVALUACIÓN

BH TOTAL

NOMBRES, APELLIDOS, FIRMA, SELLO, C.E.P. ENFERMERA(O) RESPONSABLE

X. BIBLIOGRAFÍA

1. C. Benavides, F. Prieto, M. Torres. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Controles posquirúrgicos. Colombian Journal of Anesthesiology, Volumen 43, Issue 1, January–March 2015, Pages 20-31
2. Mabel Esteban. Esquemas y conceptos para la práctica de la Anestesia. Sección “Esquemas para la Sala de Recuperación Postanestésica “. Páginas 173 a 189. Sociedad Platense de Anestesiología- Año 2014.URL: www.anestesia.org.ar
3. Practice Guidelines for Postanesthetic Care. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology. V 118 • No 2. February 2013.
4. C. Nazar J., J. Bastidas E y otros. Prevención y Tratamiento de pacientes con náuseas y vómitos postoperatorios. Revista Chilena de Cirugía. 2017.69(5): 421-428.
5. J. Castrodeza Sans. “Guías de Práctica Clínica sobre cuidados perioperatorios en Cirugía mayor abdominal”. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. España. 2016. Páginas del 65 al 72.
6. Laszlo Vimlati, Fernando Gilsanz and Zeev Goldik. Quality and safety guidelines of postanestésica care. Working Party on Post Anesthesia Care (approved by the European Board and Section of Anesthesiology, Union Européenne des Medecins Specialistes) European Journal of Anesthesiology 2009, 26:715–721.
7. Villavicencio R., Recomendaciones y estándares para el cuidado postanestésico inmediato y el funcionamiento de La Unidad de Recuperación (URPA). Revista Colombiana de Anestesiología, 1996; 24 (3): 239-256.
8. Feeley T.W. Post Anesthesia Care Unit en Miller R. D. ANESTHESIA, Churchill- Livinstone, New-York, 1994, 4 th ed: 2307-2325.
9. Willock M., Post anesthesia Care Unit Administration and Staffing, ANEST NORTH AM, 1990; 8: 223-233.
10. Vargas W., Sarmiento C., Guía de Manejo de la Unidad de Recuperación Postanestésica de La Clínica San Pedro, ISS, Bogotá D.C.
11. Rose DK, Cohen MM, Wigglesworth DF, Deboer DP. Critical respiratory events in the post-a care unit. Patient, surgical and anesthetic factors. Anesthesiology, 1994; 81: 410-418.

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio



www.hsr.gob.pe



HospitalSantaRosaPuebloLibre



hsrsantarosa



Hospital Santa Rosa