

## ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACIÓN\*

*Javier Rubén Tovar Brandán<sup>1</sup>,  
Javier Rolando Tovar Brandán<sup>2</sup>,  
Ada Graciela Pastor Goyzueta<sup>3</sup>,  
Keveen Steve Salirrosas Flores<sup>4</sup>*

---

\* Recibido: 25 de enero del 2013; aprobado: 30 de marzo del 2013.

- 1 Médico Cirujano. Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Especialista en Anestesiología, Maestría en Bioética y Derecho Sanitario y Administración Estratégica, Doctorando en Gestión Empresarial.
- 2 Médico Cirujano. Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Especialista en Anestesiología, Maestría en Ingeniería Biomédica y Acreditación de Hospitales, Doctorando en Gestión Empresarial.
- 3 Médico Cirujano. Egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Especialista en Medicina Interna, Maestría en Salud Pública, Doctoranda en Gestión Empresarial
- 4 Médico Cirujano. Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo. Especialista en Auditoría Médica, Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, Doctorando en Gestión Empresarial.

## RESUMEN

La acreditación es un proceso por el cual una entidad, separada y diferente de la organización de atención sanitaria, por lo general no gubernamental, evalúa la organización sanitaria para determinar si cumple con una serie de requisitos (estándares) diseñados para mejorar la seguridad y la calidad de la atención. Por lo general, la acreditación es voluntaria. Los estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables. La acreditación proporciona un compromiso visible por parte de una organización de mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente, asegurar un entorno de atención seguro y trabajar permanentemente para la disminución de riesgos, tanto para los pacientes como para el personal. La acreditación ha obtenido la atención mundial como evaluación efectiva de la calidad y como herramienta de gestión. La anestesiología como rama de la medicina humana es, a la vez, ciencia y arte, y como tal, se orienta al logro de la más alta calidad de vida y se fundamenta en el respeto a las personas y a la dignidad humana (Sección Primera del Código de Ética y Deontología Médica del CMP). La acreditación de los Servicios de Anestesia, Analgesia y Reanimación del Sector Salud, permitirá la optimización de los recursos y el mejoramiento de la calidad de atención de salud.

**Palabras clave:** Acreditación, sistema de los servicios de Anestesia, Analgesia y reanimación.

## ACCREDITATION SERVICES ANESTHESIA ANALGESIA AND REANIMATION

### ABSTRACT

*Accreditation is a process in which an entity , separate and distinct from the healthcare organization , so no government generally assesses the health organization to determine if you meet certain requirements (standards) designed to improve the safety and quality of care . Generally, accreditation is voluntary. Accreditation standards are usually regarded as optimal and achievable. Accreditation provides a visible commitment by an organization to improve the safety and quality of patient care , ensuring a safe environment for staff and continually work to reduce risks for both patients and staff . Accreditation has gained*

*worldwide attention as an effective quality assessment and as a management tool . Anesthesiology as a branch of human medicine is both science and art, and as such, is aimed at achieving the highest quality of life and is based on respect for people and Human Dignity (Section One of the Code Ethics and Medical Ethics CMP). Accreditation Services Anesthesia, Analgesia and Reanimation Health Sector, will enable the optimization of resources and improve the quality of health care.*

**Key words:** *Accreditation System of Anesthesia, Analgesia and resuscitation.*

## **INTRODUCCIÓN**

El objetivo del Sistema Nacional de Acreditación (Certificación) de Establecimientos de Salud es coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.

En este contexto, la acreditación de establecimientos de salud es el proceso mediante el cual la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) reconoce a los establecimientos de atención médica que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

**Las ventajas competitivas que adquiere un establecimiento al certificarse, son las siguientes:**

- Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención, la seguridad hospitalaria, la normatividad vigente (exceptuando aquella referente a las finanzas) y las políticas nacionales prioritarias en salud.
- Evidencia el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal de la unidad y la sociedad.

- Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación, al ser una evaluación externa, demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía, que su organización trabaja con estándares de la más alta calidad.
- Prueba que su hospital es competitivo internacionalmente.
- Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

**En el caso de los hospitales privados, estos pueden:**

- Formar parte de una institución prestadora de servicios de salud.
- Tener el reconocimiento y negocio con alguna aseguradora.
- Participar en los procesos de licitación de servicios de atención médica que sean convocados por la administración pública en cualquier orden de gobierno (local, regional y/o nacional).
- Podrán ser incorporados como una innovación a la prestación de servicios de salud a la estrategia nacional de turismo médico.

Asimismo, los hospitales del Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud EsSalud, FFAA, PNP y de los Servicios Públicos de Salud podrán incorporarse o poder seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud.

El proceso para certificar hospitales está compuesto de 3 fases, a través de las cuales la Superintendencia Nacional de Salud evalúa el cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en la estructura, procesos y resultados. Dichas fases son:

- Inscripción y autoevaluación.
- Auditoría.
- Dictamen - acreditación.

## **ENFOQUE DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES**

En el proceso de acreditación (certificación), la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) evalúa que los hospitales:

1. Asuman la responsabilidad de la seguridad del paciente como parte de su misión organizacional.
2. Brinden atención médica centrada en las necesidades específicas de cada paciente garantizando la continuidad de la atención.
3. Respeten en todo momento los derechos de los pacientes y propicien su participación en los procesos de atención, sustentándose en la educación adecuada al contexto sociocultural.
4. Cuenten con personal en cantidad y competencias idóneas para las actividades, funciones y responsabilidades a su cargo.
5. Tengan implementados procesos de atención médica estandarizados, uniformes y con criterios de seguridad para los pacientes que atienden.
6. Dispongan de espacios, insumos, equipo e instrumental en óptimas condiciones, que garanticen un ambiente seguro para el desarrollo de los procesos de atención.
7. Gestionen el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica y seguridad de los pacientes con base en la evidencia científica, uso de indicadores y aprendizaje de los eventos centinela, adversos y cuasi fallas.
8. Mantengan o desarrollen condiciones óptimas y deseables de seguridad y satisfacción del personal que ahí labora.
9. Puedan brindar atención médica en forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre.
10. Desarrollen una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de “Primero no dañar” sea una prioridad permanente de toda organización.

El director de un hospital que desee incursionar en el proceso de acreditación (certificación) debe asegurarse, desde el momento en que inscribe a su establecimiento ante la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), que cumple la totalidad de los “Estándares para la Certificación de Hospitales”, ya que reconoce que el incumplimiento de alguno de ellos implica, en mayor o menor medida, un riesgo para el paciente y/o para su personal.

## **ESTRUCTURA DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES**

Los estándares para acreditar (certificar) hospitales, en la actualidad constan de **3 secciones**:

- Las metas internacionales para la seguridad del paciente;
- Los estándares centrados en el paciente; y
- Los estándares centrados en la gestión del establecimiento de atención médica.

**Las metas internacionales para la seguridad del paciente, identifican áreas de alto riesgo en los hospitales y describen soluciones basadas en evidencias y conocimientos de expertos.**

**Las metas internacionales para la seguridad del paciente son:**

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

**Los estándares centrados en el paciente abarcan los siguientes apartados:**

- Acceso y continuidad de la atención.
- Derechos del paciente y de su familia.
- Evaluación de pacientes.
- Servicios auxiliares de diagnóstico.
- Atención de pacientes.
- Anestesia y atención quirúrgica.
- Manejo y uso de medicamentos.
- Educación del paciente y de su familia.

**Los estándares centrados en la gestión abarcan los siguientes apartados:**

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Prevención y control de infecciones.
- Gobierno, liderazgo y dirección.
- Gestión y seguridad de las instalaciones.
- Calificaciones y educación del personal.
- Manejo de la comunicación y la información.

El **estándar** es un enunciado que define las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de buena calidad.

El **propósito** es una breve explicación de la justificación, significado, alcance y trascendencia de un estándar; puede contener expectativas detalladas del estándar que se evalúa en el proceso de auditoría.

Los **elementos medibles (EM)** son aquellos requisitos del estándar a los que se les asignará una calificación durante el proceso de auditoría; enumeran lo que es necesario satisfacer, a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta. Los elementos se califican con la siguiente escala:

- NA (sin valor): no aplica el elemento medible y reduce el denominador para calcular adecuadamente el porcentaje de cumplimiento.
- Cero (0): no cumple.
- Cinco (5): cumple parcialmente.
- Diez (10): cumple totalmente.

Por lo tanto, cada elemento medible de un estándar se califica como “cumple”, “cumple parcialmente”, “no cumple” o “no aplica”.

Se califica como “**cumple**” cuando la respuesta es “sí” o “siempre” al requerimiento específico del elemento medible; pero también cuando:

- Se observa consistencia en el periodo inmediato anterior de 12 meses para recertificación;
- Se observa consistencia en el periodo inmediato anterior de cuatro meses para primera certificación con los estándares internacionales del Consejo de Salubridad General.

Se califica como “**cumple parcialmente**” cuando la respuesta es “habitualmente” o “a veces”, al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:

- Se observa consistencia en un periodo inmediato anterior de 5 a 11 meses para recertificación.
- Se observa consistencia en un periodo inmediato anterior de 1 a 3 meses para primera certificación con los estándares internacionales de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se califica como “**no cumple**” si la respuesta es “rara vez” o “nunca” al requerimiento específico del elemento medible. Pero también cuando:

- Se observa consistencia en un periodo inmediatamente anterior de 0 a 4 meses para recertificación;

- Se observa consistencia en un periodo inmediatamente anterior de menos de un mes para primera certificación con los estándares internacionales de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Se califica como **“no aplica”** los requerimientos del elemento medible que no corresponden a la misión, servicios y tecnología que tiene el hospital.

Las reglas anteriormente descritas se aplican de la misma manera a los elementos medibles que contengan distintos componentes desglosados en viñetas o incisos; por ejemplo, un elemento medible que contenga cuatro incisos debe cumplirlos en su totalidad para poder ser calificado con los criterios de temporalidad arriba descritos.

## **METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

### International Patient Safety Goals

#### **PERPECTIVA GENERAL**

El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia como en el conocimiento de expertos.

Las metas están estructuradas de la misma manera que los demás apartados. Incluyen un estándar, un propósito y elementos medibles. Las metas se califican en forma similar a los demás estándares como “cumple”, “cumple parcialmente” o “no cumple”, y de acuerdo con las reglas de decisión para dictaminar la certificación de hospitales aprobadas por el Consejo de Salubridad General. Ningún elemento medible (EM) debe obtener calificación de cero o cinco si el hospital desea certificarse. Por esta razón se señalan como estándares indispensables.

### **Las metas y sus objetivos son:**

1. Identificar correctamente a los pacientes.

Objetivo: *Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.*

2. Mejorar la comunicación efectiva.

Objetivo: *Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.*

3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Objetivo: *Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.*

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Objetivo: *Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.*

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

Objetivo: *Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos.*

6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Objetivo: *Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.*

## **MODELO ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACIÓN**

### **ANESTESIA**

#### **Perspectiva general**

El empleo de anestesia y sedación, así como las intervenciones quirúrgicas son procesos comunes y complejos dentro de un hospital,

por lo cual requieren una evaluación completa, atención coordinada e integral, control constante del paciente y énfasis en la continuidad de la atención.

No trata sobre el uso de la sedación mínima (ansiolisis); por consiguiente, el empleo del término “anestesia” incluye la sedación moderada y la profunda.

Los estándares para anestesia y cirugía son aplicables en todos los entornos donde se utilicen anestesia y/o sedación moderada o profunda, al igual que donde se lleven a cabo procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos invasivos que requieran un consentimiento informado; por ejemplo en: quirófano, unidades de cirugía ambulatoria, clínicas dentales, servicios de urgencia y áreas de cuidados intensivos.

**La seguridad del paciente.** Se define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria, hasta un mínimo aceptable.

## **ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN**

### **Estándar 1**

Los servicios de anestesiología están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen los estándares, leyes, reglamentos y normatividad correspondiente.

### **Propósito de 1**

El establecimiento cuenta con proceso sistemático para proporcionar los servicios de anestesia (incluidas la sedación moderada y profunda) requeridos por sus pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los prestadores de atención médica. Los servicios de anestesia, sean propios o subrogados, cumplen los estándares.

res, leyes y reglamentos y normatividad correspondiente. Hay servicios de anestesia disponibles para casos de urgencia.

Toda subrogación de servicios de anestesia se basa en sus antecedentes, capacidad técnica, historial aceptable de calidad y seguridad del paciente.

### **Elementos medibles de 1**

1. Los servicios de anestesia, propios o subrogados, cumplen los estándares, leyes reglamentos y normatividad correspondientes, locales y nacionales.
2. Hay servicios de anestesia adecuados para atender las necesidades de los pacientes.
3. Hay servicios de anestesia disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.
4. Los servicios subrogados de anestesiología se seleccionan basándose en un sus antecedentes, capacidad técnica y un historial aceptable de calidad y seguridad del paciente.

### **Estándar 2**

Un médico anestesiólogo es el responsable de gestionar los servicios de anestesia.

### **Propósito de 2**

Los servicios de anestesia se encuentran bajo la dirección de un médico anestesiólogo, de conformidad con las leyes, reglamentos y normas correspondientes. Este profesional asume la responsabilidad de los servicios de anestesia proporcionados. Las responsabilidades incluyen:

- La elaboración, implementación y mantenimiento de políticas y procedimientos;

- La supervisión administrativa;
- La implementación de un programa de control de calidad;
- La recomendación de subrogar servicios; y
- El control y la revisión de todos los servicios de anestesia.

### **Elementos medibles de 2**

1. Los servicios de anestesia se encuentran bajo la dirección y responsabilidad de un médico anesthesiologo, de conformidad con las leyes, reglamentos y normatividad vigentes.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y mantenimiento de políticas y procedimientos.
3. Las responsabilidades incluyen la supervisión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad.
5. Las responsabilidades incluyen la recomendación de subrogar servicios de anestesia.
6. Las responsabilidades incluyen el control y la revisión de todos los servicios de anestesia.
7. El médico anesthesiologo asume responsabilidades.

#### **Estándar 3**

Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.

#### **Estándar 3.1**

El anesthesiologo lleva a cabo una evaluación presedación.

### **Estándar indispensable 3.2**

Durante la sedación y el periodo de recuperación se monitoriza al paciente.

#### **Propósito de los estándares. 3, 3.1, 3.2.**

La sedación, en particular la moderada y profunda, representa riesgos para los pacientes; por consiguiente, es preciso administrarla empleando políticas y procedimientos. Entre los elementos importantes a tener en cuenta se incluyen la capacidad del paciente para mantener los reflejos de protección, una vía respiratoria independiente continua y la respuesta a los estímulos físicos o las órdenes verbales.

#### **Las políticas y procedimientos de sedación identifican:**

- a) La forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas.
- b) La documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
- c) El consentimiento informado;
- d) Las evaluaciones y monitorización del paciente;
- e) Las competencias del personal involucrado en el proceso de sedación;
- f) La disponibilidad y el uso de equipo especializado; y
- g) Los servicios y médicos no anesthesiólogos que pueden aplicar sedación.

El anesthesiólogo realiza una evaluación previa a la sedación para asegurarse que el nivel de sedación planeado sea adecuado para el paciente. La política del establecimiento define el alcance y el contenido de esta evaluación.

El médico anesthesiólogo es el responsable de realizar un control

ininterrumpido de los parámetros fisiológicos del paciente y de prestar asistencia en las medidas de apoyo o reanimación.

Los anestesiólogos son los responsables de realizar el control y proporcionar el equipo y suministros para sedación proporcionada en otras áreas dentro del establecimiento, por ejemplo, en la sala de operaciones y en la clínica ambulatoria medico - quirúrgica.

Estándar 3. Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.

### **Elementos medibles de 3**

1. Hay políticas y procedimientos que se utilizan para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda, donde se identifican al menos los siguientes elementos:
  - La forma en que se desarrollará la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales;
  - La documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
  - Las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;
  - Los requisitos de control del paciente;
  - Las competencias del personal involucrado en el proceso de sedación;
  - La disponibilidad y el uso de equipo especializado.
2. Las políticas y procedimientos guían el proceso de aplicación de sedación por un médico no anestesiólogo. Se identifican los médicos y los servicios autorizados.
3. El médico anestesiólogo participa en la elaboración de las políticas y procedimientos.
4. La sedación moderada y profunda se administran conforme a la política del hospital.

### **Estándar 3.1**

El anestesiólogo realiza una evaluación de presedación.

#### **Elementos medibles de 3.1**

1. Se cuenta con una política que define el alcance y contenido de la evaluación presedación.
2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un médico anestesiólogo o autorizado, conforme a la política del establecimiento.
3. Se documenta en el expediente clínico los resultados de dicha evaluación.

### **Estándar 3.2**

Durante la sedación y el periodo de recuperación se monitoriza al paciente.

#### **Elementos medibles de 3.2**

1. Los pacientes son monitoreados durante la sedación.
2. Los pacientes son monitoreados durante el periodo de recuperación.
3. Los resultados de la monitorización se registran en el expediente clínico.

### **ESTÁNDAR INDISPENSABLE**

### **Estándar 4**

El anestesiólogo realiza una evaluación preanestésica y otra previa a la inducción

#### **Propósito de 4**

Como la anestesia conlleva un alto nivel de riesgo, su administración se planifica minuciosamente. Se cuenta con políticas y procedimientos que guían la administración de anestesia.

**La evaluación preanestésica proporciona información necesaria para:**

- Seleccionar la anestesia y su planificación;
- Administrar el anestésico adecuado en forma segura; e
- Interpretar los hallazgos del control del paciente.

En todo procedimiento programado o de urgencia que requiera anestesia, obligadamente el médico anestesiólogo realizará una valoración preanestésica en un marco corto de tiempo. Como la evaluación preanestésica puede realizarse previa a la admisión o al procedimiento quirúrgico, se vuelve a evaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.

#### **Elementos medibles de 4**

1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente. Se vuelve a evaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
2. Las dos valoraciones las realizan médicos anestesiólogos.
3. Las dos valoraciones se documentan en el expediente clínico.

#### **Estándar 5**

Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente.

#### **Propósito de 5**

La atención anestésica se planifica y documenta en el expediente clínico. El plan tiene en cuenta la información de otras evaluaciones,

identifica la anestesia a utilizar, el método de administración, otros medicamentos y líquidos, los procedimientos de control durante la cirugía y la atención posanestésica.

### **Elementos medibles de 5**

1. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.
2. Se documenta el plan.

#### **Estándar 5.1**

Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

### **Propósito de 5.1**

El proceso de planeación anestésica incluye la educación del paciente, de su familia o de las personas responsables de tomar decisiones sobre los riesgos, beneficios y alternativas relacionadas con la anestesia planeada y la analgesia posoperatoria. Esta información se otorga como parte del proceso de obtención del consentimiento anestésico. Esta educación la imparte un anestesiólogo.

### **Elementos medibles de 5.1**

1. Se educa al paciente, la familia y a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia.
2. Esta educación la imparte un anestesiólogo.

#### **Estándar 5.2**

Se anota en el expediente del paciente la anestesia y la técnica anestésica utilizada.

### **Propósito de 5.2**

Se anota en el expediente del paciente la anestesia y la técnica anestésica utilizada.

### **Elementos medibles de 5.2**

1. Se anota en el expediente del paciente la anestesia utilizada.
2. Se anota en el expediente del paciente la técnica anestésica utilizada.

### **ESTÁNDAR INDISPENSABLE**

#### **Estándar 5.3**

Durante la administración de anestesia, se controla permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su expediente.

### **Propósito de 5.3**

El control fisiológico ofrece información confiable acerca del estado del paciente durante la administración de la anestesia y en el periodo de recuperación. Los métodos de control dependen del estado del paciente previo a la anestesia, la elección de anestesia y la complejidad del procedimiento quirúrgico o de otro tipo durante la anestesia. No obstante, en todos los casos, el proceso de control es continuo y los resultados se anotan en el expediente clínico del paciente.

### **Elementos medibles de 5.3**

1. Se monitorea permanentemente el estado fisiológico durante la administración de la anestesia. Los resultados del control se anotan en el expediente.
2. Políticas y procedimientos guían la monitorización del paciente durante la administración de anestesia.

3. El procedimiento de inicio y finalización de aplicación de anestesia se realiza en presencia de un médico anesthesiólogo calificado o de un médico residente de anesthesiología supervisado.

#### **Estándar 6**

Se controla y documenta el estado postanestésico de cada paciente. Cada paciente es dado de alta del área de recuperación por un médico anesthesiólogo calificado.

#### **Propósito de 6**

El control durante la anestesia es la base del control durante el periodo de recuperación posanestésica. La recolección y el análisis de datos permanentes y sistemáticos sobre el estado del paciente en recuperación, respaldan las decisiones sobre el traslado del paciente a otras áreas y a servicios menos intensivos. El registro de los datos de control proporciona la documentación para respaldar las decisiones del alta.

**El alta del área de recuperación posanestésica se da a través de una de las siguientes vías:**

- a) Un médico anesthesiólogo responsable de gestionar los servicios de anestesia dará de alta al paciente;
- b) Un médico anesthesiólogo dará de alta al paciente conforme a los criterios establecidos para la atención posanestésica. El alta se documentará en el expediente clínico del paciente;
- c) El paciente es dado de alta y trasladado a un área para la recuperación posanestésica; como, por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares, o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras.

Se registran la hora de llegada al área de recuperación y la hora del alta de la misma.

## **Elementos medibles de 6**

1. Durante el periodo posanestésico se controla a los pacientes de acuerdo a su estado.
2. Los hallazgos del control se ingresan en el expediente clínico del paciente.
3. Los pacientes son dados de alta de la unidad de recuperación posanestésica conforme a las alternativas siguientes:
  - a. Un médico anesthesiólogo responsable de gestionar los servicios de anestesia, dará de alta al paciente;
  - b. Un médico anesthesiólogo dará de alta al paciente conforme a los criterios establecidos para la atención posanestésica. El alta se documentará en el expediente clínico del paciente;
  - c. El paciente es dado de alta y trasladado a un área para la recuperación pos anestésica; como, por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras.
4. La hora de inicio y terminación de la recuperación se registran en el expediente clínico.

## **DOLOR**

### **Perspectiva general**

Los pacientes que padecen dolor, así como sus familias, requieren una atención centrada en sus necesidades. Es posible que los pacientes padezcan dolor asociado con tratamientos o procedimientos, tales como dolor postoperatorio, durante una sesión de fisioterapia o asociado con enfermedades crónicas o agudas, así como mujeres en trabajo de parto.

El manejo del dolor tiene en cuenta el entorno donde se presta la atención o el servicio, el tipo de servicios prestados y la población atendida de pacientes. El establecimiento elabora procesos para manejar el dolor, los cuales:

- Aseguran a los pacientes que su dolor y síntomas serán evaluados y manejados debidamente;
- Garantizan que los pacientes que padecen dolor sean tratados con dignidad y respeto;
- Evalúan a los pacientes con tanta frecuencia como sea necesario para identificar su dolor;
- Planifican enfoques preventivos y terapéuticos para manejar el dolor; y
- Educan a los pacientes y al personal acerca del manejo del dolor.

### **Estándar 7**

Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor.

### **Propósito de 7**

El dolor puede ser habitual en la experiencia del paciente; el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. Se respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación y manejo adecuados del dolor. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento cuenta con procesos para evaluar y manejar el dolor en forma adecuada a todos los pacientes, incluidos:

- a) La identificación de pacientes con dolor durante la valoración inicial y las revaloraciones;
- b) El manejo del dolor conforme a las política del establecimiento;
- c) La comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas, en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas; y
- d) La educación de los prestadores de atención médica acerca de la evaluación y el manejo del dolor.

### **Elementos medibles de 7**

1. A todos los pacientes se les evalúa el dolor desde su evaluación inicial y se reevalúa de acuerdo a la política del establecimiento.
2. Existe una política que guía el tratamiento del dolor en toda la organización, y que incluye al menos lo siguiente:
  - a) La forma en que tendrá lugar la planificación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas - pediátricas, oncológica - no oncológica.
  - b) La documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva;
  - c) Las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;
  - d) Los requisitos de control del paciente;
  - e) Las competencias o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de atención; y
  - f) La disponibilidad y el uso de equipo especializado.
3. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme a la política.
4. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento cuenta con procesos de comunicación y educación de pacientes y familiares respecto al dolor.
5. Basándose en el alcance de los servicios prestados, el establecimiento capacita al personal acerca de la evaluación y manejo del dolor.

### **CONCLUSIONES**

La normatividad de acreditación de hospitales en la actualidad debe tener presente las 3 secciones presentes en forma integral:

1. Las metas internacionales para la seguridad del paciente;
2. Los estándares centrados en el paciente; y
3. Los estándares centrados en la gestión del establecimiento de atención médica.

## RECOMENDACIÓN

Las sociedades científicas deben proponer los estándares mínimos que se acreditarán de manera general especialmente en la acreditación de hospitales en el ámbito de sus competencias.

## GLOSARIO

**Acreditación.** Procedimiento de evaluación de los establecimientos asistenciales (hospitales, clínicas, otros) voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción.

Podría decirse que un establecimiento asistencial "acredita" o es "acreditado" cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

**Categorización.** Se entiende la categorización de establecimientos asistenciales como "el mecanismo que procura ordenar la oferta de efectores de salud en categorías, según el criterio de estratificación establecido, y que permite, por lo tanto, definir niveles, concentrar actividades, clasificar las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización y configurar una red de servicios".

**Habilitación.** Procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o quien ella delegue. Se efectúa habitualmente por una vez, previa a la puesta en funcionamiento del efecto y define las

condiciones mínimas estructurales que deben poseer "dichos establecimientos".

Es un procedimiento obligatorio, tanto la efectuada por única vez antes de la puesta en funcionamiento, como la revisión de las habilitaciones ya otorgadas. En todos los casos está avalado por una ley o decreto con vigencia en la jurisdicción respectiva.

**Certificación de especialidad.** Es necesario recordar que los procedimientos señalados están referidos a establecimientos asistenciales, en relación con los recursos humanos. La "certificación de especialidades" ocupa un lugar de especial importancia en el marco de las garantías de calidad. Se la define como el procedimiento de evaluación de los recursos humanos profesionales, periódico por el cual los profesionales, fundamentalmente médicos, luego de obtener su habilitación, certifican una determinada especialidad y con ello, el aval para la realización de determinadas prácticas de la especialidad.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

1. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006 Ministerio de Sanidad y Consumo Gobierno de España
2. Estándares esenciales. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. "Cirugía ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnóstico-terapéuticas, fuera del área quirúrgica". 2002.
3. Bartolomé A., Gómez-Arnau J.I., García del Valle S., González A., Marzal J.M. The Impact of a Preanaesthesia Equipment Checklist. *Eur. J. Anaesthesiol.* 2004; 21: A-851.
4. Gómez-Arnau J., Santa-Úrsula J.A., Marzal J.M., González A., García del Valle S., Hidalgo I., Arnal D., Puebla G.. Utilización de un sistema de comunicación y análisis de incidentes críticos en un servicio de anestesia. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 2006; 53: 471-78.
5. Informe Técnico Definitivo Enero de 200 World Health Organization Patient Safety.