

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
OFICINA DE ESTADISTICA
01 DIC 2020
SECRETARIA



N° 167-2020/D/HNDY

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es una
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

01 DIC 2020

St. Hugo Armando Irujo
FEDATARIO

Resolución Directoral

Lima, 30 de noviembre de 2020

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 33463-2020, que contiene la Nota Informativa N° 92-2020-DA-HNDM, de fecha 19 de noviembre de 2020, de la Dirección Adjunta, a través del cual solicita la aprobación de la modificación de los formatos, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar, de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es 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, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 486-2005-MINSA, se aprueba la NT N° 030-MINSA/DGSP-V01: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología", con el propósito de mejorar la calidad de atención que se brinda a los pacientes en los Servicios de Anestesiología de los establecimientos públicos y privados del Sector de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" la misma que tiene entre sus objetivos establecer el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud; respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud, en correspondencia con el actual contexto sanitario, y de desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud;

Que, el numeral 5.2.2, de la acotada norma técnica señala que los formatos especiales representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros;

Que, mediante Informe N° 048-2020-OGC-HNDM, de fecha 10 de noviembre de 2020, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, argumenta que los formatos remitidos por la Jefatura del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico (Orden de intervención quirúrgica – Pedido de Sala de Operaciones, Reporte operatorio, Hoja de Anestesia -Monitoreo, Hoja post anestésica – Unidad de Recuperación) han sido modificados para mejorar la información, evaluando las necesidades del servicio y cumplen con los parámetros dispuestos en la normatividad vigente, motivo por el cual recomienda que sean oficializados a través de una resolución directoral;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO" - IGES
EQUIPO DE TRABAJO DE INFORMATICA
02 DIC. 2020
RECEPCION
HORA 12:37 FIRMA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

01 DIC 2020

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO

Que, mediante Nota Informativa N° 92-2020-DA-HNDM, de fecha 19 de noviembre de 2020, el Director Adjunto de la Dirección General, comunica que luego de la revisión de la propuesta de modificación de los formatos: Orden de intervención quirúrgica – Pedido de Sala de Operaciones, Reporte operatorio, Hoja de Anestesia -Monitoreo, Hoja post anestésica – Unidad de Recuperación, considera conveniente su aprobación a través del presente acto resolutivo;

Con las visaciones del Director Adjunto, de la Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Viceministerial N° 001-2020-SA/DMV-PAS, de fecha 17 de enero del 2020, que renueva a partir del 1 de enero de 2020, entre otros, el encargo puesto como Directora General del Hospital Nacional "Dos de Mayo", al médico cirujano Rosario del Milagro Kiyohara Okamoto;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar los formatos del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, denominados:

- **ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA – PEDIDO DE SALA DE OPERACIONES.**
- **REPORTE OPERATORIO**
- **HOJA DE ANESTESIA - MONITOREO**
- **HOJA POST ANESTÉSICA – UNIDAD DE RECUPERACIÓN**

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad verificar el uso adecuado de los formatos aprobados a través del artículo primero de la presente resolución.

Artículo 3°.- Dejar sin efecto todas las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

Artículo 4°.- La Oficina de Estadística e Informática de la institución dispondrá la publicación de la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;

RDMKO/ELVF

- C.c.:
- Dirección General.
 - Dirección Adjunta.
 - Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
 - Ofc. de Gestión de la Calidad
 - Ofc. Asesoría Jurídica.
 - Ofc. Estadística e Informática
 - Ofc. de Control Interno
 - Archivo.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
Dra. ROSARIO DEL MILAGRO KIYOHARA OKAMOTO
Directora General (e)

01 DIC 2020

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO



ORDEN DE INTERVENCION QUIRURGICA
PEDIDO DE SALA DE OPERACIONES



Servicio Para el día:
CAMA Mayor (A) SIS QUIROFANO.....
H.C..... Complejidad Mediana (B) SOAT PesoKgs. TURNO QUIRURGICO.....
Menor (C) PART. Internamiento pre Ox Dias

Nombre
Diagnóstico Pre-operatorio
Cirugía Propuesta.....

Se utilizará: Paquete Quirúrgico
Electroquaterio
Sangre Cantidad
Rayos X
Receta de Anestesia Nº
Set de Ropa Quirúrgica Estéril Desc.....

Tiempo Ox Aprox.....
Cirujano Dr.....
Asistente Dr.....
Residente Dr.....
Interno.....
Anestesiólogo.....
Residente.....

Después de la operación pasará a: URPA..... UCI..... AMBULATORIO.....

Fecha: / / Hora:

Jefe de Servicio
Firma y Sello

Vaga del Jefe de Dpto. de Anestesiología
Firma y Sello



HOJA DE ANESTESIA - MONITOREO



APELLIDOS Y NOMBRES:						N° H.C.:
Edad:	Peso:	Sexo: M F	Hb:	Gs-Rh:	Glucosa:	RQ:
ASA: Escala Glasgow:						DNI/Pasaporte/CE:
Comorbilidades/antecedentes						Servicio:
Diagnóstico Presuntivo:						N° cama:
Procedimiento programado:						SIS <input type="checkbox"/> SOAT <input type="checkbox"/> Pagante <input type="checkbox"/>

HORA:		°C	mmHg	ml	FiO2 %	MAC	mg	ug	mg	mg	
M O N I T O R I Z A C I Ó N	P.Ar. V A	40	220								
	Pulso/FC	39	200								
	Ventilac	38	180								
	T°C	37	160								
	BIS	36	140								
	TOF	35	120								
	Anestesia	34	100								
	Operación	33	80								
	SPO2 (%)		60								
	ETCO2 (mmHg)		40								
Diuresis (ml)		20									
FiO2 %:											
N ₂ O	Aire										
M E D I C A C I Ó N	Sevoflurane (MAC)										
	Midazolam mg										
	Fentanilo ug										
	Propofol mg										
	Rocuronio mg										
Cristaloide:											
coloide:											
Componente sanguíneo:											

Incidencias/complicaciones:
 Si No

POSICIÓN	A. INHALATORIA <input type="checkbox"/>	A. BALANCEADA <input type="checkbox"/>	A. RAQUIDEA <input type="checkbox"/>	BLOQ. NERVIOSO <input type="checkbox"/>	BALANCE HIDRICO		ALDRETE al salir
	A. INTRAVENOSA <input type="checkbox"/>	SEDACIÓN <input type="checkbox"/>	A. EPIDURAL <input type="checkbox"/>	ANEST. LOCAL <input type="checkbox"/>	EGRESO	INGRESO	
D. Supino <input type="checkbox"/>	Vía Aérea libre <input type="checkbox"/>	Cánula binasal <input type="checkbox"/>	Posición: Ecoguiado <input type="checkbox"/>	Deficit:	Cristaloide	Conciencia 1 2 3	
D. Prono <input type="checkbox"/>	M.c.reservorio <input type="checkbox"/>	Traqueostomia <input type="checkbox"/>	Lugar Punción: N° intentos:	P. Insen	Coloide	Respiración 1 2 3	
L. Derecho <input type="checkbox"/>	Intubación oral <input type="checkbox"/>	Intubac. nasal <input type="checkbox"/>	Nivel de bloqueo: Aguja y N°:	Diuresis	P.globular	Circulación 1 2 3	
L. Izquierd <input type="checkbox"/>	Tubo traqueal N°	M. Laringea N°	Lidocaina % mg Vol. ml	Sangrado	PFC	Oximetría 1 2 3	
Fowler <input type="checkbox"/>	Cormack-Lehane: I II III IV	Fibrobroncosc. <input type="checkbox"/>	Bupivacain % mg Vol. ml	Drenajes	Plaquetas	A.Muscular 1 2 3	
Trendelenb <input type="checkbox"/>	Videolaringoscop <input type="checkbox"/>	VVCV <input type="checkbox"/>	Fentanilo: ug Morfina: ug			PUNTAJE:	
Litotomía <input type="checkbox"/>	V.Espont. <input type="checkbox"/>	SIMV <input type="checkbox"/>	Distancia piel /punta aguja epidural cm				
	VCP <input type="checkbox"/>		Distancia piel /punta catéter epidural cm	BH: ml			

Diagnóstico definitivo:	Destino: Recuperación/URPA <input type="checkbox"/>	Sala hospitalización <input type="checkbox"/>	Domicilio <input type="checkbox"/>
Procedimiento realizado:	UCI neonatal <input type="checkbox"/>	UCI adulto <input type="checkbox"/>	Mortuario <input type="checkbox"/>
CIRUJANO:	Entrada a SOP: hr min	TIEMPO DE: hr min	QUIRÓFANO
1er AYUDANTE:	Inicio de Anestesia: hr min	Anestesia: hr min	SOP N°:
2do AYUDANTE:	Inicio de Cirugía: hr min		ELECTIVA <input type="checkbox"/>
ANESTESIOLOGO:	Fin de Cirugía: hr min	Procedimiento: hr min	EMERGENCIA <input type="checkbox"/>
RESIDENTE ANESTESIA:	Fin de Anestesia: hr min		
LIC. INSTRUMENTISTA:	Salida de SOP: hr min		
LIC. CIRCULANTE:	FECHA:		

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
 El presente documento es
 "COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
 Que he tenido a la vista

07 DIC 2020

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
 FEDATARIO



HOJA POST ANESTÉSICA - UNIDAD DE RECUPERACIÓN

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____

Historia Clínica: _____ Servicio: _____

Procedimiento Quirúrgico realizado: _____ Cirujano: _____

Tipo de Anestesia: _____ Anestesiólogo SOP: _____

CONDICIÓN DE INGRESO A URPA:

MONITORIZACIÓN	
SatO2	
FC	
FR	
PA	
PAM	
Diuresis	

ALDRETE DE INGRESO				
	0	1	2	Score
Consciencia				
Actividad				
Respiración				
Circulación				
Pulsioximetría				
TOTAL				

SI EN VENTILACIÓN MECÁNICA	
Fecha	
Modo	
FIO2	
Vol. Tidal	
FR	
PEEP	
RASS	

MONITOREO INVASIVO:

P.A.I.: P.V.C.: ETCO2 Sonda Foley

Otros: _____

Observaciones:

.....
.....
.....

Entregué Conforme

Recibí Conforme

Firma y Sello
Anestesiólogo
Sala de Operaciones

Firma y Sello
Anestesiólogo
URPA

Evolución: _____

ALTA DE URPA: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SO2: _____ FIO2: _____

FECHA: _____ HORA: _____

PENDIENTES: _____

Firma y Sello
Anestesiólogo
URPA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
Que he tenido a la vista

01 DIC 2020

Sr. Hugo Armando VALVERDE RIVERA
FEDATARIO