**EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DEL MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO Y PRODUCTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 1** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Realizar al paciente la consulta pre anestésica, **de acuerdo a normas vigentes o evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Realizar la evaluación integral pre anestésica, del paciente. |
| * 1. Proponer al paciente un plan anestésico. |
| * 1. Obtener del paciente el consentimiento informado, para el procedimiento anestésico. |
| * 1. Prescribir al paciente, la medicación que corresponda. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA CONSULTA PRE ANESTÉSICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante su desempeño en la consulta pre anestésica.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente.
7. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN INTEGRAL PRE ANESTÉSICA:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Se lava las manos según protocolo establecido. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el riesgo quirúrgico y el de la enfermedad de base del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el estado físico del paciente de manera integral, según la clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA). |  |  |  |  |
| 1. Evalúa e interpreta los exámenes auxiliares e informes de interconsultas, relacionándolos con el estado del paciente y la cirugía a realizar. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa los informes de los estudios de ayuda al diagnóstico, para precisarlo y definir el manejo adecuado del paciente en el peri operatorio, y de ser necesario, solicita los estudios complementarios pertinentes. |  |  |  |  |
| 1. Determina el Factor de Riesgo Anestésico, de acuerdo a la clasificación ASA |  |  |  |  |
| 1. Registra los resultados de la evaluación en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA PROPUESTA DEL PLAN ANESTÉSICO:** |  |  |  |  |
| 1. Elabora el plan anestésico del paciente de acuerdo a los resultados de la valoración de su estado físico, exámenes auxiliares, interconsultas, tipo de cirugía a realizar y los riesgos inherentes al procedimiento. |  |  |  |  |
| 1. Presenta el plan anestésico al paciente, familiar responsable o representante legal en lenguaje sencillo, verificando su comprensión. |  |  |  |  |
| 1. Registra el plan anestésico en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |  |  |  |  |
| 1. Aplica al paciente, familiar responsable o representante legal, con lenguaje sencillo, el consentimiento informado en el formato oficial. |  |  |  |  |
| 1. Verifica que el paciente, familiar responsable o representante legal haya comprendido todos los aspectos del contenido del consentimiento informado |  |  |  |  |
| 1. Solicita al paciente, familiar responsable o representante legal, que firme y coloque su huella digital en el consentimiento, recalcando que lo hace en forma libre, voluntaria y consciente. En caso de analfabetos se coloca la huella digital. |  |  |  |  |
| 1. Consigna sus nombres, apellidos, firma, sello y número de colegiatura. |  |  |  |  |
| 1. Incorpora el consentimiento informado a la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA PRESCRIPCIÓN DE LA MEDICACIÓN PRE ANESTÉSICA:** |  |  |  |  |
| 1. Prescribe la medicación pre anestésica considerando los resultados de la valoración del riesgo quirúrgico, el Factor de riesgo anestésico de acuerdo a la clasificación ASA, la enfermedad de base del paciente, el tipo de cirugía y la edad del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Continua o suspende la medicación previa, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Registra la medicación pre anestésica en la HC incluyendo el nombre completo, la dosis, vía de administración y horario. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON EL REGISTRO DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN PRE ANESTÉSICA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con registro de la prescripción de medicación pre anestésica.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN INTEGRAL PRE ANESTÉSICA:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. El riesgo quirúrgico y la enfermedad de base del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación del estado físico del paciente, según la clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA). |  |  |  |  |
| 1. La evaluación e interpretación de los exámenes auxiliares e interconsultas. |  |  |  |  |
| 1. Los informes de los estudios complementarios de ayuda al diagnóstico solicitados. |  |  |  |  |
| 1. La indicación del periodo de ayuno. |  |  |  |  |
| 1. La medicación pre anestésica prescrita, incluyendo el nombre genérico, dosis, vía y horario de administración. |  |  |  |  |
| 1. La indicación de continuación o suspensión de la medicación previa, según corresponda. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL PLAN ANESTÉSICO:** |  |  |  |  |
| 1. Las pautas que se tomaron como referencia para su elaboración. |  |  |  |  |
| 1. La medicación acorde con las patologías asociadas. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. El tipo de procedimiento o intervención quirúrgica a realizar. |  |  |  |  |
| 1. Los beneficios del procedimiento o intervención quirúrgica a realizar. |  |  |  |  |
| 1. Los riesgos reales y potenciales del procedimiento o intervención quirúrgica a realizar. |  |  |  |  |
| 1. Los efectos colaterales y efectos adversos. |  |  |  |  |
| 1. La firma y huella del paciente, familiar responsable o representante legal y del profesional responsable. |  |  |  |  |
| 1. Un espacio para caso de revocatoria. |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA PRESCRIPCIÓN DE LA MEDICACIÓN PRE ANESTÉSICA:** |  |  |  |  |
| 1. La prescripción de la medicación pre anestésica considerando los resultados de la valoración del riesgo quirúrgico, el Factor de riesgo anestésico de acuerdo a la clasificación ASA, la enfermedad de base del paciente, el tipo de cirugía y la edad del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La continuidad o suspensión de la medicación previa, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El registro de la medicación pre anestésica, incluyendo el nombre completo, la dosis, vía de administración y horario. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 2** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Realizar la atención anestésica al paciente para la realización del acto quirúrgico, **de acuerdo a normas vigentes o evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Aplicar al paciente, la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. |
| 2.2 Realizar al paciente los procedimientos de monitoreo y cateterismo, que correspondan. |
| * 1. Realizar al paciente el procedimiento anestésico elegido. |
| * 1. Transportar y entregar al paciente a la Unidad de Recuperación Post Anestésica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DELMÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
|  | | |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN ANESTÉSICA AL PACIENTE, PARA LA REALIZACIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO** | | |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención anestésica al paciente para la realización del acto quirúrgico.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA CORRESPONDIENTE A LA ENTRADA:** |  |  |  |  |
| 1. Verifica que los equipos e insumos para solucionar problemas de reanimación, aspiración y de control de hemorragia se encuentran disponibles y operativos. |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial buscando establecer empatía. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación completa de la logística en sala de operaciones considerando los equipos, materiales, medicamentos e insumos y formatos de registro anestesiológico. |  |  |  |  |
| 1. Utiliza la ropa protectora de acuerdo con las normas de bioseguridad y acorde al centro quirúrgico. |  |  |  |  |
| 1. Verifica la identidad del paciente con la cirugía programada. |  |  |  |  |
| 1. Verifica los cambios en el estado del paciente respecto a la evaluación pre anestésica. |  |  |  |  |
| 1. Verifica que la zona operatoria corresponda a la cirugía programada. |  |  |  |  |
| 1. Adjunta la lista de verificación de **entrada** en la HC. (la lista de verificación con las firmas correspondientes) |  |  |  |  |
| **DURANTE LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE MONITOREO Y CATETERISMO AL PACIENTE:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza el monitoreo no invasivo y mínimamente invasivo de acuerdo a normas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el monitoreo invasivo, si la cirugía y el paciente lo requiere, de acuerdo a normas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el cateterismo de acuerdo a normas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el registro en la HC de los procedimientos de monitoreo y cateterismo realizados |  |  |  |  |
| **DURANTE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO ELEGIDO:** |  |  |  |  |
| 1. Elige la técnica anestésica correspondiente a la cirugía programada y a las características del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Administra los fármacos en dosis adecuadas, según la técnica elegida, cuando el cirujano principal se encuentra en la sala. |  |  |  |  |
| 1. Brinda asistencia ventilatoria de acuerdo a procedimientos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Utiliza los dispositivos de manejo de vía aérea de acuerdo a normas establecidas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el monitoreo de las funciones vitales del paciente, durante el proceso anestésico, de acuerdo a la técnica elegida. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la anestesia de acuerdo a la técnica elegida. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el funcionamiento de los equipos durante todo el procedimiento anestésico. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa la oxigenación, ventilación, circulación, temperatura, sistema nervioso central y otros elementos de monitoreo, durante todo el procedimiento anestésico. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de verificación de la cirugía correspondiente a la **salida**, al concluir la cirugía, utilizando el formato oficial. |  |  |  |  |
| 1. Registra los procedimientos y eventos ocurridos durante el procedimiento en el Registro de Anestesia. |  |  |  |  |
| **DURANTE ELTRANSPORTE Y ENTREGA DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA:** |  |  |  |  |
| 1. Traslada al paciente sometido a procedimiento anestésico al servicio o Unidad de Recuperación Post Anestésica con monitoreo mínimo y oxigeno suplementario, si es necesario. |  |  |  |  |
| 1. Verifica que el nivel de cuidados y monitorización de la sala hacia donde se traslada al paciente, corresponde a su condición clínica. |  |  |  |  |
| 1. Registra la Evaluación Post Anestésica incluyendo el estado de conciencia y las funciones vitales, (Escala de Aldrette principalmente). |  |  |  |  |
| 1. Realiza la entrega del paciente al personal responsable del servicio o Unidad de Recuperación Post Anestésica incluyendo toda la información del monitoreo trans operatorio, en el Registro de Anestesia, de acuerdo a la norma vigente. |  |  |  |  |
| 1. Incluye el registro de la evaluación anestésica y post anestésica en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN ANESTÉSICA AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con registro de la atención anestésica al paciente para la realización del acto quirúrgico.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO AL REGISTRO DE LA ATENCIÓN ANESTÉSICA AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. El resultado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de **entrada** (antes de la administración de la anestesia). |  |  |  |  |
| 1. El informe de los procedimientos de monitoreo y cateterismo realizados. |  |  |  |  |
| 1. El informe del procedimiento anestésico realizado. |  |  |  |  |
| 1. Lista de verificación de la cirugía correspondiente a la **salida** (al concluir la operación). |  |  |  |  |
| 1. La evaluación Post Anestésica. |  |  |  |  |
| 1. La entrega y recepción del paciente, en el Servicio de procedencia o Unidad de Recuperación pos anestésica, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. El alta del paciente de la Unidad de Recuperación post anestésica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 3** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente en todos los eventos y complicaciones que se presenten durante el perioperatorio, **de acuerdo a las normas vigentes o evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 3.1 Diagnosticar oportunamente todos los eventos y complicaciones que se presenten en el paciente, durante el perioperatorio. |
| 3.2 Tratar oportunamente todos los eventos y complicaciones que se presenten en el paciente, durante el perioperatorio. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
|  | | |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LOS EVENTOS Y COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PERIOPERATORIO.** | | |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al residente durante la atención anestésica al paciente en todos los eventos y complicaciones que se presenten durante el perioperatorio**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE EL DIAGNÓSTICO DEL EVENTO O COMPLICACIÓN DETECTADA EN EL PERIOPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación peri operatoria incluyendo la valoración de los factores de riesgo. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el monitoreo adecuado del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Identifica tempranamente los cambios en el estado funcional peri operatorio del paciente y sus probables causas. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO DEL EVENTO O COMPLICACIÓN DETECTADA:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza el manejo intraoperatorio adecuado al evento o complicación diagnosticado. |  |  |  |  |
| 1. Aplica tratamiento incluyendo la intervención farmacológica o procedimiento necesario, de acuerdo al evento o complicación. |  |  |  |  |
| 1. Solicita el apoyo especializado, de acuerdo al evento o complicación de que se trate. |  |  |  |  |
| 1. Consigna la información completa en el Registro de anestesia, |  |  |  |  |
| 1. Incluye el Registro de anestesia en la historia clínica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REGISTRO DE LA EVALUACIÓN DE EVENTOS O COMPLICACIONES PRESENTADOS DURANTE EL PERIOPERATORIO.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con registro de la evaluación de eventos o complicaciones presentados durante el perioperatorio.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, SE HA REGISTRADO, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN DE EVENTOS O COMPLICACIONES PRESENTADOS DURANTE EL PERIOPERATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La descripción de los eventos o complicaciones que puedan haberse presentado durante el perioperatorio. |  |  |  |  |
| 1. La medicación farmacológica aplicada, en función del evento o complicación detectada. |  |  |  |  |
| 1. El/los procedimiento/s utilizados de acuerdo al evento o complicación detectada. |  |  |  |  |
| 1. La situación clínica del paciente luego del evento o complicación. |  |  |  |  |
| 1. El Registro de anestesia con la información completa de lo realizado. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 4** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Realizar el cuidado post anestésico del paciente sometido a procedimientos quirúrgicos, **de acuerdo a normas vigentes o evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 4.1. Recepcionar al paciente en la unidad de recuperación post anestésica. |
| 4.2. Evaluar al paciente en la unidad de recuperación post anestésica. |
| 4.3. Monitorear el estado clínico del paciente, post anestesia. |
| 4.4. Tratar al paciente en la unidad de recuperación post anestésica. |
| 4.5. Realizar el alta del paciente, de la Unidad de Recuperación. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
|  | | |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL CUIDADO POST ANESTÉSICO DEL PACIENTE SOMETIDO A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS** | | |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al residente durante el cuidado post anestésico del paciente sometido a procedimientos quirúrgicos.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA:** |  |  |  |  |
| 1. Verifica el adecuado traslado deI paciente sometido a procedimiento anestésico, a la unidad de recuperación post anestésica, con monitoreo mínimo y oxígeno suplementario si es necesario. |  |  |  |  |
| 1. Verifica el estado del paciente y lo consigna en el Registro de anestesia. |  |  |  |  |
| 1. Verifica que el nivel de cuidados y monitorización en dicha Unidad corresponde a la condición clínica del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Incorpora el Registro de Anestesia en la Historia Clínica. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA EVALUACIÓN EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA:** |  |  |  |  |
| 1. Evalúa los signos vitales y el estado físico del paciente |  |  |  |  |
| 1. Indica el tratamiento a seguir de acuerdo a la evaluación realizada. |  |  |  |  |
| 1. Registra el resultado de la evaluación en el Formato de la unidad de recuperación post anestésica |  |  |  |  |
| **DURANTE EL MONITOREO DEL ESTADO CLÍNICO POST ANESTESIA:** |  |  |  |  |
| 1. Verifica el monitoreo de los signos vitales con monitores multiparámetros. |  |  |  |  |
| 1. Aplica monitoreo de parámetros ventilatorios a pacientes complicados que requieren de ventilación mecánica |  |  |  |  |
| 1. Registra el resultado del monitoreo en el Formato de la unidad de recuperación post anestésica. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA:** |  |  |  |  |
| 1. Proporciona analgesia al paciente con dolor |  |  |  |  |
| 1. Corrige nauseas, vómitos u otras complicaciones en pacientes post operados |  |  |  |  |
| 1. Corrige la ventilación inadecuada del paciente post operado |  |  |  |  |
| 1. Registra el tratamiento en el Formato de la unidad de recuperación post anestésica y lo incluye en la HC |  |  |  |  |
| **DURANTE EL ALTA DEL PACIENTE DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA:** |  |  |  |  |
| 1. Verifica que tenga parámetros vitales estables. |  |  |  |  |
| 1. Verifica que tenga puntaje mayor que 8, en la escala de Aldrette. |  |  |  |  |
| 1. Verifica que el estado de alerta y orientación sea normal. |  |  |  |  |
| 1. Verifica la ausencia de signos de dificultad respiratoria. |  |  |  |  |
| 1. Verifica que tenga capacidad para deglutir, toser y hablar, de acuerdo a su estado previo. |  |  |  |  |
| 1. Verifica la ausencia de nauseas o vómitos o los corrige si los hubiera. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el control del dolor. |  |  |  |  |
| 1. Registra el alta en el Formato de la unidad de recuperación post anestésica y lo incluye en la HC. |  |  |  |  |
| 1. Verifica la entrega del paciente a la enfermera del servicio correspondiente. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REGISTRO DE LA EVALUACIÓN Y CUIDADO POST ANESTÉSICO DEL PACIENTE SOMETIDO A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con registro de la evaluación y cuidado post anestésico del paciente sometido a procedimientos quirúrgicos.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, SE HA REGISTRADO, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| 1. **CON RESPECTO A LA EVALUACIÓN Y CUIDADO POST ANESTÉSICO DEL PACIENTE SOMETIDO A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente |  |  |  |  |
| 1. La recepción del paciente en la Unidad de recuperación post anestésica. |  |  |  |  |
| 1. La Evaluación en la unidad de recuperación Post Anestésica |  |  |  |  |
| 1. El monitoreo del estado clínico del paciente, post anestesia |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento del paciente en la unidad de recuperación post anestésica. |  |  |  |  |
| 1. El alta del paciente de la Unidad de Recuperación post anestésica |  |  |  |  |
| 1. El Formato de la unidad de recuperación post anestésica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 5** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Proporcionar al paciente atención anestesiológica para procedimientos de cirugía de corta estancia**, de acuerdo a normas vigentes o evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 5.1 Aplicar al paciente, la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. |
| 5.2 Realizar al paciente, los procedimientos de monitoreo y cateterismo que correspondan. |
| 5.3 Realizar al paciente, el procedimiento anestésico elegido. |
| 5.4 Transportar y entregar al paciente, a la Unidad de Recuperación Post Anestésica. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
|  | | |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LA ATENCIÓN ANESTESIOLÓGICA PARA PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA** | | |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante la atención anestesiológica para procedimientos de cirugía de corta estancia**.
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA CORRESPONDIENTE A LA ENTRADA:** |  |  |  |  |
| 1. Saluda, se presenta y se muestra cordial con el paciente y los miembros del equipo quirúrgico |  |  |  |  |
| 1. Evalúa la logística en sala de operaciones considerando: equipos, materiales, medicamentos e insumos y formatos de registro |  |  |  |  |
| 1. Utiliza la ropa protectora de acuerdo con las normas de bioseguridad |  |  |  |  |
| 1. Verifica la identidad del paciente y la cirugía programada. |  |  |  |  |
| 1. Verifica los cambios en el estado del paciente respecto a la evaluación pre anestésica. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el marcado del sitio quirúrgico acorde con la cirugía programada. |  |  |  |  |
| 1. Verifica que los equipos e insumos para solucionar problemas de resucitación, aspiración y control de hemorragia se encuentran disponibles y para el uso inmediato., |  |  |  |  |
| 1. Incluye la lista de verificación de **entrada** en la HC. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE MONITOREO Y CATETERISMO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza el monitoreo no invasivo y mínimamente invasivo de acuerdo a normas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el monitoreo invasivo, si la cirugía y el paciente lo requiere, de acuerdo a normas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el acceso vascular es realizado de acuerdo a normas. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la HC de los procedimientos de monitoreo y cateterismo realizados. |  |  |  |  |
| **DURANTE LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO ELEGIDO:** |  |  |  |  |
| 1. Aplica la técnica anestésica correspondiente a la cirugía programada y a las características del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Administra los fármacos en dosis adecuadas, según la técnica elegida, cuando el cirujano principal se encuentra en la sala. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la asistencia ventilatoria de acuerdo a procedimientos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Utiliza los dispositivos de manejo de vía aérea de acuerdo a normas establecidas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el monitoreo de las funciones vitales del paciente, durante el proceso anestésico, de acuerdo a la técnica elegida. |  |  |  |  |
| 1. Aplica la anestesia de acuerdo a la técnica elegida. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa el funcionamiento de los equipos durante todo el procedimiento anestésico. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa la oxigenación, ventilación, circulación, temperatura, sistema nervioso central y otros elementos de monitoreo, durante todo el procedimiento anestésico |  |  |  |  |
| 1. Aplica la lista de verificación de la cirugía correspondiente a la **salida**, al concluir la cirugía, utilizando el formato oficial. |  |  |  |  |
| 1. Registra los procedimientos y eventos ocurridos durante el procedimiento en el Registro de Anestesia. |  |  |  |  |
| **DURANTE EL TRANSPORTE Y ENTREGA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA A LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST ANESTÉSICA O SERVICIO DE PROCEDENCIA RESPECTIVO:** |  |  |  |  |
| 1. Traslada al paciente a la Unidad de Recuperación Post Anestésica, con monitoreo mínimo y oxigeno suplementario, si es necesario. |  |  |  |  |
| 1. Verifica que el nivel de cuidados y monitorización de la sala hacia donde se traslada al paciente, corresponde a su condición clínica |  |  |  |  |
| 1. Registra la Evaluación Post Anestésica incluyendo el estado de conciencia y las funciones vitales, (Escala de Aldrette principalmente). |  |  |  |  |
| 1. Realiza la entrega del paciente al personal responsable del servicio o Unidad de Recuperación Post Anestésica incluyendo toda la información del monitoreo trans operatorio, en el Registro de Anestesia, de acuerdo a la norma vigente. |  |  |  |  |
| 1. Incluye el registro de la evaluación anestésica y post anestésica en la HC. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REGISTRO DE LA ATENCIÓN ANESTESIOLÓGICA PARA PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con registro de la atención anestesiológica para procedimientos de cirugía de corta estancia.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, SE HA REGISTRADO, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| 1. **CON RESPECTO A LA ATENCIÓN ANESTESIOLÓGICA PARA PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. El resultado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de **entrada** (antes de la administración de la anestesia). |  |  |  |  |
| 1. El informe de los procedimientos de monitoreo y cateterismo realizados. |  |  |  |  |
| 1. El informe del procedimiento anestésico realizado |  |  |  |  |
| 1. La lista de verificación de la cirugía correspondiente a la **salida** (al concluir la operación). |  |  |  |  |
| 1. La evaluación Post Anestésica. |  |  |  |  |
| 1. La entrega y recepción del paciente, en el Servicio de procedencia o Unidad de Recuperación pos anestésica, según corresponda, |  |  |  |  |
| 1. El alta del paciente de la Unidad de Recuperación post anestésica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 6** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Proporcionar al paciente, anestesia, analgesia y/o sedación, para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos fuera de los ambientes del quirófano, **de acuerdo a normas vigentes o evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 6.1 Realizar al paciente los actos anestésicos para procedimientos especiales de ayuda al diagnóstico. |
| 6.2 Realizar al paciente los actos anestésicos para procedimientos terapéuticos. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |
|  | | |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR LA ANESTESIA, ANALGESIA Y/O SEDACIÓN PROPORCIONADA ALPACIENTE, PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS FUERA DE LOS AMBIENTES DEL QUIRÓFANO** | | |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Observe al Médico residente durante los actos anestésicos para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos fuera de los ambientes del quirófano.**
2. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
3. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
4. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
5. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
6. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
7. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
8. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
9. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| 1. **DURANTE LOS ACTOS ANESTÉSICOS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS FUERA DE LOS AMBIENTES DEL QUIRÓFANO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica previamente a los actos anestésicos. |  |  |  |  |
| 1. Revisa los antecedentes clínicos y epidemiológicos del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado del paciente, familiar responsable o representante legal. |  |  |  |  |
| 1. Verifica si existen factores de riesgo para ejecutar los actos anestésicos o para el procedimiento. |  |  |  |  |
| 1. Revisa el material adecuado y necesario para realizar el procedimiento. |  |  |  |  |
| 1. Realiza el monitoreo basal antes del acto anestésico |  |  |  |  |
| 1. Realiza la técnica elegida: sedación, analgesia o anestesia, según corresponda al procedimiento de ayuda al diagnóstico y a las características del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Administra los fármacos indicados en las dosis y vía adecuadas. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la asistencia ventilatoria de acuerdo a procedimientos establecidos. |  |  |  |  |
| 1. Utiliza los dispositivos de manejo de vía aérea de acuerdo a normas establecidas. |  |  |  |  |
| 1. Registra en la Ficha de procedimientos seguros el procedimiento anestésico utilizado y los eventos ocurridos y la incorpora a la HC, |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON REGISTRO DE ANESTESIA, ANALGESIA Y/O SEDACIÓN PROPORCIONADA PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS FUERA DE LOS AMBIENTES DEL QUIRÓFANO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con registro de la atención al paciente con anestesia, analgesia y/o sedación, para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos fuera de los ambientes del quirófano.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, SE HA REGISTRADO, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| 1. **CON RESPECTO A LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON ANESTESIA, ANALGESIA Y/O SEDACIÓN, PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS FUERA DE LOS AMBIENTES DEL QUIRÓFANO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La fecha y hora del procedimiento. |  |  |  |  |
| 1. La identificación del personal médico y de enfermería que participó en el procedimiento anestésico. |  |  |  |  |
| 1. El informe de los procedimientos de monitoreo y cateterismo realizados. |  |  |  |  |
| 1. El informe del procedimiento anestésico realizado. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación y recomendaciones Post Anestesia |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 7** | |
| **COMPETENCIA.** | 7. Atender al paciente con dolor agudo y crónico, oncológico y no oncológico, **según normas vigentes o evidencias científicas actuales** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | 7.1 Evaluar al paciente con dolor agudo y crónico, oncológico y no oncológico. |
| 7.2 Tratar al paciente con dolor agudo y crónico, oncológico y no oncológico. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL MÉDICO RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE  DURANTE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR AGUDO Y CRÓNICO, ONCOLÓGICO Y NO ONCOLÓGICO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

* 1. **Observe al Médico residente durante la evaluación y tratamiento al paciente con dolor agudo y crónico, oncológico y no oncológico.**

1. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
2. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **DURANTE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR AGUDO Y CRÓNICO, ONCOLÓGICO Y NO ONCOLÓGICO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica integral y focalizada en la identificación de los síntomas que orientan a la etiología del dolor. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la localización e identificación de las características del dolor y de los factores que lo desencadenan, agravan o alivian. |  |  |  |  |
| 1. Indica los estudios de ayuda al diagnóstico de acuerdo al cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Establece el diagnóstico de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica y los exámenes de ayuda al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Obtiene el consentimiento informado del paciente, familiar responsable o representante legal. |  |  |  |  |
| 1. Controla las funciones vitales. |  |  |  |  |
| 1. Efectúa pruebas con anestesia en los casos pertinentes. |  |  |  |  |
| 1. Prescribe el tratamiento de acuerdo al diagnóstico, |  |  |  |  |
| 1. Aplica el tratamiento farmacológico. |  |  |  |  |
| 1. Realiza los procedimientos, invasivos o no invasivos, de acuerdo al diagnóstico. |  |  |  |  |
| 1. Evalúa la respuesta terapéutica según escalas establecidas. |  |  |  |  |
| 1. Identifica, controla y notifica las reacciones adversas al medicamento (RAM) y maneja los efectos secundarios. |  |  |  |  |
| 1. Realiza la referencia y contrarreferencia cuando corresponde. |  |  |  |  |
| 1. Registra la atención realizada en la Historia clínica. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR AGUDO Y CRÓNICO, ONCOLÓGICO Y NO ONCOLÓGICO** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Médico residente, con registro de la atención al paciente con dolor agudo y crónico, oncológico y no oncológico**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR AGUDO Y CRÓNICO, ONCOLÓGICO Y NO ONCOLÓGICO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La evaluación clínica integral, y focalizada en la identificación de los síntomas que orientan a la etiología del dolor. |  |  |  |  |
| 1. La localización, características del dolor y los factores que lo desencadenan, agravan o alivian. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados de acuerdo al cuadro clínico, sus resultados e interpretación. |  |  |  |  |
| 1. El diagnóstico establecido de acuerdo a los resultados de la evaluación clínica y los exámenes de apoyo al diagnóstico |  |  |  |  |
| 1. El Consentimiento informado firmado por paciente, familiar responsable o representante legal |  |  |  |  |
| 1. La observación de las funciones vitales. |  |  |  |  |
| 1. Las pruebas con anestesia efectuadas, en los casos pertinentes. |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento prescrito |  |  |  |  |
| 1. El tratamiento farmacológico |  |  |  |  |
| 1. Los procedimientos aplicados. |  |  |  |  |
| 1. La escala de dolor y respuesta al tratamiento. |  |  |  |  |
| 1. Las reacciones adversas medicamentosas (RAM), efectos secundarios y acciones realizadas para su control |  |  |  |  |
| 1. La referencia y contrarreferencia realizada cuando corresponde. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE LA COMPETENCIA No. 8** | |
| **COMPETENCIA.** | 1. Atender al paciente con paro cardiorrespiratorio, **de acuerdo a normas vigentes o evidencias científicas actuales.** |
| **ELEMENTOS DE COMPETENCIA.** | * 1. Evaluar al paciente con paro cardiorrespiratorio |
| * 1. Realizar al paciente la reanimación cardiorrespiratoria básica y avanzada. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL RESIDENTE EVALUADO (A)** | | |
| APELLIDO PATERNO | APELIDO MATERNO | NOMBRES |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL DESEMPEÑO DEL MÉDICO RESIDENTE  DURANTE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON PARO CARDIO RESPIRATORIO.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

* 1. **Observe al residente durante la atención al paciente con paro cardiorrespiratorio.**

1. Aplique la lista de cotejo durante la observación del desempeño.
2. Absténgase de hacer comentarios durante la evaluación del desempeño.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | | **2** | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| * 1. **DURANTE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON PARO CARDIORRESPIRATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. Realiza la evaluación clínica, en forma rápida y ordenada, mientras se informa de los antecedentes. |  |  |  |  |
| 1. Determina si se trata de un paro respiratorio y/o cardiorrespiratorio. |  |  |  |  |
| 1. Determina si se trata de un paro cardíaco en asistolia o de un trastorno del ritmo cardíaco. |  |  |  |  |
| 1. Aplica las medidas generales de reanimación cardiorrespiratoria (RCP). |  |  |  |  |
| 1. Aplica la RCP básica o avanzada, según corresponda. |  |  |  |  |
| 1. Indica, evalúa e interpreta los exámenes de apoyo al diagnóstico |  |  |  |  |
| 1. Aplica los cuidados post RCP de acuerdo al estado del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Solicita la transferencia al Servicio que corresponda, de acuerdo a la severidad del cuadro clínico. |  |  |  |  |
| 1. Registra la RCP en la HC. |  |  |  |  |
| 1. Informa a la familia en forma clara sobre la condición clínica del paciente. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LISTA DE COTEJO PARA EVALUAR EL PRODUCTO ELABORADO POR EL MÉDICO RESIDENTE:**  **HISTORIA CLÍNICA CON EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON PARO CARDIO RESPIRATORIO.** |

**INSTRUCCIONES PARA EL DOCENTE:**

1. **Revise dos historias clínicas elaboradas por el Residente, con registro de la atención al paciente con paro cardiorrespiratorio.**
2. Aplique la lista de cotejo al producto.
3. Marque SI, cuando el aspecto evaluado, se cumple y NO, cuando no se cumple.
4. Si alguno de los aspectos a evaluar no corresponde con el caso observado, ***escribir la frase NO APLIC***A en la fila respectiva.
5. Marque el resultado de la evaluación o Juicio de Competencia: Competente o Aún no competente
6. Anote los aspectos en los que el Residente debe mejorar.
7. Presente al residente los resultados y las recomendaciones correspondientes.
8. El Docente evaluador y el Médico residente consignan su firma.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTOS A EVALUAR** | **Fecha 1:** | | **Fecha 2:** | |
|  | |  | |
| **Cumple** | | **Cumple** | |
| **SI** | **NO** | **SI** | **NO** |
| **LA HISTORIA CLÍNICA REGISTRA, CON LETRA LEGIBLE, PULCRITUD Y SIN ENMENDADURAS.** |  |  |  |  |
| **CON RESPECTO A LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON PARO CARDIORRESPIRATORIO:** |  |  |  |  |
| 1. Los datos de identificación del paciente. |  |  |  |  |
| 1. La fecha y hora de inicio y finalización del procedimiento de RCP. |  |  |  |  |
| 1. Los signos vitales de inicio y durante la RCP. |  |  |  |  |
| 1. La anamnesis sucinta, pero completa. |  |  |  |  |
| 1. El examen físico dirigido. |  |  |  |  |
| 1. Los diagnósticos presuntivos y CIE 10. |  |  |  |  |
| 1. Las medidas generales aplicadas. |  |  |  |  |
| 1. Los exámenes y procedimientos diagnósticos realizados y su interpretación. |  |  |  |  |
| 1. La terapéutica indicada o procedimiento efectuado. |  |  |  |  |
| 1. La evolución del paciente. |  |  |  |  |
| 1. Estado del paciente al concluir la RCP. |  |  |  |  |
| 1. Los cuidados post RCP aplicados. |  |  |  |  |
| 1. Las indicaciones y sugerencias finales. |  |  |  |  |
| 1. Registro de transferencia al Servicio que corresponda, de acuerdo a la severidad del cuadro clínico. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **JUICIO DE COMPETENCIA (marque con una X el resultado de la evaluación)** | | | |
| **Competente** |  | **Aún no competente** |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS PARA MEJORAR** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA 1:** | | **FECHA 2:** | |
| **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** | **FIRMA DEL EVALUADOR** | **FIRMA DEL EVALUADO** |
|  |  |  |  |