SOCIEDAD VENEZOLANA DE ANESTESIOLOGÍA

NORMAS DE SEGURIDAD PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ANESTESIOLOGIA EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS DE VENEZUELA

NOVIEMBRE 2008

El presente documento denominado: "Normas de seguridad para el ejercicio de la anestesiología en instituciones públicas y privadas de Venezuela", fue elaborado por el Comité de Seguridad de la Sociedad Venezolana de Anestesiología y fue revisado y aprobado por la Junta Directiva Ampliada de la Sociedad Venezolana de Anestesiología llevada a cabo durante el XIX Congreso Venezolano de Anestesiología, celebrado en la ciudad de Caracas, en noviembre de 2008.

Por la Junta Directiva ampliada de la Sociedad Venezolana de Anestesiología.

Alejandro Salazar Merchán
Presidente

Sociedad Venezolana de Anestesiología
Junta Directiva (2007-2009)

Presidente:

Alejandro Salazar

Vice Presidenta:

Metzi Navas

Secretario General:

Carlos Mayaudón

Secretario de Finanazas:

Nerio Bracho

Secretario de Doctrina:

Xavier Márquez

Vocal:

Militza Zuleta

Vocal :

María Teresa Prado

Comisión de Seguridad:

Tamara de Díaz

María Alvarado

María Teresa Prado

Carmen Adriana Rangel

INTRODUCCION

La **seguridad** (mecanismo que asegura el funcionamiento correcto de una cosa) del anestesiólogo en la práctica de la especialidad le otorga la virtud y el poder de hacer del ejercicio de la anestesia uno de los actos médicos de mayor responsabilidad, garantizando así un sueño placentero y un despertar seguro.

El ejercicio de la medicina involucra una gran responsabilidad para el médico anestesiólogo. Por una parte, se hacen presentes las exigencias de conocimiento y de tecnología, con el propósito de mantenerse actualizado en su área de especialización. Por otra, también está presente el aspecto ético inherente al hecho de que el médico trabaja con la vida de seres humanos y esto tiene profundas connotaciones morales y legales.

La Sociedad Venezolana de Anestesiología, presenta a los médicos anestesiólogos del país y a las autoridades que tienen a su cargo instituciones médicas donde se brinda atención anestesiológica, las siguientes normas de seguridad en la materia.

La exposición de motivos y las normas que deben ser observadas pre, trans y pos-quirúrgicamente, desde el punto de vista anestésico, serán enviadas al Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Las presentes fueron modificadas por la Comisión Nacional de Seguridad de la actual Junta Directiva, utilizando las modificaciones aprobadas por la CLASA en 2006, y estarán sujetas a revisión cada 2 años para adecuarlas a la evolución de la tecnología y de la especialidad, obteniéndose finalmente este documento, que consideramos útil y adecuado a nuestra realidad.

Estas Normas son recomendaciones válidas para todos los anestesiólogos de Venezuela y se aplican a cualquier paciente bajo anestesia general, regional o sedación a cuidado de un médico anestesiólogo. Sus propósitos son proveer una guía actualizada y de asistencia a dichos profesionales, autoridades hospitalarias y gubernamentales, para mejorar la calidad en la práctica de la anestesia en beneficio de la seguridad de los pacientes que se atienden en todas las instituciones médicas del país, pero sin pretender garantizar con su sola aplicación un resultado específico del proceso terapéutico diagnóstico al cual está sujeto. Ellas pueden ser excedidas si a criterio del anestesiólogo el paciente lo requiere.

Por la Comisión de Normas de Seguridad,

Dra. María Alvarado O.- Edo. Carabobo

Dra. Tamara Gómez de Díaz.- Edo. Anzoátegui

Dra. Carmen Adriana Rangel. – Edo. Bolívar

Dra. Maria Teresa Prado.- Edo. Zulia

NORMAS DE SEGURIDAD PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ANESTESIOLOGIA EN VENEZUELA.

1.1. EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

Es obligatoria en todo paciente. En ella el médico anestesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA. ANEXO 1) y las pautas de manejo que considere pertinentes.

1.1.1 Consulta Preanestésica

1.1.1.1. Debe incluir antecedentes, estado clínico, revisión de exámenes paraclínicos, conceptos de otros especialistas.

1.1.1.2. Establecer el riesgo anestésico ASA y las previsiones que se deben tomar.

1.1.1.3. Informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y obtener el consentimiento informado por escrito.

1.1.2 Consulta Pre-anestésica Intra hospitalaria

Es la que se realiza en los pacientes hospitalizados. En ella debe establecerse el estado clínico actual. Se debe informar al paciente, si no se ha hecho previamente, sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado por escrito.

Debe ser realizada por un médico anestesiólogo o un residente de Anestesiología bajo la supervisión del especialista, para todo paciente programado y hospitalizado, mínimo dentro de las 24 horas previas al procedimiento.

1.1.3 Evaluación en Urgencias

El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación Preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan, para proporcionar las mejores condiciones posibles antes de iniciar el acto anestésico.

1.1.4 Toda interacción con un paciente, como la evaluación de un bloqueo o de la calidad de la analgesia, la prescripción de un fármaco o una recomendación, entre otras, constituye un acto médico del cual debe quedar constancia escrita en la historia clínica.

1.2 CUIDADO PERIANESTÉSICO

En esta etapa del acto anestésico es de gran importancia: a) haber revisado previamente todos los instrumentos, máquina de anestesia y equipos a utilizar, b) la observación directa del paciente y, c) el control de los signos vitales con los diferentes equipos.

El médico anestesiólogo antes de iniciar la administración de la anestesia debe revisar la historia clínica y confirmar que su paciente no presenta cambios clínicos que puedan

contraindicar el procedimiento. Debe quedar constancia escrita en la historia de anestesia o en la historia clínica, de sus condiciones previas.

1.2.1 Lista de Chequeo

Antes de iniciar el acto anestésico, el anestesiólogo debe hacer una revisión que incluya lo siguiente:

I. Máquina de Anestesia

a. Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar
b. Presencia de cilindros de oxígeno auxiliares.
c. Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido (flush).
d. Buen estado de flujómetros, vaporizadores, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO2.
e. Buen funcionamiento del ventilador. Parámetros y alarmas en perfecto funcionamiento
f. Verificar el buen funcionamiento de las conexiones eléctricas.

II. Monitoreo

a. Básico: fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro.

III. Paciente

a. Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación Preanestésica.
b. Los exámenes paraclínicos requeridos.
c. Consentimiento informado por escrito.
d. Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis.
e. Vía venosa.

IV. Materiales, Medicamentos y Equipo

a. Equipo básico para el manejo de la vía aérea.
b. Medicamentos a utilizar.
c. Succión.

NOTA: en el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para manejo de vía aérea difícil.

1.2.2 Registro Anestésico

Registro pormenorizado, escrito y por duplicado; el cual debe incluir:

1.2.2.1 Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico.

1.2.2.2 Monitoreo del paciente.

1.2.2.3 Cantidad y momento de drogas administradas.

1.2.2.4 Tipo y cantidad de todos los líquidos endovenosos administrados incluyendo, sangre y sus derivados y el tiempo de administración.

1.2.2.5 Técnica empleada.

1.2.2.6 Hora de comienzo y de finalizado el procedimiento anestésico

1.2.2.6 Eventos no usuales durante el período anestésico.

1.2.2.7 Estado del paciente al finalizar el acto anestésico.

1.2.3 Monitoreo Básico Intraoperatorio

Las siguientes normas se aplican a todos los procedimientos anestésicos. En algunos pacientes con patologías especiales serán necesarios elementos de monitoreo avanzado.

1.2.3.1 NORMA I

Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía.

En las instituciones que tenga a su cargo docencia en anestesiología, esta actividad delegada en los estudiantes debe ser bajo la supervisión directa del personal docente a cargo del programa, quienes serán los responsables de la prestación del servicio y el estudiante deberá someterse a las recomendaciones de sus docentes y supervisores.

A tal efecto todo acto anestésico debe ser ejecutado, controlado y conducido por un anestesiólogo certificado hasta la entrega del paciente en la sala de recuperación.

En el quirófano el personal de enfermería que asista al anestesiólogo debe tener un entrenamiento especial.

1.2.3.2 NORMA II

Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente:

a. La oxigenación.
b. La ventilación.
c. La circulación.
d. La temperatura.

1.2.3.2.1 Oxigenación

Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un **analizador de oxígeno** y la cuantificación de la saturación del oxígeno en sangre mediante un **oxímetro de pulso**.

1.2.3.2.2 Ventilación

1.2.3.2.2.1 Se debe evaluar la excursión del tórax, auscultar los ruidos respiratorios y observar el balón reservorio.

1.2.3.2.2.2 Cuando se practique intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación.

1.2.3.2.2.3 Si la ventilación es mecánica, se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión.

1.2.3.2.2.4 Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula, o cualquier otro dispositivo supraglotico), se deberá tener alarma de presión alta de la vía aérea.

1.2.3.2.2.5 La capnografía y el monitoreo de gases anestésicos constituyen un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.

1.2.3.2.2.6 Durante anestesia regional se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos. La presencia del anestesiólogo es vital.

1.2.3.2.2.7 Si la máquina de anestesia está provista de ventilador, éste debe tener los siguientes parámetros mínimos

1. Control de frecuencia respiratoria
2. Control para fijar volumen corriente y volumen minuto
3. Control para relación inspiración/espiración
4. Alarmas para presión inspiratoria máxima y de desconexión

Al ventilador se le debe poder monitorizar la presión de la vía aérea, siendo deseable la posibilidad de medir volumen corriente espirado.

Parágrafo Único. Todos los ventiladores deben tener monitoreo de presión en la vía aérea y del volumen corriente espirado.

1.2.3.2.3 Circulación

1.2.3.2.3.1 El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanentemente.

1.2.3.2.3.2 Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardiaca por lo menos cada cinco minutos.

1.2.3.2.3.3 Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardiacos.

1.2.3.3 Temperatura

Es obligatoria en todo acto anestésico.

1.2.3.4 Sistema Nervioso Central

Es recomendable el uso de análisis bioespectral o entropía en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides.

1.2.3.5 **Otros elementos de monitoreo**

Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la presión venosa central, la diuresis, la presión arterial invasiva, la presión de arteria pulmonar, el gasto cardiaco, o la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico.

1.2.3.7 NOTA 1: ALARMAS Y MONITORES: Durante todo el tiempo que dure el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer prendidos, con las alarmas activadas y con el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas.

Se considera práctica peligrosa desconectar o silenciar las alarmas sin una justificación expresa, tanto en el quirófano como en la (Unidad de cuidados post anestésicos) UCPA, mientras el paciente esté bajo el cuidado de un anestesiólogo.

1.2.3.8. Nota 2: En el área en la cual se administre anestesia debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebrocardio-pulmonar(RCCP), incluyendo las drogas pertinentes y el desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente. El anestesiólogo es por definición experto en RCCP.

1.2.3.9. EQUIPO MÍNIMO PARA EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA

Toda institución hospitalaria debe tener disponible las 24 horas un Carro de Vía Aérea, móvil, con los siguientes elementos:

a. Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas
b. Bujías o guías
c. Máscaras laríngeas u otros dispositivos supra glóticos de diferentes tamaños, incluidas pediátricas
d. Equipo para practicar cricotiroidotomía por punción o percutánea.
e. Disponer de una máscara laríngea tipo Fastrach u otro dispositivo supraglótico de similares características.®.
f. En el tercero y cuarto nivel es recomendable contar con un fibrobroncoscopio. Es deseable disponer de elementos para practicar intubación retrógrada.

1.2.4 Entrega de pacientes

Cuando un anestesiólogo tiene que entregar su paciente a otro anestesiólogo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato.

En el registro anestésico debe quedar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento.

1.2.5 NORMAS PARA LA CONDUCCIÓN DE ANESTESIA OBSTETRICA. (ADICIONAL A LAS NORMAS GENERALES)

1.2.5.1 NORMA I

Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello.

1.2.5.2 NORMA II

Ante la ausencia del pediatra, la responsabilidad del anestesiólogo es primero para con la madre, si ésta no corre ningún peligro, el anestesiólogo podrá asistir al recién nacido

1.2.5.3 NORMA III

Después de un procedimiento diferente a la analgesia obstétrica con peridural, todas las pacientes deben ir a una unidad de cuidados postanestésicos (UCPA).

1.2.5.4 NORMA IV

En cualquier institución en la cual se tenga un volumen de pacientes obstétricas mayor de 200 al mes, debe contarse con un anestesiólogo asignado únicamente para este tipo de pacientes, diferente al personal que cubre las urgencias quirúrgicas.

1.2.5.5..NORMA V

En la sala de cirugía debe haber una persona calificada, diferente del anestesiólogo, para atender al recién nacido

1.2.6 NORMAS Y PAUTAS PARA EL EJERCICIO DE LA NESTESIA PEDIÁTRICA

INTRODUCCION

La Anestesia Pediátrica implica un reto para el anestesiólogo en el ejercicio diario de la especialidad, esto debido a las características anatómicas y fisiológicas del niño que lo hacen diferente al paciente adulto; por tanto, el personal, las técnicas anestésicas, los equipos, el monitoreo y las áreas quirúrgicas con las que debemos de trabajar, tienen que cumplir con normas y pautas específicas para el manejo peri operatorio , ofreciendo de esta manera mayor y mejor seguridad en la atención médica dada a estos pacientes.

Las diferencias inherentes a la población pediátrica hacen necesario la estratificación de ellos en los diversos grupos de edades, permitiendo predecir el riesgo anestésico, sumado a la complejidad de las patologías que los llevan a quirófano, lo que significa que a menor edad hay mayores riesgos independientemente de la enfermedad quirúrgica o agregada.

Estas normas están basadas en la clasificación de:

Recién Nacidos: de 0 días a 1 mes de edad
Lactantes: de un mes a dos años de edad
Preescolares: de 2 años a 6 años
Escolares: de 6 años a 12 años
Adolescentes: 12 años a 18 años

1.2.6.1 NORMA I PERSONAL

Es responsabilidad de los anestesiólogos pediatras organizar las Unidades Quirúrgicas de Anestesia Pediátrica.

1.2.6.1.1 Personal Médico. Debe ser médico(a) con especialidad en Anestesiología, reconocido (a) por el Colegio de Médicos respectivo a cada entidad federal. Debe tener: un entrenamiento programado en Anestesia Pediátrica o demostrar competencia en el manejo de pacientes infantiles en las diversas edades (mínimo 25 anestesias pediátricas al año comprobadas) tanto en eventos electivos como de emergencias.

1.2.6.1.2 Personal no médico. Las enfermeras(os) estarán entrenadas(os) en los cuidados del paciente quirúrgico pediátrico. Deben tener capacidad para: tomar vías venosas, diluir y preparar las infusiones de los diversos fármacos utilizados a estas edades, tener capacidad para administrar terapia respiratoria y poder entender los diversos comportamientos y conductas psicológicas en las diferentes edades se traten de niños normales o con deficiencias. Además contarán con conocimientos básicos en el manejo de la vía aérea así como de cursos básicos en reanimación cardio-pulmonar.

1.2.6.2 NORMA II EQUIPAMIENTO DE UNIDADES

1.2.6.2.1 Unidad de pre-anestesia y consulta pre-anestésica. La consulta pre-anestésica tiene un carácter obligatorio y se rige por los estatutos que la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA) ha definido para tal motivo. Teniendo en cuenta que tanto el ambiente así como la historia clínica deben estar adaptados a las necesidades de la edad infantil.

1.2.6.2.2 Unidad de Quirófano. Todos los quirófanos donde se administre anestesia para niños deben contar:

• Estación de trabajo

• Máquinas de anestesia y accesorios Debe cumplir con todos los requisitos y normativas de seguridad exigidas por la Confederación Latinoamericana de Anestesiología (CLASA) y la Federación Mundial de Anestesiología (WFSA). Contarán además con suministro de tres gases (oxígeno, óxido nitroso, aire comprimido) y de los vaporizadores necesarios para administrar los agentes anestésicos idóneos en cada caso particular. Los ventiladores deben ser de modo volumen y presión controlada, control para la relación inspiración/expiración, monitoreo del volumen corriente, volumen minuto expirado, frecuencia respiratoria y presión en vía aérea, disponer de presión positiva al final de la expiración (PEEP) y monitoreo de la fracción inspirada de oxígeno.

En relación a los sistemas anestésicos estos deben ser especialmente diseñados para cada edad pediátrica, que permitan medir capnografía y concentración de gases anestésicos. Todos estos equipos deberán ser descartables, contar con filtros y las diversas bolsas de reservorio (500ml, 1 litro, 2 litros) Monitores multiparámetros. Que contará con electrocardiografía, presión arterial no invasiva con sus respectivos brazaletes, oximetría de pulso con onda plestimográfica con sensores adecuados para cada edad, capnografía central o lateral y sonda de temperatura En los casos en que se manejen pacientes críticos, el monitor dará la

posibilidad de por menos interpretar dos presiones invasivas, dos temperaturas, relajación muscular y sería recomendable contar con tonometría gástrica y entropía.

• Métodos para mantener la normotérmia: Unidades de calor radiante, equipos de mantas térmicas de aire caliente forzado, capacidad para regular la temperatura del quirófano (Termostatos), humidificadores de la vía aérea (activos y pasivos) calentadores de fluidos y todos aquellos implementos que nos permitan limitar o impedir la perdida de calor en el niño. (gorros, protectores térmicos para extremidades y otras partes del cuerpo).

• Manejo de la vía aérea. Las características anatómicas y fisiológicas de la vía aérea del niño, en especial el recién nacido y lactante necesitan de cuidados especiales por lo que se debe contar con: mascarillas fáciles transparentes que permitan visualizar la boca y fosas nasales, cánulas orofaríngeas, equipos de laringoscopios con hojas rectas y curvas, guiadores adecuados, pinzas de Magill, tubos traqueales preferentemente sin balón hasta el número 6.5 y máscaras laríngeas, todos estos implementos deben estar adecuados en tamaño, diámetro y forma a las diversas edades pediátricas. Como lo describen las normativas de. CLASA y WFSA, se contará con un carro de manejo de la vía aérea debidamente adecuado.

• Equipo de resucitación. Carro de paro, con desfibrilador y palas acordes a las distintas edades, así como medicamentos para solventar el paro cardíaco.

1.2.6.2.3 Sala de cuidados post anestésicos. La sala de sala de cuidados post anestésicos se basara según lo pautado por la CLASA, debiendo estar adaptada al paciente pediátrico tanto en equipamiento como en fármacos.

1.2.6.2.4 Sala de Anestesia fuera del Área Quirúrgica. Dada las características especiales de los pacientes pediátricos, los cuales deben ser manejados en la mayoría de las oportunidades con sedaciones profundas y/o anestesia , el manejo fuera del área quirúrgica tendrá los mismas exigencias generales de equipamiento que el quirófano, siempre bajo la tutela del servicio de Anestesiología.

1.2.6.2.5 Dolor. El dolor constituye en la actualidad el quinto signo vital y es derecho del paciente el tratamiento enérgico peri operatorio del mismo, por esta razón el personal anestesiológico que maneje niños debe contar con sólidos de conocimientos generales en el manejo farmacológico, así como estar familiarizado con las diversas escalas de la medición del dolor adecuadas para cada edad. Es recomendable que las áreas quirúrgicas cuenten con la tecnología necesaria para el alivio del dolor agudo post operatorio dependiendo de la magnitud de la cirugía (bombas de infusión, iontofor, TEENS etc).

1.2.6.2.6 Fármacos y protocolos. Todos los medicamentos utilizados en el área quirúrgica, donde se realicen anestesias a niños, deben ser diluidos de manera tal que permitan la dosificación exacta de los mismos adecuándolos a cada edad y peso. Estas diluciones deberán estandarizarse y estar a disponibilidad en todas aquellas áreas donde se administre sedaciones (a cargo de anestesiólogos) o anestesias, en forma de carta o tablas, de manera tal de facilitar el trabajo al personal. De igual forma y al alcance de todos se contará con los algoritmos y protocolos para las eventualidades tales como:

asma y broncoespasmo, manejo de vía aérea , paro cardio respiratorio, manejo de vía aérea, Hipertermia maligna, alergia al látex, reacciones anafilácticas y anafilactoides.

1.3 CUIDADOS POSTANESTÉSICOS

1.3.1 En toda institución hospitalaria debe existir un sitio en donde se haga el cuidado post anestésico de todos los pacientes que hayan recibido anestesia general o regional, llamado Unidad de Cuidado Post Anestésico (UCPA), bajo la responsabilidad de un anestesiólogo cuyo nombre debe estar escrito en la UCPA, mientras exista algún paciente ahí.

1.3.2 El paciente que egresa de sala de cirugía debe ser transportado a la UCPA o a la Unidad de Cuidados Intensivos, por el anestesiólogo que administró la anestesia, con el monitoreo requerido y oxígeno suplementario, si es necesario. El paciente debe llegar a la UCPA con un control adecuado de la vía aérea, hemodinámicamente estable y con un nivel de conciencia cercano al que tenía antes del acto anestésico.

1.3.3 En la UCPA se debe hacer la entrega del paciente al personal responsable de la Unidad. Debe incluir condiciones pre-operatorias, manejo anestésico y el puntaje de Aldrete modificado en ese momento, el cual debe ser mínimo de 7, salvo limitaciones previas del paciente. Todo debe quedar anotado en la historia clínica o en el registro anestésico.

1.3.4 El cuidado médico en la UCPA debe ser realizado por personal calificado por el Departamento de Anestesia, con entrenamiento en reanimación básica y avanzada.

1.3.5 En la UCPA, el paciente debe tener el monitoreo y soporte necesario acorde a su condición, similar al de sala de cirugía, por el tiempo que sea necesario, bajo la supervisión del anestesiólogo encargado.

Se prestará especial atención a la oxigenación (oximetría de pulso), a la ventilación y a la circulación.

1.3.6. Cada paciente que se encuentre en recuperación debe contar permanentemente mínimo con los elementos para monitorizar tensión arterial, trazado electrocardiográfico y oximetría de pulso.

1.3.7 En la UCPA debe haber un promedio de 1.5 camilla por cada sala de cirugía del hospital.

1.3.8 Cada cubículo debe contar con 2 tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia del hospital, 1 fuente de oxígeno, 1 fuente de succión.

1.3.9 Debe haber: 1 Técnico Superior en Enfermería (T.S.U.) por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad. 1 T.S.U. por cada cinco pacientes de complejidad baja

o media. Una Licenciada en Enfermería independiente del área quirúrgica cuando se superan 6 salas de cirugía funcionando.

1.3.10 La UCPA debe contar con los elementos adecuados para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar, incluyendo desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente.

1.3.11 Los egresos deben ser autorizados por escrito en la historia o en el registro anestésico por el anestesiólogo responsable.

1.3.12 El puntaje de Aldrete modificado para el egreso debe ser de 10, salvo que el paciente tenga una limitación previa por la cual no puede alcanzar dicho puntaje. *ANEXO 2*

1.3.13 Si las condiciones del paciente exigen una permanencia superior a las 8 horas en la UCPA, éste debe ser trasladado a una unidad de cuidado intermedio o intensivo.

1.4 ESTRUCTURA ORGÁNICA

Toda institución hospitalaria cuya complejidad técnico-científica y administrativa corresponda al tercer o cuarto nivel de atención, debe tener en su estructura el Departamento de Anestesiología y Reanimación, constituido por los servicios de Salas de Cirugía, UCPA, Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgicos, Clínica de Dolor, Cirugía Ambulatoria, Docencia de pre y post grado, y otros servicios, de acuerdo a su grado de complejidad estos servicios deben estar dotados de equipos de alta tecnología: Neuroanestesia, Cardioanestesia, trasplante de órganos, pabellones y equipos diseñados para oftalmología, cirugía ortopedica y sustituciones articulares.

Las instalaciones deben cumplir con las Normas Arquitectónicas establecidas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y Seguridad Social así como los reglamentos relativos a la prevención de incendios, la construcción y la ocupación, alojamiento para las personas con discapacidad, la seguridad y la salud y la eliminación de los desechos médicos y residuos peligrosos.

Las políticas y los procedimientos deben cumplir con las leyes y reglamentos relativos a la oferta de drogas controladas, el almacenamiento y la administración.

1.4.1 En Venezuela toda institución pública y privada debe alcanzar los estándares de seguridad ambiental aprobados por las autoridades sanitarias.

1.- Sistema de evacuación de gases anestésicos.

2.- Filtros para el área quirúrgica de alta pureza (filtros HEPA 99,99% de pureza)

3.- Recambio de aire acondicionado por hora 15-25 de los cuales 3 deben ser aire fresco

4.- Presión positiva.

5.- Temperatura 17-24 º C según cada necesidad.

6.- Humedad 55% a 60%

2. MÁQUINA DE ANESTESIA

2.1. Deben utilizarse códigos de colores, tanto para los gases medicinales como para los agentes anestésicos volátiles.

2.2. Las mangueras de conducción de gases desde una red central o desde un cilindro a la máquina de anestesia, deben ser no colapsables y deben tener el código de color para cada gas.

2.3. El diseño de la máquina y de los monitores debe ser ergonómico. Todos los componentes, incluyendo controles, manómetros y monitores, deben ser fácilmente visibles desde el sitio de trabajo del anestesiólogo, a una distancia aproximada de un metro y medio. Así, sin necesidad de desplazarse, podrá vigilar a su paciente y a la vez observar todas las partes de la máquina de anestesia y los monitores.

2.4. Las conexiones de los cilindros de gases medicinales deben estar identificadas con el símbolo y el color. Deben ser no intercambiables entre los diferentes gases. Toda máquina de anestesia debe poseer una conexión para oxígeno de reserva (cilindro) con su respectivo manómetro.

2.5. Debe existir un mecanismo que impida la administración de mezclas hipóxicas, asegurando siempre una concentración mínima de oxígeno del 25 %.

2.6. Cuando se dispone de más de un vaporizador, debe existir un mecanismo que impida abrir más de un vaporizador al mismo tiempo.

2.7. Debe contener la medición de gases espirados.

2.8. Debe disponerse de un sistema de seguridad que impida desconexiones.

2.9. El botón de paso rápido de oxígeno debe estar colocado de manera que no se pueda activar en forma inadvertida. Su activación podrá hacerse con una sola mano y debe volver a su posición de reposo en el momento en el cuál deje de activarse.

2.10. La máquina de anestesia debe tener una alarma auditiva que indique la baja presión de oxígeno.

2.11. Debe tenerse alarma de alta presión en la vía aérea.

2.12. Toda máquina de anestesia debe tener un analizador de oxígeno dentro del circuito.

2.13. Debe existir un sistema de evacuación de gases sobrantes.

2.14. Debe existir una válvula de sobrepresión que permita la salida de gases sobrantes al sistema de evacuación.

2.15. La máquina de anestesia debe tener una cámara para captación y absorción de CO_2 espirado del paciente.

2.16. Toda máquina de anestesia electrónica debe tener una batería que suministre energía durante por lo menos 20 minutos.

2.17 El manual de instrucciones para el usuario debe entregarse en español o en portugués y debe dejarse con cada máquina de anestesia.

3. MANTENIMIENTO

3.1. Tanto la máquina de anestesia como los elementos de monitoreo deben estar incluidos dentro de un programa de mantenimiento preventivo, de acuerdo a las especificaciones del fabricante.

3.2. En todo caso, dicho mantenimiento debe realizarse por lo menos cada tres meses o cuando lo considere necesario el Departamento de Anestesiología, por personal calificado.

3.3. El mantenimiento es de entera responsabilidad de la institución.

3.4. Toda compra que se realice debe tener una garantía de servicios y de provisión de repuestos, respaldada tanto por el distribuidor como por la casa matriz.

4. ACTUALIZACIÓN DE DE LAS PRESENTES NORMAS

Estas normas deben actualizarse cada dos años, o cuando el Comité de Seguridad lo considere conveniente, de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos y a las condiciones del ejercicio de la anestesiología.

Parágrafos Especiales.

a. Sólo la condición de urgencia extrema, con riesgo de muerte para el paciente, podrá permitir el incumplimiento de las normas mínimas de seguridad aquí establecidas.

b. No debe olvidarse la necesidad de adecuar los gastos a lo realmente necesario, farmacoeconomía, para no incrementar los costos que deben afrontar el Estado o los particulares.

FIN DE LA INTERVENCIÓN.

Concluida la intervención anestésico-quirúrgica, el médico anestesiólogo tratante, deberá asegurarse que su paciente se encuentre clínicamente recuperado de la anestesia que recibió, o bien que ha sido recibido a satisfacción por otro médico anestesiólogo dentro de la UCPA, o según el caso, por un médico de la unidad de cuidados intensivos, de la cual se dejará constancia escrita.

Cumplida esta misión, el médico anestesiólogo tratante podrá dedicarse a otro acto anestésico.

Recuerde: seguridad, significa vigilancia permanente, eficacia y satisfacción para un paciente bien atendido y libre de complicaciones evitables.

NORMAS DE SEGURIDAD PARA LA ANESTESIA FUERA DEL AREA QUIRURGICA.

La Sociedad Venezolana de Anestesiología (S. V. A.), consciente de la necesidad de incrementar la seguridad de aquellos pacientes que son sometidos a pequeños procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que habitualmente se efectúan fuera del área quirúrgica y en los cuales se emplean agentes sedantes y analgésicos que pueden deprimir las funciones vitales; propone las siguientes pautas para la aplicación de Sedación y Analgesia fuera del área quirúrgica.
También considera la S. V. A. que la aplicación de agentes sedantes y analgésicos que permitan la prosecución de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, es competencia del Médico Anestesiólogo, quien ha sido debidamente entrenado para la ejecución de esta práctica en los cursos de post grado acreditados en el país, además de poseer el conocimiento y la destreza suficiente para afrontar adecuadamente cualquier evento adverso durante la aplicación de agentes anestésicos.

I. NORMAS GENERALES:

1. Espacio Físico: necesario en procedimientos anestésicos, buena iluminación, así como fuente de oxígeno y equipo para brindar reanimación básica y avanzada. Además de un fácil acceso al paciente por parte del personal involucrado en el procedimiento y facilidad para la evacuación y traslado del paciente en caso de ser necesario.

2. Evaluación Previa al procedimiento e Historia Clínica

Todo paciente que requiera de la administración de agentes analgésicos y/o sedantes para la realización de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico fuera del área quirúrgica deberá ser evaluado previamente para constatar el estado de su salud y estimar el ASA, de conformidad a lo establecido en las "Normas de seguridad para el ejercicio profesional de la anestesiología en Venezuela"

3. Equipos requeridos:

En toda área donde se disponga suministrar agentes sedantes y/o analgésicos para efectuar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, deberán estar disponibles: sistema de suministro de oxigeno
• Monitor cardíaco.
• Monitor de tensión arterial no invasivo.
• Oxímetro de pulso.
Monitor de temperatura
. Monitor de dióxido de carbono (CO_2) expirado (Capnógrafo)
. Desfibrilador portátil
• Aparato para succión continua.
• Laringoscopio con diferentes hojas, tubos endotraqueales de diferentes tamaños (adultos y pediátricos), pinzas de MAGILL para adultos y pediátrica.
• Cánulas bucofaríngeas de diferentes tamaños.
• Equipo resucitador manual para suministro de presión positiva en la vía aérea.
• Fuente de oxígeno a presión positiva.
Es ampliamente recomendable contar con algún dispositivo para el rescate de la vía aérea tales como: Máscara Laríngea, Tubo laríngeo, equipo para ventilación Jet, equipo para cricotirotomía de emergencia.

4 Pautas para Monitorización Básica:

El Anestesiólogo debe estar continuamente presente para monitorizar al paciente y proveer la atención anestésica debida.
Debe efectuarse una medición basal de los signos vitales previa a la administración de cualquier medicamento.
Durante toda sedación analgesia la oxigenación, la ventilación y la circulación deben ser continuamente evaluadas.
• Oxigenación: Para asegurar una adecuada concentración de oxígeno en el gas inspirado y en la sangre durante el procedimiento es necesario:
Cuando se emplean aparatos que puedan suministrar mezclas de gases, estos deben suministrar mezclas de al menos 21% de oxígeno
La oxigenación sanguínea se debe medir en forma continua con oxímetro de pulso y se debe contar con suficiente iluminación en el área para evaluar la coloración de la piel y mucosas.
• Ventilación: Para asegurar una adecuada ventilación del paciente durante el procedimiento es necesario:
Todo paciente que reciba sedación debe tener la ventilación continuamente evaluada. En la medida de lo posible y siempre que el tipo de procedimiento lo permita, se recomenda el uso del Capnógrafo para cuantificar la fracción de CO2 en el gas espirado, además de la observación clínica de los movimientos respiratorios y de la cuantificación de la frecuencia respiratoria clínicamente o a través de monitores diseñados para tal fin.
•Circulación: Para asegurar durante todo el procedimiento la adecuada función circulatoria del paciente se seguirán las siguientes recomendaciones:
Todo paciente sometido a Sedación Analgesia debe tener un trazado continuo de ECG visible hasta finalizar el procedimiento. Deberá contarse con un estetoscopio para auscultarlo en forma continua.
A todo paciente sometido a sedación analgesia se le debe determinar cada 3 a 5 minutos su presión arterial.
•Temperatura corporal: Es obligatoria su determinación continua en todos los pacientes

Registro escrito:
De todo procedimiento que se efectúe bajo Sedación Analgesia se llevará un registro escrito según las normas de la SVA.
Drogas, medicamentos de emergencia y otros insumos que deben estar disponibles en el lugar donde se suministra la Sedación Analgesia:
En el lugar donde se desee suministrar Sedación Analgesia para algún procedimiento diagnóstico o terapéutico deberá contarse con los medicamentos y equipos indispensables para brindar soporte vital básico y avanzado.
Recuperación posterior al procedimiento: Todo paciente que haya sido sometido a un procedimiento bajo Sedación Analgesia deberá ser evaluado en forma continua hasta su egreso. Dicha vigilancia deberá llevarse a cabo en la unidad de cuidados postanestésicos o en su defecto en el lugar donde se suministró la Sedación.

Criterios para el Egreso:

Todo paciente que haya recibido Sedación Analgesia no podrá egresar de la Institución hasta tanto no hubiese recuperado su estado cognitivo previo al suministro de los agentes farmacológicos que deprimieron el nivel de su conciencia, mantenga sus

variables respiratorias y hemodinámicas estables y no exista el riesgo de recirculación de los agentes farmacológicos empleados durante la sedación. Deberá ser acompañado en su egreso por un adulto responsable que lo conduzca hasta su casa. Deberá llevar todas las indicaciones por escrito.

Responsabilidad personal Personal:
Todo paciente sometido a estas intervenciones debe traer acompañante, y si el paciente es menor de edad debe estar acompañado por su representante legal.
El paciente adulto no podrá, posterior a estos procedimientos, tomar decisiones importantes, tales como realizar transacciones bancarias, convenios legales, ni conducir ningún tipo de vehículos, ni operar maquinarias.

CONTRAINDICACIONES

RELATIVAS:
1. Ancianos.(personas con 60 años o más con enfermedades asociadas)
2. Enfermedades cardiovasculares.
3. Enfermedades pulmonares.
4. Enfermedades renales.
5. Enfermedades hepáticas.
6. Enfermedades metabólicas.
7. Enfermedades neurológicas
8. Tratamiento con sedantes y ansiolíticos.

ABSOLUTAS:
1. Rechazo a la sedación por parte del paciente o de su representante legal.
2. Enfermedades cardiovasculares avanzadas.
3. Inestabilidad hemodinámica.
4. Pacientes críticamente enfermos y neonatos.
5. Anormalidades de las vías aéreas superiores, (pacientes con: estridor, Síndrome apnea obstructiva del sueño, Anormalidades faciales y del cuello, Síndromes con anormalidades craneofaciales: micronactia, síndrome de Apert, Pierre Robin).
6. Anormalidades del centro respiratorio (tumores cerebrales, desordenes mitocondriales, hipoventilación central)
7. Pacientes que presentan reducción sensible a la respuesta de concentraciones de CO_2. (enfermedad pulmonares crónica, desordenes neuromusculares)
8. Disfunción renal o hepática
9. Presión intracraneal elevada
10. Obesidad severa.
11. Pacientes con desordenes neurológicos en los que el riesgo de aspiración es elevado: (parálisis cerebral severa con parálisis pseudo bulbar, o historia de aspiración recurrente).
12. Casos especiales: Solo cuando se disponga de unidades de cuidado intensivo en las instituciones donde se realizan estos procedimientos, se podrán realizar los mismos en pacientes bajo condiciones críticas (comatosos, intubados, hemodinamicamente inestables)

PROCEDIMIENTOS COMUNES

Los procedimientos comunes que requieren apoyo anestesiológico fuera de los quirófanos tienen peculiaridades que hay que conocer para la administración de sedaciones-anestesias seguras y un adecuado cuidado del paciente. Entre ellos tenemos:

• Diagnósticos:

Radiodiagnóstico: tomografía computarizada, resonancia magnética.
Estudios hemodinámicos: cateterismos cardiacos.
Estudios Hematológicos: punción medular, biopsia muscular.
Área de gastroenterología: Endoscopias, Colonoscopias etc.
Area urológica: Citoscopias, colocación de sondas.
Exploraciones oftalmológicas y otros.

• Terapéuticos:

Litotripsia extracorpórea.
Área psiquiátrica: Terapia electroconvulsiva.
Área cardiología: Cardioversión.
Neuroradiologia intervensionista.
Área hematooncológica y radioterapia
Área odontológica.
Área de clínica del dolor (Bloqueos y otros procedimientos invasivos)

• Urgencias: área ortopédica, sutura de desgarros cutáneos, reducción de fracturas etc

.

Anexo 1

Clasificación de la ASA Como el estado físico del paciente y el tipo e operación tienen una relación importante con el riesgo anestésico quirúrgico, el médico anestesiólogo deberá dejar claramente establecido dichos elementos en la historia clínica del paciente. La Sociedad Venezolana de Anestesiología sugiere utilizar las clasificaciones que a continuación transcribimos, aunque no se puedan establecer criterios netamente diferenciados, porque siempre habrá que individualizar cada caso específico. La clasificación mas difundida internacionalmente es la propuesta por : The American Society of Anaesthesiologist (A.S.A.) la cual sugerimos:

ASA I Paciente normal, sano

ASA II Paciente con enfermedad sistémica leve, sin limitaciones funcionales.(diabetes leve, hipertensión controlada, anemia, bronquitis crónica, obesidad patológica)

ASA III Paciente con enfermedad sistémica de grado moderado a grave que origina cierta limitación funcional.(angina, enfermedad pulmonar obstructiva, antecedentes de infarto al miocardio)

ASA IV Paciente con enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida e incapacitante a escala funcional.(Insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal)

ASA V Paciente moribundo que no se espera que sobreviva 24 horas con o sin cirugía. (Aneurisma roto, traumatismo cefálico con aumento de presión intracraneana) Si la cirugía es de urgencia se le añadirá una U a la clasificación (ASA I U)

Las intervenciones vamos a clasificarlas en tres tipos:

Operaciones Tipo A: Aquellas intervenciones en las cuales el paciente no requiere hospitalización, o que esta no sea mayor de 24 horas; y además no exista riesgo de sangramiento, ablaciones, ni extirpaciones de gran magnitud (Ambulatorio y cirugía menor)

Operaciones Tipo B: Aquellas intervenciones en las cuales el paciente requiere hospitalización mayor de 24 horas, que tenga posibilidades de transfusión sanguínea,

ablaciones o extirpación de tejido de gran magnitud; que no requiera Cuidados postoperatorios especiales (Terapia intensiva)
Operaciones Tipo C: Aquellas intervenciones que llenan los requisitos o criterios establecidos para las operaciones Tipo B, pero que requieran cuidados postoperatorios especiales (Terapia intensiva). Se utilizaran estas clasificaciones para ajustar la preparación pre-operatoria y el monitoreo a cada caso específico.

Anexo 2

EXAMENES DE LABORATORIO PRE QUIRÚRGICO Este esquema constituye un parámetro sugerido por el Comité de Seguridad. Hacemos énfasis que lo mas importante en la evaluación pre anestésica es la Historia Clínica y el examen físico de cada paciente. Paciente ASA I Operaciones tipo A:
A-1: Hematología completa
A-2: Hombre mayor de 50 años y mujer mayor de 60 años: E.C.G.
A-3: Mujer en edad reproductiva: Prueba de embarazo.
B:
B-1:Pacientes clasificados A.S.A. I, en operaciones tipo B o C; así como también pacientes clasificados como A.S.A. mayor de I, en cualquier tipo de operaciones:
Todo lo recomendado para pacientes A.S.A. I y operaciones Tipo A, agregándose:
A: Menores de 40 años: Glicemia, creatinina.
B: Mayores de 40 años: E.C.G., RX de Tórax, Glicemia y Creatinina.
C: Cualquier prueba o examen complementario, que se determine tras la evaluación clínica, radiológica y de laboratorio.
D: Los exámenes de laboratorio no deberán tener más de tres meses de vigencia tomando en consideración la individualidad de cada caso.
Este esquema es válido para el ejercicio de la anestesiología ambulatoria. (ver Normas para el ejercicio de la anestesiología Ambulatoria)

Anexo 3

NORMAS PARA LA CONDUCCION DE LA ANESTESIA AMBULATORIA (ADICIONAL A LAS NORMAS GENERALES)
Norma I
La cirugía ambulatoria es aquella que se realiza en pacientes no hospitalizados, el tipo de anestesia puede ser general, regional o local. El tiempo o periodo de observación no es mayor de doce horas.
Norma II
La cirugía ambulatoria se clasifica en cirugía ambulatoria mayor y menor.

a. Cirugía Ambulatoria menor: Se realiza en áreas acondicionadas para tal fin, y en la que solo es necesario utilizar anestesia local, siendo inmediata la recuperación del paciente.
b. Cirugía Ambulatoria mayor: Aquella que se realiza en áreas

acondicionadas o construidas para tal fin, utilizando anestesia general, regional o local, con un periodo de recuperación no mayor de 12 horas, que no interesen las principales cavidades del cuerpo, excepto en los caso contemplados en el aparte III de esta norma.

Norma III

La Cirugía ambulatoria de tórax y abdomen, solo podrá realizarse cuando se utilicen procedimientos de cirugía endoscópica, en pacientes cuyo periodo de recuperación no sea mayor de 12 horas, y solamente en unidades que se encuentren dentro de una institución hospitalaria pública o privada.

Norma IV

Selección del paciente:

Paciente A.S.A. I es óptimo.

Paciente A.S.A. II si la condición que le asigna esta clasificación esta controlada. Su medico tratante deberá dar el visto bueno.

Paciente A.S.A. III se acepta si su enfermedad sistémica esta controlada, dependiendo del procedimiento quirúrgico y la técnica anestésica que requiera.

Emergencia: solo con excepciones podrá realizarse de forma ambulatoria, como por ejemplo: reducción cerrada de fracturas, curetajes por sangrados leves o moderados, cambios de cura, limpieza de heridas, extracciones dentales, etc

.

Norma V

Situaciones especiales que excluyen al paciente de cirugía ambulatoria:

a. Probabilidad de transfusión sanguínea.

b. Empleo crónico de medicamentos que incremente o prolonguen los efectos de los agentes anestésicos y por esta razón impidan su egreso.

c. Niños con probabilidad de ayuno prolongado.

d. Lactantes con alto riesgo de complicación respiratoria (prematuros, displasia bronco pulmonar, etc.).

e. Niños con Cardiopatías como insuficiencia cardiaca congestiva o cardiopatías congénitas con alteraciones hemodinámicas significativas

f. Antecedentes familiares o personales de hipertermia maligna.

g. Características personales o socioeconómicas que a juicio médico impidan su adecuado seguimiento domiciliario. h. Cirugía de urgencia que requiere de hospitalización.

i. Paciente con obesidad mórbida

j. Paciente con enfermedad aguda intercurrente.

k. Condiciones especiales que excluyan al paciente de cirugía ambulatoria.

Norma VI

Evaluación Preanestésica: Es obligatoria para todos los pacientes. Este comité sugiere las siguientes consideraciones que se ajustaran a cada institución o grupo de trabajo.

a. Consulta preanestésica el día antes de la cirugía.
b. Revisión del interrogatorio escrito el día de la cirugía
c. Examen preoperatorio y visita en la mañana de la cirugía.

d. Entrevista telefónica sin visita.
e. Entrevista asistida a través de pagina Web.

Norma VII

Exámenes de laboratorio prequirúrgicos en la cirugía ambulatoria: Ver anexo 2 de Normas de seguridad para el ejercicio de la Anestesiología en Venezuela.

Norma VIII

Criterios de alta

a. Paciente despierto, alerta, orientado, sensible

b. Mínimo dolor

c. Sin sangramiento activo

d. Signos vitales estables

e. Mínima nausea

f. Sin vómitos

g. Sin efectos de relajantes neuromusculares (levantar la cabeza 5 seg.)

h. Saturación de oxigeno 95% con aire ambiente 3 min. o mas o retorno a la saturación de oxigeno inicial o mayor.

Norma VIX

Funcionamiento de las Unidades de Cirugía Ambulatoria

a. Las Unidades de Cirugía Ambulatoria deberán funcionar de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Las intervenciones a realizar serán electivas y en el horario de 7:30 a.m. a 4 p.m.

b. Los pacientes a ser intervenidos estarán bajo la atención directa y responsabilidad del especialista del cuerpo médico, quien deberá informarle acerca del procedimiento a realizar, los cuidados pre y postoperatorios y posibilidad de complicación, preferiblemente a través de un folleto informativo que se le entregará en el consultorio en forma individual. Para los pacientes menores de 18 años, esta información se les suministrará a los representantes legales.

c. Los pacientes deben autorizar con su firma el acto quirúrgico y en el caso de pacientes menores de 18 años será necesaria la autorización del representante legal.

En todo lugar donde se realice algún procedimiento diagnóstico o terapéutico y se requiera la presencia de un Anestesiólogo para brindar Vigilancia Anestésica Monitorizada y suministrar agentes sedantes y/o analgésicos , deberá disponerse de suficiente espacio para acomodar todo el equipo de monitoreo

EXÁMENES DE LABORATORIO PREQUIRÚRGICOS PACIENTES ASA I Y II.

Este esquema constituye un parámetro sugerido por el Comité de Seguridad. Está basado en estudios científicos y en experiencias de instituciones en Colombia y en otros países.

Es altamente recomendable que cada departamento de anestesia establezca su propio protocolo, siempre que se ajusten a lo mundial y científicamente aceptado.

Los exámenes innecesarios con frecuencia ocasionan pérdida de tiempo, de dinero y retrasos en la programación.

Lo más importante en la evaluación preanestésica es la historia clínica y el examen físico, sin menoscabo de los exámenes paraclínicos o evaluaciones de otros especialistas siempre que se justifiquen.