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

Septiembre 2014

Las normas contenidas en el presente documento denominado "Normas de Seguridad para el Ejercicio de la Anestesiología" serán de cumplimiento obligatorio en la República Bolivariana de Venezuela para todos los Anestesiólogos en su Ejercicio Público y Privado su aplicación corresponderá a los Organismos Empleadores Públicos y Privados.

Estas normas son Revisadas, Modificadas, Actualizadas y Consultadas cada 2 años por la Comisión de Seguridad de la SVA integrada por las Dras. María Teresa Prado, María Alvarado, Tamara Gómez, Adriana Rangel utilizando las modificaciones aprobadas por C.L.A.S.A. (Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología) WFSA (Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología) y aprobadas por la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Anestesiología Período 2013 – 2015.

Por la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Anestesiología.

Nerio Bracho Uzcategui
Presidente

María T. Prado S.
Vicepresidente

José G. Martínez C.
Secretario General

Luís R. Trevison M.
Secretario de Finanzas

Ana del V. Brión
Vocal

José G. Gudiño
Vocal

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

1.1. EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

*La evaluación pre anestésica es de carácter obligatorio en todas las Instituciones Públicas o Privadas en todo el Territorio Nacional de la República Bolivariana de Venezuela y debe realizarse a todo paciente que va a ser sometido a técnicas anestésicas o sedación para procedimientos quirúrgicos, terapéuticos y / o diagnósticos. El médico anestesiólogo debe establecer durante la misma, los antecedentes médicos, el estado clínico así como el estado físico del paciente según los estándares establecidos por la American Society of Anesthesiologist (ASA. Anexo 1), La Confederación Latinoamericana de Anestesiología (CLASA) l Federación Mundial de Anestesiología, Declaración NO a la Anestesia Simultanea Asunción 2013 y los protocolos de manejo que considere pertinente

1.1.1 Consulta Pre anestésica

1.1.1.1. Elaboración de Historia Pre Anestésica, donde queden plasmados: antecedentes, estado clínico, evaluaciones de otros especialistas, si están indicadas.

1.1.1.2. Establecer el riesgo anestésico 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 obligatorio en instituciones públicas o privadas.

1.1.2 Consulta o Visita Pre-anestésica Intra hospitalaria

Es la que se realiza en todo paciente hospitalizado y no hospitalizado que va a ser sometido a técnicas anestésicas o sedación, para procedimientos terapéuticos quirúrgicos o diagnósticos. 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 / y de emergencia debe ser sometido a la evaluación Pre anestésica (inmediata) que permita evaluar su condición clínica y las circunstancias inherentes a la patología y al acto quirúrgico. Con la finalidad de proporcionar las mejores condiciones posibles antes de iniciar el acto anestésico. Sin que esta evaluación pre anestésica retarde el procedimiento quirúrgico a realizarse en ese paciente

1.2 CUIDADO PERIANESTÉSICO

En esta etapa del acto anestésico es de gran importancia:

a) Revisar previamente todos los instrumentos, máquina de anestesia y equipos a utilizar
b) Observar al paciente y control de los signos vitales con los diferentes equipos de monitoreo.

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, presión arterial no invasiva, oxímetro, capnógrafo y termómetro.

III. Paciente

a. Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación Pre anestésica.
b. Los exámenes para clínicos requeridos.
c. Consentimiento informado por escrito.
d. Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis
(evaluar predictores de vía aérea difícil)
e. Vía venosa (periférica o Central, de ser necesaria)

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 Dosis 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 anestésica
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.

1.2.2.8 Reportar colocación de CVC o Bloqueos Nerviosos.

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 deberá tener 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 con su respectiva onda de pletismografia**.

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 debe verificarse 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 supra glótico), 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, el control básico que aparece en el modulo de control ventilatorio debe reunir los siguientes estándares:

1. Control de la frecuencia respiratoria FR
2. Control de volumen corriente VT
3. Control volumen presión
4. Control volumen minuto VE
5. Control relación inspiración / espiración
6. Tiempo de pausa inspiratoria
6.ControlPEEP
7. Alarmas para presión inspiratoria máxima
8. Alarmas de desconexión

Parágrafo Único. No utilizar ventiladores que no posean las siguientes alarmas en las vías aéreas:

1.- Alarma de alta presión
2.- Alarma de baja presión
3.- Volumen Minuto
4.- Concentración de oxigeno inspirado FIO
5.- Fallo de la fuerza motriz del ventilador

1.2.3.2.3 Circulación

El paciente debe permanecer durante el trans y post-operatorio inmediato bajo monitoreo hemodinámico no invasivo continuo durante la permanencia de aéreas quirúrgicas y no quirúrgicas donde se practiquen procedimientos terapéuticos y diagnósticos.

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.
**1232334 es recomendable actualizar el entrenamiento en RCP avanzado de los médicos anestesiólogos.

1.2.3.3 Temperatura

El monitoreo de la temperatura corporal es obligatorio en todo procedimiento anestésico, con la finalidad de observar los cambios de temperatura corporal que sugieran la presencia de patologías ligadas a este signo vital (hipertermia maligna) así como el enfriamiento y sus efectos colaterales. El anestesiólogo debe contar con equipos que permitan limitar la pérdida de calor

1 – Unidades de calor radiante
2 - Equipo de mantas térmicas de aire caliente forzado
3 - Capacidad de regular la temperatura del quirófano (Termostato)
4 - Humificadores de la vía área activos y pasivos
5 - Calentadores de fluidos

1.2.3.4 Sistema Nervioso Central

Para el control de la monitorización del S.N.C, se recomienda el uso de análisis biespectral 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 cricotirotomía por punción o percutánea.

e. Disponer de una máscara laríngea tipo Fastrach ®, u otro dispositivo supra glótico 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.

g. Es recomendable que en todas los Departamentos o servicios de anestesiología, existan anestesiólogos entrenados en vía aérea difícil sugerimos 1 por cada 3 especialistas

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 técnica

epidural, 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 cardo-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 pletismográfica 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 Licenciado (a) en Enfermería por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad. 1 T.S.U. por cada cinco pacientes de complejidad baja

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 ortopédica 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 CO2 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, farmaco economía, 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 (Capnografía)
. 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 recomienda el uso del Capnografía para cuantificar la fracción de CO_2 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:
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 de 60 años o más de edad, 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: (micrognatia, 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 CO2. (Enfermedad pulmonar 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, hemodinámicamente 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.
Área urológica: Cistoscopias, colocación de sondas.
Exploraciones oftalmológicas y otros.

•**Terapéuticos**:
Litotripsia extracorpórea.
Área psiquiátrica: Terapia electro convulsiva.
Área cardiología: Cardioversión. Neuro
Radiología intervencionista.
Área hemato oncológica 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 de 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 más 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.

Operaciones Tipo 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. (V e r 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 está controlada. Su médico tratante deberá dar el visto bueno.
Paciente A.S.A. III se acepta si su enfermedad sistémica está 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 Pre anestésica: Es obligatoria para todos los pacientes. Este comité sugiere las siguientes consideraciones que se ajustaran a cada institución o grupo de trabajo.

a. Consulta pre anestésica el día antes de la cirugía.

b. Revisión del cuestionario 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 página Web.

Norma VII
Exámenes de laboratorio pre quirúrgicos 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 (mantener la cabeza levantada durante 5 segundos.)

h. Saturación de oxigeno 95% en aire ambiente durante 3 minutos o más, 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 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.

ANEXOS

1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

2 LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS

3 PROTOCOLO DE EXAMENES MEDICOS PREANESTESICOS 2014

4 ERRADICACIÓN DE LA ANESTESIA SUMULTANEA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANESTESIA

Yo, _____ mayor de edad, civilmente hábil de este domicilio, titular de la Cédula de identidad Nº _____, en pleno uso de mis facultades mentales y en ejercicios de mis derechos como paciente declaró:

1. He acudido al _____ por mi propia voluntad y en convicción, con motivo de:

_____
_____
_____

Para ser sometido por mí medico tratante el Dr. _____ a procedimientos diagnósticos y/o tratamiento medico y/o quirúrgico consistente en:

_____
_____
_____

2. Para realizar el procedimiento quirúrgico propuesto se me debe administrar anestesia la cual de manera muy general puede ser de varios tipos. Sin embargo para el tratamiento propuesto se procederá con la siguiente anestesia:
_____
_____

Como alternativa: _____

_____

_____

_____es de hacer notar que puede cambiarse el tipo de anestesia dependiendo de los resultados que se obtengan. De igual forma en todos los procedimientos existe la posibilidad de administrar una anestesia general, aunque otra modalidad haya sido la propuesta.

3. Queda entendido que luego de terminar el procedimiento quirúrgico será trasladada (a) a un área de recuperación y dependiendo de mi evolución en esa área, pudiera ser enviado al domicilio, al área de hospitalización o a una Unidad de Cuidados Intensivos.

4. He sido, como es mi derecho9, ampliamente informado de las técnicas Anestésicas alternativas y los riesgos inherentes a la aplicación de los procedimientos anestésicos descritos anteriormente y sugeridos por el medico anestesiólogo _____, los cuales han sido libremente seleccionado (s) dentro del criterio científico prevaleciente. Entiendo que los procedimientos descritos pudieran resultar en complicaciones variadas, desde la más benigna hasta la muerte.

5. Con base en la información previamente recibida expreso mi consentimiento, amplio, valido y legítimamente declaró, con el objeto de que el anestesiólogo aplique los procedimientos señalados para poder obtener la anestesia y así realizar los procedimientos quirúrgicos, y todos aquellos que en un momento de emergencia o urgencia pueden ser necesarios para la preservación de la vida y/o salud. En el entendido de que este profesional pondrá todo su empeño dedicación, prudencia, diligencia y pericia profesional a la consecución de el fin por el cual actúa que no es otro que la asistencia de la salud.

6. Igualmente, de mi consentimiento para que el medico anestesiólogo: _____, que ejerce en la institución: _____,

Pueda aplicar todos aquellos procedimientos y /o terapéuticos anestésicos necesarios para la mencionada intervención quirúrgica, para mi bienestar o para la conservación de mi vida y mi salud pero que por su naturaleza produzca el condicionamiento o perdida transitoria de mis facultades mentales. Reconozco que siempre hay riesgos para la vida y la salud asociados con la anestesia, tales riesgos y las técnicas anestésicas alternativas se han sido ampliamente explicadas. Todo de acuerdo a la naturaleza jurídica de las obligaciones de medios según la doctrina jurídica.

7. De ser equivocada, absoluta, única y completamente necesario para la preservación de mi vida autorizo al medico Anestesiólogo y / o a cualquiera de los integrantes del equipo medico para que puedan iniciar la aplicación de transfusiones de sangre o cualquiera de sus derivados. Igualmente los autorizo para realizar cualquier otro procedimiento necesario para preservación de mi vida.

Entre posibles complicaciones de carácter general para toda intervención están: Respiratorias (Problemas de ritmo, infecciones atelectacias, paro, neumonía) Cardiacas (Arritmias, isquemia, paro), Hemorragias, infecciones, vasculares (trombosis, Embolias), problemas de cicatrización, Urinarias, Neurológicas (Cerebro, Medula Espinal y Nervios Periféricos), Hepáticas, Renales, Alergias, problemas de temperatura (Hipertermia) entre otros.

Certifico finalmente que he leído, escuchado y comprendido completamente todo lo explicado relativo a mi tipo de anestesia y las alternativas, así como lo relativo del consentimiento aquí expresado y dejo constancia que los espacios en blanco fueron llenados justos antes de firmar.

_____ _____

Fecha Paciente

_____ _____

Testigo Testigo

_____

Representante Legal

Y yo, _____, certifico en este mismo acto que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, alternativas y riesgos de la anestesia. (_____
_____
_____

Propuesto al paciente _____ (o representante legal) y que me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y, de hecho, he contestado íntegramente las preguntas formuladas. Es mi firme convicción que el paciente (o representante legal) comprende completamente lo que he explicado.

_____ _____ _____

Firma del Medico Fecha Paciente

PROTOCOLO DE EXAMENES PREANESTESICOS 2014			
Indicaciones de las pruebas en pacientes asintomáticos o con Historia Clínica médica (HCM) negativa			
Asintomáticos o HCM (-)	Cirugía menor	Hombre < 50años	Ninguno
	Cirugía menor	Hombre > 50años	ECG
	Cirugía mayor	Hombre < 40años	Ninguno
	Cirugía mayor	Hombre > 40años	ECG, hematocrito, BUN/creatinina, glucosa, RX Tórax, Albúmina
Asintomáticos o HCM (-)	Cirugía menor	Mujer < 60años	Ninguno
	Cirugía menor	Mujer > 60años	ECG
	Cirugía mayor	Mujer < 40años	Ninguno
	Cirugía mayor	Mujer > 40años	ECG, hematocrito, BUN/creatinina, glucosa, RX de Tórax, Albúmina
Indicaciones de exámenes en pacientes sintomáticos o con HMC (+)			
Ecocardiografía	Soplos nuevos		
	Evaluación de la función ventricular solo en aquellos pacientes cuya clase funcional es desconocida **Y** se someten a una cirugía mayor o a algunas intermedia		
Pruebas no-invasivas de stress (Ejercicio, eco-stress, o por medicina nuclear)	Según las guías de la AHA/ACC		
Rx tórax	Solo si hay síntomas, o patología respiratoria activa		
Glicemia	Obesidad, diabetes o uso de esteroides		
Hemoglobina glicosilada	En diabéticos que sean programados para una cirugía mayor, que sea diferible si está elevada, para poder mejorar el control de la glicemia.		
BUN/Creatinina	Diabetes, historia >10a HTN, e HMC renal (+)		
Uroanálisis	Solo si sintomático o reemplazos articulares		
PT/PTT y plaquetas	Solo si sintomático o HMC (+)		
Hematocrito	Solo si se espera sangrado o si hay anemia sintomática.		

Cirugía mayor se define como un procedimiento que es probable que requiera manejo en Cuidado intensivo postoperatorio, excepto los pacientes neuroquirúrgicos, quienes requieren UCI para vigilancia del estado neurológico.

World Health Organization

LISTA DE CHEQUEO QUIRURGICO

Antes de la inducción anestésica → *Antes de la incisión* → *Antes de la salida del quirófano*

INGRESO

☐ EL PACIENTE HA CONFIRMADO
- •IDENTIDAD
- •SITIO
- •PROCEDIMIENTO
- •CONSENTIMIENTO

☐ SITIO MARCADO / NO APLICA

☐ LISTA DE CHEQUEO ANESTESICO COMPLETA: MAQUINA, MEDICACIONES ELEMENTOS

☐ PULSOXIMETRIA FUNCIONANDO EN PACIENTE

TIENE EL PACIENTE?

ALERGIA CONOCIDA?

☐ NO

☐ SI

RIESGO DE VIA AEREA DIFICIL / BRONCOASPIRACION?

☐ NO

☐ SI, Y HAY EQUIPO Y AYUDA DISPONIBLE

RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7ML/KG EN NIÑOS)?

☐ NO

☐ SI Y SE HAN PLANEADO ACCESO IV Y FLUIDOS ADECUADOS

NOMBRE / SELLO

PAUSA

☐ CONFIRMAR LA IDENTIFICACION Y FUNCION DE CADA PERSONA EN EL QUIROFANO

☐ EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE
- •PACIENTE
- •SITIO
- •PROCEDIMIENTO

EVENTOS CRITICOS PROBABLES

☐ EL CIRUJANO HACE UN ANALISIS: CUALES SON LOS PASOS CRITICOS, O INESPERADOS, LA DURACION DE LA CIRUGIA, Y LA PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE?

☐ EL ANESTESIOLOGO HACE UN ANALISIS: EXISTEN DIFICULTADES ESPECIFICAS DEL PACIENTE?

☐ INSTRUMENTACION HACE UN ANALISIS: SE HA VERIFICADO LA ESTERILIDA(INCLUYENDO INDICADORES)? HAY PREOCUPACIONES O PROBLEMAS CON EL EQUIPO?

SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN LOS ULTIMOS 60 MINUTOS?

☐ SI

☐ NO SE APLICA

ESTA DISPONIBLE LA IMAGENOLOGIA NECESARIA?

☐ SI

☐ NO SE APLICA

NOMBRE / SELLO

SALIDA

ENFERMERIA CONFIRMA CON EL EQUIPO

☐ LA CIRUGIA REALIZADA

☐ CONTEOS COMPLETOS DE CORTANTES, GASAS COMPRESAS (O NO SE APLICA)

☐ COMO SE MARCARON LAS MUESTRAS (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)

☐ EXISTIERON PROBLEMAS DE EQUIPOS QUE DEBAN SER DISCUTIDOS

☐ EL CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, Y ENFERMERIA HACEN LAS CONSIDERACIONES PARTICULARES PARA LA RECUPERACION Y MANEJO POP DEL PACIENTE

CONSIDERACIONES PARTICULARES:

☐ PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA

☐ CUIDADOS INTERMEDIOS / INTENSIVOS

☐ ANALGESIA POSTOPERATORIA

OTRAS

☐ ANESTESIOLOGO PRESENTE AL TERMINAR CASO

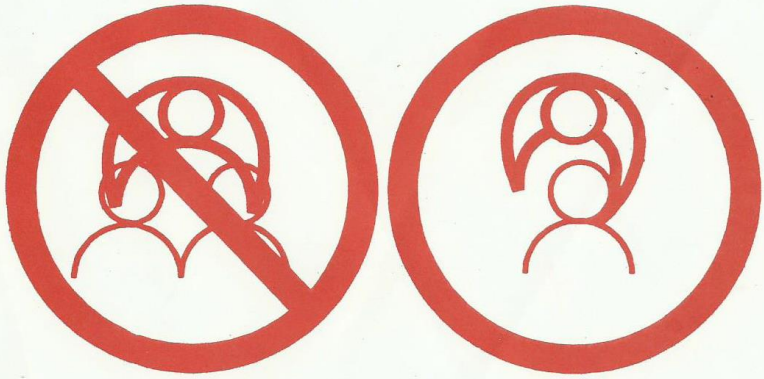
NOMBRE / SELLO

ESTA LISTA DE CHEQUO NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA QUE SE HAGAN ADICIONES, MODIFICACIONES PARA EL EJERCICIO LOCAL.

TRADUCIDO Y ADAPTADO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE LA OMS 2008- COMITÉ DE SEGURIDAD SCARE

PFI/PFI 09

1 Paciente + Anestesiólogo = SEGURIDAD



CAMPAÑA NACIONAL DE ERRADICACION DE LAS ANESTESIAS SIMULTANEAS Y ABANDONO DEL PACIENTE

UN ANESTESIOLOGO CONCIENTE POR CADA PACIENTE CONCIENTE O INCONCIENTE, ES LA OBLIGACION MORAL, SOCIAL Y LEGAL QUE DEMANDA EL TRABAJO DURANTE EL ACTO ANESTESICO.

LA REALIZACION DE ANESTESIAS SIMULTANEAS Y/O ABANDONO DEL PACIENTE ES CONDENADA POR ESTA Y TODAS LAS ENTIDADES ANESTESIOLOGICAS DEL MUNDO.

RECUERDE:
LA RESPONDABILIDAD DEL ANESTESIOLOGO ES INTRANSFERIBLE.