



Revista Colombiana de Anestesiología

ISSN: 0120-3347

publicaciones@scare.org.co

Sociedad Colombiana de Anestesiología y
Reanimación
Colombia

Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología
2008 Normas internacionales para la práctica segura de anestesia
Revista Colombiana de Anestesiología, vol. 36, núm. 4, diciembre, 2008, pp. 287-293
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195114551008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología

2008 Normas internacionales para la práctica segura de anestesia

(Una actualización de las Normas desarrollada por la Fuerza de la Tarea Internacional en Seguridad de la Anestesia que fueron adoptadas por la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos el 13 de junio 1992)

Estas normas se recomiendan para los profesionales anestesiólogos a lo largo del mundo. Ellas incorporan y elaboran los componentes centrales de la Anestesia Segura como parte de la iniciativa global del 2008 de la Organización de Salud Mundial de la Salud WHO, para la alianza “La Cirugía Segura Ahorra Vidas” para la Seguridad del Paciente. Estas normas de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos (World Federation of Societies of Anaesthesiologists WFSA) intentan proveer una guía y ayuda a los profesionales de la anestesia, sus sociedades profesionales, los hospitalares, administradores de salud y gobiernos, para la mejora y el mantenimiento de la calidad y seguridad de los cuidados en anestesia.

Para algunos servicios y departamentos anestesia, estas normas representan una meta futura, mientras para otros que ya las puedan haber llevado a cabo, pueden ser consideradas como obligatorias. Se reconoce que en algunos servicios se enfrentan desafíos en los recursos y organización, no obstante estas normas son consideradas obligatorias en la actualidad. La provisión de anestesia bajo estándares menores a los que se describen debe restringirse a procedimientos que son completamente esenciales urgentes o de emergencia para salvar la vida o un miembro, los responsables deben hacer todos los esfuerzos para la provisión de cuidados de salud en estas áreas y situaciones, asegurando que las normas se cumplan. La administración de anestesia con estándares inferiores a los que se señalan como obligatorios para cirugías electivas, no puede ser interpretada como una práctica segura aceptable. Las normas más importantes se relacionan con los profesionales anestesiólogos individualmente. Los equipamientos de monitoreo juegan un papel importante en la seguridad de la anestesia, como extensión de los sentidos humanos y habilidades clínicas, pero no son su reemplazo.

Adoptando los términos estandarizados de la Organización Mundial de la Salud, se consideran que las normas mínimas para todo el cuidado de la anestesia en los procedimientos quirúrgicos electivos son “Altamente recomendadas”. Estas normas “Altamente recomendadas” que se indican en el tipo de las letras en negrita (en texto y tablas), son aplicable a lo largo de cualquier procedimiento electivo, de la evaluación paciente hasta la recuperación del mismo, [se reconoce, sin embargo, que algunas medidas salvadoras de vida, rápidas pueden ser prioritarias en una emergencia]. A juicio del WFSA, éstas son las normas mínimas para la anestesia para un procedimiento “necesario” (tanto sea esencial y/o emergencia) en lugares donde los recursos están sumamente limitados.

Ello no implican por ellas mismas sean ideales o aún aceptables en muchos sitios con recursos. Estas normas “Altamente recomendadas” (el equivalente funcional de obligatorio) y la prescripción paralela para “Nivel 1” o la infraestructura básica (con respecto a los medios, equipo, y medicaciones) es pertinente a cualquier ambiente de cuidados de salud en el que administran procedimientos anestésicos generales o regionales, pero no en ambientes donde se realizan procedimientos superficiales que sólo involucran los anestésicos locales. Elementos adicionales a las normas básicas de anestesia deberían implementarse como recursos, organización, y entrenamiento, que permiten, generar este modelo:

Normas de Anestesia (en orden de adopción)	Escenario	Infraestructura
Altamente recomendadas	Nivel 1	Básica
Altamente recomendadas + Recomendadas	Nivel 2	Intermedia
Altamente recomendadas + recomendadas + Sugeridas	Nivel 3	Óptima

Vea la tabla, para generar un entorno detallado de la integración de las normas en la práctica, con los niveles de escenario/infraestructura. La meta siempre en cualquier escenario de práctica son las normas más altas, excediendo aquellas prescriptas si eso puede lograrse. A pesar de las limitaciones de algunos medios, puede ser posible implementar elementos de las normas **Recomendadas** aún en una escena “básica”, igualmente, implementar elementos de las normas Sugeridas en una escena “intermedia”. La meta siempre es el mejor cuidado posible y continuar la mejora, alcanzando y excediendo las normas para la práctica segura de anestesia, empezando con todas las normas **Altamente recomendadas** y esforzándose para alcanzar asimismo las normas **Recomendadas** y Sugeridas.

Se prevé que se revisarán estas normas y las especificaciones de escenario/infraestructura a medida que la práctica y tecnología evolucione.

NORMAS GENERALES

1. Condición profesional

Los servicios de anestesia, un componente vital de los cuidados básicos de la salud, requieren recursos apropiados. La WFSA considera a la anestesia como una práctica médica. Los especialistas de anestesia deben ser entrenados dentro de la medicina y acreditados con autonomía clínica y administrativa. Cuando la anestesia sea administrada por personal no médico, estas personas deben ser entrenados apropiadamente y tener acreditados sus conocimientos, además deben ser dirigidos y supervisados por especialistas anestesiólogos debidamente calificados.

2. Organizaciones Profesionales

Los profesionales anestesiólogos deben formar las organizaciones profesionales apropiadas a niveles locales, regionales, y nacionales para la instauración de normas de prácticas, supervisión de entrenamiento, educación continua y desarrollo profesional con apropiada educación y certificación, además la promoción general de la anestesia como una especialidad profesional independiente. Estas organizaciones deben generar las relaciones con grupos apropiados dentro de la región y/o país e internacionalmente.

3. Entrenamiento, certificación y acreditación

Para el entrenamiento del profesional debería disponerse de tiempo, medios y del apoyo financiero adecuados, tanto el aprendizaje inicial como para la educación continua, para asegurar un estándar

adecuado de conocimientos, pericia y práctica, que deben lograrse y mantenerse. La certificación formal de entrenamiento y acreditación de práctica está **Recomendada**

4. Los archivos y estadísticas

Se debe hacer un registro de los detalles de cada acto anestésico y conservase con la historia médica del paciente. Esto debe incluir detalles de la valoración del pre-operatorio y el curso del postoperatorio. Se **recomienda** que los individuos, departamentos, y los grupos regionales y nacionales coleccionen los datos acumulativos para facilitar la mejora progresiva de la seguridad, eficacia, efectividad, y adecuación del cuidado de la anestesia.

5. La revisión por pares y reporte de incidentes

Deben implementarse mecanismos institucionales, regionales, y/o nacionales para proporcionar una revisión continua de la práctica anestésica. Debe tener lugar, la discusión habitual y confidencial de casos y temas apropiados con colegas profesionales multidisciplinarios. Deben desarrollarse los protocolos para asegurar que se identifiquen y rectifiquen las deficiencias en la práctica individual y colectiva. Un sistema de reporte anónimo de incidentes con análisis de casos y las medidas para remediarlo se **Recomienda**

6. El trabajo

Debe estar disponible un número suficiente de profesionales especializados en anestesia para que los mismos puedan practicar la especialidad con eficiencia, sin fatiga o con grandes demandas físicas. Además debe asignarse tiempo para la educación, el desarrollo profesional, la administración, la investigación y la enseñanza.

7. Persona

Un profesional de la anestesia debe dedicarse a cada paciente y estar constantemente presente a lo largo de cada acto anestésico (general, regional, o supervisión de sedación), y debe ser responsable por el transporte del paciente al área de recuperación de postanestesia y delegar el cuidado a personal apropiadamente especializado. Un profesional de la anestesia debe tener la responsabilidad global por el paciente durante el período de recuperación y debe estar prontamente disponible para la consulta hasta que el paciente haya logrado una recuperación adecuada. Si se transfiere la responsabilidad del cuidado del paciente de un profesional de la anestesia a otro, debe seguirse un “protocolo de traspaso” durante el cual se debe brindar toda información pertinente

sobre la historia del paciente, la condición médica y el estado anestésico, y debe comunicarse el plan de anestesia. El profesional de la anestesia debe asegurar, si los aspectos de cuidado directo se delegan antes, durante, o después del acto anestésico, que la persona a quien se delega la responsabilidad está adecuadamente calificada y versada con respecto al paciente y al acto anestésico. Donde resulte imposible que esta norma se cumpla y el cirujano u otro individuo asume la responsabilidad por el procedimiento anestésico, estos acuerdos deben ser revisados y auditados por un profesional de la anestesia apropiadamente entrenado.

8. Medios, equipamiento y medicación

Medios y equipamiento adecuados en cantidad y calidad deben estar presentes donde se realicen actos de anestesia y, los cuidados postanestésicos que de él se desprenden, incluyendo los sitios fuera de los quirófanos tradicionales, tales como áreas de diagnóstico por imágenes, consultorios o áreas para pacientes ambulatorios y oficinas. Entrenamiento y acreditación de habilidades individuales en la práctica, para el uso específico y seguro del equipamiento. La certificación formal como documentación de dicho proceso es *Sugerida*. Una lista de medios, elementos de la infraestructura y suministros a los tres niveles, así como sugerencias acerca del orden en que deben realizarse las adquisiciones cuando los recursos lo permitan, se presentan en la tabla. Los equipamientos de anestesia deben adecuarse a las normas nacionales e internacionales. Se dispondrá de las drogas anestésicas, de resucitación y adyuvantes requeridas en cada nivel enunciado

NORMAS DE CUIDADOS PERIANESTÉSICOS

El primero y más importante componente de los cuidados perianestésicos incluyendo el monitoreo de los sistemas de administración de anestesia y del paciente, es la continua presencia de un profesional vigilante durante la anestesia. Además del uso de la tecnología de monitoreo, se requiere la observación clínica continua, porque el equipamiento podría no detectar un deterioro tan rápidamente como un profesional experimentado. Si una emergencia requiriera una breve ausencia temporal de la persona responsable de la anestesia, debe realizarse un juicio comparando la emergencia con las condiciones del paciente anestesiado y la selección del personal que será responsable durante la ausencia temporal.

1. Cuidados Preanestésicos

El paciente debe ser evaluado por un anestesista profesional previo a la administración de anestesia y

se debe formular un plan de anestesia apropiado. El profesional de anestesia debe asegurar que todo el equipo necesario se halle disponible y que funcione correctamente previo a la iniciación de cuidados de anestesia. El profesional de anestesia debe asegurarse de tener ayuda disponible cuando sea necesario y que ese asistente sea competente y haya sido instruido en las tareas que se necesiten. El desarrollo de protocolos y listas de control para facilitar estas tareas preoperatorias son **Recomendables**.

2. Listas de Tareas Preanestésicas

A. En cada institución de cuidados de salud que provean servicios de anestesia, deberá existir una lista de control apropiada del sistema de anestesia, medios, equipos y suministros, que debe ejecutarse previo al comienzo de cada lista de intervenciones.

B. Deben ser cumplimentados los componentes pertinentes de la Lista de control de Cirugía Segura de la Organización de Salud Mundial

C. Tal como se ha establecido en cada institución de cuidados de salud que provean servicios de anestesia, debe efectuarse previo a cada acto anestésico un control apropiado (Como el presentado en la lista de control preanestésico que se adjunta) de sistemas de anestesia, medios, equipos y suministros, así como de las instalaciones.

3. Monitoring during anaesthesia

A. Oxigenación

(i) Suministro de oxígeno

Administración de oxígeno suplementario para todos los pacientes bajo anestesia general es **Altamente Recomendado**. El profesional anestesiólogo debe verificar la integridad del sistema de suministro de oxígeno. Se **Recomienda** que el oxígeno inspirado sea monitoreado a lo largo de cada anestesia, con instrumento con capacidad de detectar baja concentración de oxígeno inspirada con alarma. Una alarma para la falla en el suministro de oxígeno y un dispositivo contra la administración de mezclas hipóticas de gases se **Recomienda**. Deben utilizarse sistemas de conexión seguros (cilindros y mangueiras) para prevenir errores en conexiones en las fuentes de gases.

(ii) Oxigenación del paciente

La oxigenación tisular debe ser monitoreada continuamente. Para el examen visual, debe asegurarse siempre que sea posible una adecuada iluminación y exposición del paciente. El uso continuo de un monitor de oxigenación tal como el oxímetro de pulso es **Altamente Recomendado**.

B. Vía Aérea y ventilación

Una vía aérea adecuada y la ventilación suficiente debe ser monitoreada continuamente, al menos por observación y auscultación siempre que se factible. Cuando se utilice circuito de ventilación, se debe observar la bolsa reservorio. La monitorización continua con estetoscopio precordial, pretraqueal o esofágico se **Recomienda**. La confirmación de la localización correcta de tubo endotraqueal y una adecuada ventilación por medición continua tanto de la concentración y de la forma de la onda del dióxido de carbono expirado (capnografía) se **Recomienda**. Cuando se emplea ventilación mecánica, debe ser utilizada una alarma de desconexión durante todo el período de la aplicación de la ventilación mecánica. La medición continua de volúmenes de gases inspirados/expirados y la concentración de gases anestésicos, se **Sugiere**

C. Circulación

(i) Frecuencia Cardíaca y ritmo

La circulación debe ser monitoreada continuamente. Debe ser continua la palpación u observación del pulso y la auscultación de los ruidos cardíacos. La monitorización y observación continua de la frecuencia cardiaca con el oxímetro de pulso es **Altamente Recomendada**; un registro electrocardiográfico es recomendado. La disponibilidad de un desfibrilador es **Recomendada**

(ii) Perfusion de los tejidos

La adecuada perfusión tisular debe ser continuamente monitoreada por examen clínico. El monitoreo continuo con oxímetro de pulso es **Altamente Recomendado**; monitoreo continuo de capnografía es **Recomendado**

(iii) Presión arterial

La presión arterial debe ser determinada a intervalos apropiados (usualmente al menos cada 5 minutos o más frecuentemente si las circunstancias clínicas lo indican). La medición automática no invasiva tiene muchas ventajas en anestesia; la medición y visualización continua de la presión arterial está **Sugerida** en los casos apropiados

D. Temperatura

Deben estar disponible un medio para medir la temperatura y debe utilizarse a intervalos frecuentes cuando este clínicamente indicado (por ejemplo: anestesias complejas, prolongadas, pacientes pediátricos). Se **Recomienda** la medición continua en pacientes en quienes se prevé un cambio, intencional o sospechado: La disponibilidad y uso de un sistema

electrónico de medición continua de la temperatura es **Recomendado**.

E. Función neuromuscular

Cuando se administran drogas que bloquean la función neuromuscular, el uso de neuroestimulador periférico se **Recomienda**

F. Profundidad de la anestesia

La profundidad de la anestesia (grado de pérdida de la conciencia) debería ser regularmente controlada por observación clínica. La medición continua de la concentración de gases anestésicos y agentes volátiles inspirados y exhalados se **Sugiere**. La aplicación de dispositivos electrónicos para la medición de la función cerebral (conciencia), aunque es controvertida y no está universalmente recomendada, debería ser considerada, particularmente en casos con alto riesgo de percepción de los eventos quirúrgicos durante la anestesia general.

G. Señales y alarmas audibles

Se debe disponer de señales auditivas (tales como la de las variaciones del tono del oxímetro de pulso) y alarmas auditivas (dentro de valores límites apropiados) que deberán estar activadas todo el tiempo y con un sonido suficiente para ser oídas en toda la sala de operaciones

4. Cuidados post anestésicos

A. Medios y personal

Todos los pacientes que hayan recibido anestésicos que afectaran su sistema nervioso central y/o sufrido una pérdida de sus reflejos protectores por anestesia, deben continuar asistidos hasta su recuperación o ser transportados (con el cuidado y con la supervisión indicadas) hasta un área específica de recuperación post anestésica. Ver Normas estándar generales, sección 7, para la delegación de responsabilidades a personal debidamente calificado para los cuidados post anestésicos

B. Monitorización

Todos los pacientes deben ser observados y monitoreados de manera apropiada con respecto al estado de la función de su sistema nervioso, signos vitales y condición médica, con énfasis en una adecuada oxigenación, ventilación, circulación y temperatura. Suplementar el monitoreo clínico con métodos análogos a los cuidados intra anestésicos descriptos arriba es **Recomendado**. Específicamente la oximetría de pulso es **Altamente Recomendada** hasta que la

conciencia se ha recuperado (hasta que haya finalizado el estado anestésico en el paciente)

C. Alivio del dolor

Todos los pacientes tienen derecho a que se realicen todos los esfuerzos para prevenir y aliviar

el dolor, empleando todas las modalidades y medicaciones apropiadas disponibles; esos esfuerzos son altamente recomendables. Usualmente, el profesional anestesiólogo asume la responsabilidad inicial por esto.

Tabla Guía de Infraestructura, Suministros y Normas de Anestesia de los tres niveles de Cuidado de Salud Medios, Infraestructura y Suministros

(Procedimientos Esenciales y de Emergencia en Anestesia y Quirúrgicos, adaptados en parte del Manual de Organización Mundial de la Salud: Cuidados Quirúrgicos en Hospital de Distrito 2003 y de Normas Internacionales para la Práctica Segura de Anestesia 1992)

Nivel 1 (Deben cumplir al menos las normas de Anestesia Altamente Recomendadas) Pequeños hospitales/centros de salud	Nivel 2 (Deben cumplir al menos las normas de Anestesia Altamente Recomendadas y Recomendadas) Hospitales de Distrito y/o Provinciales	Nivel 3 (Deben cumplir al menos las normas de Anestesia Altamente Recomendadas, Recomendadas Y Sugeridas) Hospital de referencia
Hospital rural o centro de salud con un número pequeño de camas (o situación urbana en una área sumamente perjudicada); la sala de operaciones escasamente provista para procedimientos "menores" Proporciona las medidas de emergencia en el tratamiento de 90-95% de casos de trauma y de obstetricias (excluyendo la Cesárea) Transfiere otros pacientes (Por ejemplo: parto complicado y obstrucción intestinal) para su atención ha hospitales de un nivel superior	Hospitales de distrito o provinciales (100 a 300 camas) y adecuadamente equipados con salas de operaciones para cirugía mayor y menor Tratamiento por corto tiempo 95-99% de los pacientes con condiciones de vida amenazadas	Un Hospital de referencia de 300-1000 o más camas con unidad de cuidados intensivos con medios básicos. Los objetivos del tratamiento son igual que para Nivel 2, a los que se suma: Ventilación mecánica en quirófano y unidad de cuidados intensivos Intubación traqueal prolongada Cuidados para trauma de tórax Tratamiento hemodinámico e inotrópico Unidad de terapia intensiva básica para cuidado y supervisión de pacientes de todo tipo de casos hasta una semana, pero con límites para: El síndrome de falla multiorgánica Hemodiálisis Neurocirugía y cirugía cardiovascular compleja Falla respiratoria prolongada Cuidados y monitoreos metabólicos
Procedimientos esenciales	Procedimientos esenciales	Procedimientos esenciales
Parto normal Evacuación uterina Circuncisión Reducción incisión y drenaje, de hidrocele Sutura de heridas Control de hemorragia con vendaje a presión Desbridamiento y vendaje de heridas Reducción temporal de fracturas Limpieza y estabilización de fracturas expuestas y cerradas Drenaje torácico (posiblemente) Drenaje de absceso	Lo mismo que el nivel 1 con los siguientes agregados: Cesáreas Laparotomías (usualmente no para obstrucción intestinal) Amputación Reparación de hernia Ligadura tubaria Tratamiento de fracturas cerradas y colocación de yeso Cirugía ortopédica aguda abierta: ejemplo fijación integral de fracturas Operaciones oftalmológicas incluyendo extracción de cataratas Remoción de cuerpos extraños ejemplo de la vía aérea Manejo de vía aérea y ventilación de emergencia en pacientes tales como aquellos con lesiones de cráneo y de tórax	Lo mismo que el nivel 2 con el agregado de: Cirugía facial e intracraneana Cirugía de intestino Cirugía pediátrica y neonatal Cirugía torácica Cirugía mayor oftalmológica Cirugía mayor ginecológica, por ejemplo reparación vesico vaginal
Personal	Personal	Personal
Paramédicos/anestesistas Quien puede realizar otras tareas como así también enfermeras y parteras	Uno o más profesionales anestesiólogos Médicos de distrito, médicos clínicos, enfermeras, parteras. Visitas de especialistas cirujanos o residentes, obstetras/ginecólogos	Profesionales clínicos y especialistas en anestesiología y cirugía

Drogas	Drogas	Drogas
Ketamina 50 mg/ml inyectable Lidocaina 1% or 2% Diazepam 5 mg/ml inyectable , 2 ml or midazolam 1mg/ml inyectable, 5 ml Petidine 50 mg/ml, 2 ml Morfine 10mg/ml, 1 ml Epinefrina (Adrenalina) 1 mg Atropina 0.6 mg/ml Si esta disponible apropiado vaporizador de anestésico inhalatorio	Las mismas del nivel 1, pero también: Thiopental 500 mg/1g liofilizado o propofol. Succinilcolina liofilizada Pancuronio Neostigmina 2.5 mg inyectable Ether, halothano u otro anestésico inhalatorio Lidocaina pesada 5% solución espinal, 2 ml Bupivacaina 0.5% pesada o simple, 4 ml Hydralazina 20 mg inyectable Frusemida 20 mg inyectable Dextrosa 50% 20 ml inyectable Aminofilina 250 mg inyectable Efedrina 30/50 mg ampollas Hydrocortisona (?) Oxido Nitroso	Las mismas que el Nivel 2, con estos agregados: Propofol Oxido Nitroso Diversos agentes bloqueantes neuromusculares Diversos anestésicos inhalatorios modernos Diversos agentes inotrópicos Diversos agentes antiarrítmicos intravenosos Nitroglicerina para infusión Cloruro de Ca 10% 10 ml inyectable Cloruro de Potasio 20% 10 ml inyectable para infusión
Equipamiento disponible	Equipamiento disponible	Equipamiento disponible
Bolsa respiratoria auto inflable adultos y pediátrica con máscara Aspiración continua con bomba de pie Estetoscopio, esfingomanómetro, termómetro Oxímetro de pulso Concentrador de oxígeno o cilindro contenido y vaporizador con mangueras adecuadas, laringoscopio y sondas	Sistema completo de anestesia, resucitación y aneojo de la vía aérea incluyendo: Fuentes de oxígeno fiables Vaporizadores Manguera y válvulas Fuelles o bolsas para insuflar los pulmones Máscaras faciales (00-5) Espacio para trabajo y almacenamiento Sistema de anestesia pediátrico Alarma de falla en el suministro de oxígeno; analizador de oxígeno Equipamiento de resucitación de adultos y pediátrica Oxímetro de pulso con sensores adultos y pediátricos* Capnografía* Desfibriladores uno por quirófano o unidad de cuidados intensivos* ECG monitor electrocardiografía* Laringoscopio Macintosh hojas 1-3 (4) Concentrador de oxígeno, cilindros contenedores Aspiración continua con bomba de pie o eléctrica Bolsa de infusión intravenosa a presión Equipamiento de resucitación adultos y pediátrica Pinzas de Maguill (adultos y pediátrica). Estilete de intubación y/o sondas Aguja espinal 25G Neuro estimulador Monitor de medición automática no invasiva de tensión arterial	Lo mismo que el nivel 2 con el agregado (por cada quirófano o cama de Unidad de cuidados Intensivos excepto cuando se explica): ECG monitor electrocardiografía* Ventilador de anestesia, con fuente de poder eléctrico confiable con opción de manejo manual Bombas de infusión 2 por cama Bolsa de infusión intravenosa a presión Aspiración eléctrica o neumática Analizador de oxígeno* Termómetro* Mantas eléctricas de calentamiento Calefacción eléctrica general Incubadora infantil Máscaras laríngeas tamaños 2,3,4 (3 equipos por quirófano) Sondas endotraqueales para adultos y pediátricas (1 equipo por quirófano) Analizador de gases y vapores anestésicos Monitor de profundidad anestésica: es recomendado para casos de alto riesgo de percepción de los eventos quirúrgicos, pero no constituye un monitor estándar en muchos países
Equipamiento descartable	Equipamiento descartable	Equipamiento descartable
Guantes de examen Equipos para infusión Intravenosa Catéteres de succión 16FG Equipo de soporte de vía aérea, incluyendo tubos endotraqueales por vía nasal y oral	Electrodes electrocardiograma Equipos intravenosos (Soluciones mínimas: salina normal, Ringer lactato y dextrosa 5%) Equipo de resucitación pediátrica Catéter de aspiración tamaño 16 FG Guantes estériles tamaño 6-8 Tubos nasogástricos tamaño 10-16 FG Cánulas orofaríngeas tamaño 000-4 Tubos traqueales tamaño 3-8.5 mm Aguja espinal tamaño 22 G y 25G Baterías Tamaño C	Lo mismo que el nivel 2 con el agregado de: Circuitos de ventilación Cánula de aspiración de Yankauer Equipos para bombas de infusión Descartables para máquinas de aspiración Descartables para analizadores de capnografía, oxígeno, en concordancia con las especificaciones del fabricante: Muestras del circuito Trampas de agua Conectores Filtros, baterías

* Es preferible combinar todas estas modalidades en una unidad

Nota: las concentraciones y cantidades de drogas son sólo indicativas. Todos los equipos deben ser apropiados al tamaño y la edad de los pacientes

LISTADO DE TAREAS PREANESTÉSICAS

Nombre y Apellido						Número	Fecha Nacimiento / /
Listado de factores de riesgo del paciente Señale con un circulo los hallazgos			Equipamiento disponible				Existente y Funcionando
ASA E	1	2	3	4	5		
Vía Aérea							
Mallampati I II III IV							
Riesgo Aspiración							
Alergias							
Hallazgos anormales							
Medicaciones							
Morbilidades adjuntas							

La integridad de un sistema circular y sus válvulas debe ser verificada poniendo una bolsa respiratoria en el lugar correcto para ventilar un paciente y otra bolsa respiratoria en la rama paciente de la pieza en y (es decir en lugar del paciente) y ventilar el sistema usando un flujo de gas fresco apropiado y apretando las bolsas primarias y secundarias alternativamente, para que se produzca el pasaje de gas del circuito

de un lado al otro. Evaluar el normal funcionamiento de las válvulas unidireccionales visibles, con la insuflación y el vaciado de las bolsas. Además debe verificarse la presión de ajuste de la válvula que deja escapar los gases sobrantes cuando ambas bolsas están comprimidas. Esta prueba de las dos bolsas comprimidas, es una manera fiable de detectar la obstrucción de la rama inspiratoria y de la integridad de del circuito.