

ESTÁNDARES INTERNACIONALES PARA LA PRÁCTICA SEGURA EN ANESTESIA. WORLD FEDERATION OF SOCIETIES OF ANAESTHESIOLOGISTS (2a. Parte)

2. Listas de Tareas Preanestésicas

A. En cada institución de salud que proporcionen servicios de anestesia, deberá haber 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 llevarse a cabo 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 de sistemas de anestesia, medios, equipos y suministros, así como de las instalaciones.

3. Monitorización durante la anestesia.

A. Oxigenación

a) 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

monitorizado durante todo el procedimiento anestésico, con un aparato que tenga la capacidad de detectar una baja concentración de oxígeno inspirada con alarma. Deberá contar además con una alarma para la falla en la administración de oxígeno y se recomienda un dispositivo contra la administración de mezclas hipóxicas de gases. Deben utilizarse sistemas de conexión seguros (cilindros y mangueras) para prevenir errores en conexiones en las fuentes de gases.

b) Oxigenación del paciente.

La oxigenación tisular debe ser monitorizada continuamente. Debe asegurarse siempre que sea posible una adecuada iluminación y exposición del paciente para una evaluación visual.

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 deben ser monitorizadas continuamente, por observación y auscultación siempre que sea factible. Cuando se utilice circuito de ventilación, se observará el

movimiento de la bolsa reservorio. Se contará con monitorización continua con estetoscopio precordial, pretraqueal o esofágico (es Recomendable).

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 por medio de la capnografía.

Al aplicar ventilación mecánica, se debe usar una alarma de desconexión durante todo el período de la ventilación mecánica.

Se sugiere la medición continua de volúmenes de gases inspirados / expirados y la concentración de gases anestésicos.

C. Circulación.

a) Frecuencia Cardíaca y ritmo.

La circulación se monitorizará durante todo el evento (continuamente).

La palpación u observación del pulso y la auscultación de los ruidos cardíacos, deben ser continuos.

Continúa en Pág. 4

ESTÁNDARES INTERNACIONALES PARA LA PRÁCTICA SEGURA EN ANESTESIA. WORLD FEDERATION OF SOCIETIES OF ANAESTHESIOLOGISTS

Sigue de Pág. 3

La monitorización y observación continua de la frecuencia cardiaca con el oxímetro de pulso es altamente recomendada; así como el empleo de un registro electrocardiográfico.

La disponibilidad de un desfibrilador es RECOMENDADA.

b) Perfusión de los tejidos.

La adecuada perfusión tisular se monitorizará clínicamente de forma continua, con el empleo de un oxímetro de pulso. (Altamente recomendado), así como el c a p n ó g r a f o .

c) Presión arterial.

La presión arterial debe ser determinada a intervalos apropiados (al menos cada 5 minutos o dependiendo de cada caso en particular). La medición automática no invasiva tiene muchas ventajas en anestesia; la medición y visualización continua de la presión arterial esta Sugerida en los casos apropiados

D. Temperatura.

Debe contarse con un medio para medir la temperatura y emplearse frecuentemente en casos como: anestesias complejas, prolongadas, pacientes pediátricos, seniles). Se RECOMIENDA la medición continua en pacientes en quienes se piensa que pueda haber cambios, intencionales o no. Se recomienda tener la disponibilidad y uso de un sistema electrónico de medición continua de la t e m p e r a t u r a .

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. Se sugiere la medición continua de la concentración de gases anestésicos y agentes volátiles inspirados y expirado. La aplicación de dispositivos electrónicos para la medición de la función cerebral (conciencia), debería ser considerada, sobretodo en casos con alto riesgo de percepción de los eventos quirúrgicos durante la anestesia general.

G. Señales y alarmas audibles.

Se debe contar con señales y alarmas audibles (programados dentro de valores límites apropiados) activadas todo el tiempo y con un sonido suficiente para ser oídas en quirófano.

4. Cuidados post anestésicos.

A. Medios y personal.

Los pacientes que hayan recibido anestésicos que modifican el sistema nervioso central y/o produzcan pérdida de reflejos protectores, continuarán con asistencia hasta su recuperación o ser transportados (con el cuidado y con la supervisión indicadas) hasta un área específica de recuperación post anestésica.

B. Monitorización.

Todos los pacientes deben ser observados y monitoreados 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. Es Recomendable suplementar el monitoreo clínico con métodos análogos a los cuidados intra anestésicos

descritos previamente es Recomendable.

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 no presenten dolor y en caso dado a tratarlo. Usualmente el Anestesiólogo asume la responsabilidad de prevenir y controlar el dolor.

Tomado y adaptado de la web de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología.

Artículo original:

International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010
Alan F. Merry, Jeffrey B. Cooper, Olaitan Soyannwo, Iain H. Wilson, John H. Eichhorn. Canadian Journal of Anesthesia 2010;57(11),123

Recopilación

DRA. MARÍA ELENA LAUNÍZAR GARCÍA

**ANESTESIÓLOGA
HOSPITAL GENERAL XOCO,
S.S.D.F.**

**DRA. MARIBEL RIVERA SAN PEDRO
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA.
HOSPITAL GENERAL "DR. GREGORIO SALAS", S.S.D.F.**

Continúa en pág. 3