



NORMAS MÍNIMAS DE SEGURIDAD

Comité de Seguridad CLASA

INTRODUCCIÓN

Las normas mínimas de seguridad en anestesiología y reanimación se iniciaron en Colombia en 1984, cuando durante la presidencia del Dr. Julio Enrique Peña se encomendó a los doctores Tiberio Alvarez, Mario Granados, Alfredo León, Sebastián Merlano, Carlos Julio Parra, Arnobio Vanegas y Manuel Galindo Arias, coordinados por el presidente, en su condición de miembros del Comité de Seguridad, elaborar algunas normas básicas que sirvieran de punto de referencia dentro de la práctica de la anestesiología en el país.

Estas normas aparecieron en el primer número de 1985 de la Revista Colombiana de Anestesiología, **antes de que aparecieran las Normas de la ASA.**

Posteriormente, durante la presidencia del Dr. Manuel Galindo Arias en la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología en 1987 se envió una comunicación a todas las entidades hospitalarias, en la cual se les notificaba, tanto a anestesiólogos como a directivos hospitalarios, los mínimos elementos de monitoría que a juicio de la Sociedad debería tener todo paciente que fuese llevado a cirugía.

Este documento fue bastante controvertido, incluso dentro de los mismos anestesiólogos: algunos sostenían que, basados en dicha comunicación, un anestesiólogo podría llegar a tener problemas legales por suministrar anestesia sin alguno de los elementos enunciados. Este temor era fundado, pero fue satisfactorio poder comprobar que gracias a la tenacidad de la Sociedad Cundinamarquesa y posteriormente de la SCARE, se logró que las instituciones, presionadas por los anestesiólogos y por la Sociedad, aceptaran la necesidad de proveer a los anestesiólogos con la monitorización adecuada.

Vino luego la promulgación de la Ley 6ª de 1991 que le dio a nuestro gremio un arma legal para exigir lo que sin Ley ya estábamos exigiendo.

La Asamblea de la SCARE efectuada en Manizales en Agosto de 1991 aprobó las primeras NORMAS MÍNIMAS DE SEGURIDAD EN ANESTESIA que con ese nombre se publicaron, gracias al invaluable aporte científico de los Drs. Pedro Ibarra y Germán Parra, las que se difundieron ampliamente, tanto en Colombia como en Latinoamérica.

Posteriormente estas normas han sufrido algunas modificaciones, tanto en Asambleas de SCARE como en Asambleas de CLASA, obteniéndose finalmente este documento que consideramos bastante adecuado a nuestra situación.

1. EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGÍA

1.1. EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

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

1.1.1 Consulta Preanestésica

Debe incluir antecedentes, estado clínico, revisión de exámenes paraclínicos, conceptos de otros especialistas, ASA. Si se considera necesario, se pedirán nuevos exámenes o conceptos especializados.

El día de la cirugía, el especialista a cargo del caso debe revisar que la información anterior esté completa y consignada en el registro anestésico

Se debe informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado.

1.1.2 Consulta Preanestésica Intrahospitalaria

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

1.1.3 Evaluación en Urgencias

El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan.

1.2 CUIDADO PERIANESTÉSICO

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 bala de oxígeno de emergencia
- 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

- **II. Monitoreo**

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

III. Paciente

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

IV. Materiales, Medicamentos y Equipo

- a. Equipo básico para el manejo de la vía aérea
- b. Medicamentos a utilizar
- c. Succión
- d. Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis
- e. Vía venosa

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

1.2.2 Registro Anestésico

Debe incluir:

- **1.2.2.1 Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico.**
- **1.2.2.2 Monitoreo del paciente.**
- **1.2.2.3 Drogas administradas.**
- **1.2.2.4 Líquidos administrados.**
- **1.2.2.5 Técnica empleada.**
- **1.2.2.6 Estado del paciente al final del acto anestésico.**
- **1.2.2.2 Monitoreo del paciente.**
- **1.2.2.2 Monitoreo del paciente.**

1.2.3 Monitoreo Básico Intraoperatorio

Debe incluir:

- **1.2.3.1 Siempre debe haber un médico anesthesiologo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía.**

En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico.

- **1.2.3.2 Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente.**

- **1.2.3.2.1 Oxigenación**

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

- **1.2.3.2.2 Ventilación**

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

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

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

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

1.2.3.2.2.5 La capnografía es 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.

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

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

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

- **1.2.3.2.3 Circulación**

1.2.3.2.3.1 El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanentemente.

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

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

- **1.2.3.3 Temperatura**

Es mandatoria en cirugía cardiaca, en trauma severo, en cirugía de neonatos y de infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia. Siempre debe haber la posibilidad de monitorizar la temperatura.

- **1.2.3.4 Sistema Nervioso Central**

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

- **1.2.3.5 Gases Anestésicos**

El monitoreo de los gases anestésicos inspirados y espirados es altamente deseable

- **1.2.3.6 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 (neurocirugía).

- **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 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 cerebro-cardio-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 de diferentes tamaños, incluidas pediátricas
- d. Equipo para practicar cricotiroidotomía por punción o percutánea

Es altamente recomendable disponer de una máscara laríngea tipo Fastrach®

Además, en el tercero y cuarto nivel debe contarse con un Fibrobroncoscopio. Es deseable disponer de elementos para practicar intubación retrógrada

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 específicas para la anestesia obstétrica (adicional a las normas mínimas generales)

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

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 Después de un procedimiento diferente a la analgesia obstétrica con peridural, todas las pacientes deben ir a una unidad de cuidado postanestésico UCPA.**

1.3 CUIDADO POSTANESTÉSICO

1.3.1

En toda institución hospitalaria debe existir un sitio en donde se haga el cuidado postanestésico 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. Debe establecerse por escrito en la UCPA, un mecanismo ágil de contacto con este anestesiólogo responsable. (celular, walkie-talkie o similares).**

1.3.2

El paciente que sale 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 preoperatorias, 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 aprobado por el Departamento de Anestesia, con entrenamiento en reanimación básica (personal auxiliar) y reanimación avanzada (profesionales).

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

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

1.3.7

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

1.3.8

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

1.3.8

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 auxiliar por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad. 1 auxiliar por cada cinco pacientes de complejidad baja o media. Una enfermera profesional independiente del área quirúrgica cuando se superan 6 salas de cirugía funcionando.

1.3.10

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

1.3.11

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

1.3.12

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

(www.scare.org.co/ocg/comitedeseguridad)

1.3.13

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

1.4 ESTRUCTURA ORGÁNICA

Toda institución hospitalaria cuya complejidad técnico-científica y administrativa corresponda al tercer o cuarto nivel de atención, debe tener en su estructura el Departamento de Anestesiología y Reanimación, constituido por los servicios de Salas de Cirugía, UCPA, Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgicos, Clínica de Dolor, Cirugía Ambulatoria, y otros servicios que se definan de acuerdo a cada institución en particular.

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 anesthesiólogo, 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

Es altamente recomendable 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. No se debe poder apagar sino hasta que la presión de oxígeno sea normal.

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

4. ACTUALIZACIÓN DE LAS PRESENTES NORMAS



NORMAS Y PAUTAS PARA EL EJERCICIO DE LA ANESTESIA PEDIÁTRICA

Elaboradas por la Comisión de Anestesia Pediátrica de CLASA

1. INTRODUCCIÓN

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 perioperatorio, 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

2. NORMA I. PERSONAL

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

2.1. 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 50 anestесias pediátricas al año comprobadas) tanto en eventos electivos como de emergencias.

2.2. Personal no médico

Las enfermeras(os) estarán entrenadas(os) en los cuidados del paciente quirúrgico pediátrico. Deben tener capacidad para: tomar vías venosas, diluir y preparar las infusiones de los diversos fármacos utilizados a estas edades, tener capacidad para administrar terapia respiratoria y poder entender los diversos comportamientos y conductas psicológicas en las diferentes edades se traten de niños normales o con deficiencias. Además contarán con conocimientos básicos en el manejo de la vía aérea así como de cursos básicos en reanimación cardio-pulmonar

3. NORMA II. EQUIPAMIENTO DE UNIDADES

3.1 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.

3.2 Unidad de Quirófano

Todos los quirófanos donde se administre anestesia para niños deben contar con:

- **Estación de trabajo**
- **Máquinas de anestesia y accesorios.**

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

En relación a los sistemas anestésicos estos deben ser especialmente diseñados para cada edad pediátrica, que permitan medir capnografía y concentración de gases anestésicos. Todos estos equipos deberán ser descartables, contar con filtros y las diversas bolsas de reservorio (500ml, 1 litro, 2 litros)

- **Monitores multiparámetros.**

Que contará con electrocardiografía, presión arterial no invasiva con sus respectivos brazaletes, oximetría de pulso con onda plestimográfica con sensores adecuados para cada edad, capnografía central o lateral y sonda de temperatura. En los casos en que se manejen pacientes críticos, el monitor dará la posibilidad de por menos interpretar dos presiones invasivas, dos temperaturas, relajación muscular y sería recomendable contar con tonometría gástrica y entropía.

- **Métodos para mantener la normotermia.**

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 pérdida 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, guías 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.

3.3 Sala de cuidados posanestésicos

La sala de sala de cuidados posanestésicos se basará según lo pautado por la CLASA, debiendo estar adaptada al paciente pediátrico tanto en equipamiento como en fármacos.

3.4 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 las mismas exigencias generales de equipamiento que el quirófano, siempre bajo la tutela del servicio de Anestesiología.

3.5 Dolor

El dolor constituye en la actualidad el quinto signo vital y es derecho del paciente el tratamiento enérgico perioperatorio del mismo, por esta razón el personal anestesiológico que maneje niños debe contar con sólidos 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 posoperatorio dependiendo de la magnitud de la cirugía (bombas de infusión, iontofor, TEENS etc).

3.6 Fármacos y protocolos

Todos los medicamentos utilizados en el área quirúrgica, donde se realicen anestесias 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 anestесias, 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 cardíaco-respiratorio
- Hipertermia Maligna
- Alergia al Látex
- Reacciones a anafiláticas y /o anafilactoides