



# Normas mínimas de seguridad en Anestesiología 2009



**Comité de Seguridad Sociedad Colombiana  
de Anestesiología y Reanimación, SCARE.**

**Grupo de investigación: Calidad, seguridad y educación en salud**



©Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación  
–SCARE– y Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, 2009

Normas mínimas 2009 para el ejercicio de la anestesiología en Colombia  
–Comité de Seguridad–

**Autores:** Pedro Ibarra, Bernardo Robledo, Manuel Galindo, Claudia Niño,  
David Rincón.

Subdirección Científica Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación  
–SCARE–

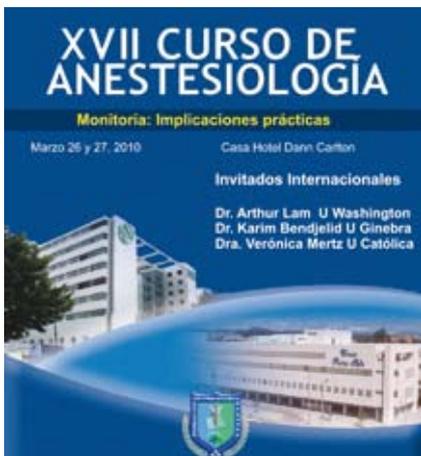
**Producción editorial:**  
Socialización del Conocimiento, SCARE.

**Diseño y diagramación:**  
Alexandra Romero Cortina

Carrera 15 A No. 120-74 Piso 6  
Teléfono: 57-1-6196077 Ext. 4110 – 4111  
Correo electrónico: publicaciones@scare.org.co

ISBN 978-958-98723-2-1

Bogotá, Colombia  
Junio de 2010





## Normas mínimas de seguridad en Anestesiología 2009 Comité de Seguridad

**Grupo de investigación: Calidad, seguridad y educación en salud**

Pedro Ibarra\*, Bernardo Robledo\*\*, Manuel Galindo\*\*\*,  
Claudia Niño\*\*\*\*, David Rincón\*\*\*\*\*

Recibido: 6 de noviembre de 2009. Aceptado: 11 de noviembre de 2009. Publicado: 30 de noviembre de 2009

### RESUMEN

Esta es una actualización de las Normas Mínimas del 2003. Sus cambios principales son la inclusión de la Lista de Chequeo, propuestas de formatos de evaluación preanestésica, registro intraoperatorio, registro de UCPA, y consentimiento informado. Además se agregan ítems que extienden el rol del anestesiólogo como participación en la trombopprofilaxis, profilaxis antibiótica, y definición explícita del manejo del dolor perioperatorio que son pilares de la medicina perioperatoria. Se incluye también la necesidad de generar bases de datos para registrar información perioperatoria y sugerencias para la disponibilidad y uso de medicamentos seguro. Por último se actualizan los laboratorios preanestésicos recomendados.

**Palabras clave:** administración de la seguridad, atención perioperatoria, evaluación de procesos y resultados, guía como adjunto (fuente: Decs, Bireme).

**Objetivos:** Estas normas mínimas tienen como finalidad ulterior mejorar la seguridad del ejercicio profesional de la anestesiología en Colombia, a través de la recomendación de estrategias que tienen soporte para su implementación.

**Metodología:** En las normas previas se ha indicado la necesidad de revisarlas periódicamente, según aparezcan nuevas aproximaciones con demostrado beneficio en la seguridad de los pacientes, que se someten a intervenciones anestésicas. El motor principal para actualizarlas surge por la aparición de la campaña mundial “Cirugía Segura, Salva Vidas” de la Orga-

\* Anestesiólogo Trauma Anestesia & Cuidado Crítico Clínicas Colsanitas; Comité Educación WFSA, Comité Seguridad SCARE/CLASA, Coordinador Postgrado Anestesia Unisanitas. Email: pfiarra@anesthesianet.com

\*\* Anestesiólogo Clínica del Country

\*\*\* Anestesiólogo, Profesor Universidad San Martín

\*\*\*\* Neuroanestesiólogo Fundación Santa Fe de Bogotá; Profesor UniAndes

\*\*\*\*\* Anestesiólogo; Instructor Universidad Nacional; Delegado Hipertermia Maligna SCARE

*nización Mundial de la Salud en agosto 2008. A partir de esta, el Comité de Seguridad decide incluir estas recomendaciones y actualizar otros aspectos.*

*Usando la técnica Delphi(1,2) se hicieron seis iteraciones electrónicas que se resumieron con reuniones virtuales hasta producir el documento final que fue presentado y aprobado en el Congreso Colombiano de Anestesiología en marzo del 2009.*

*Las Normas Mínimas colombianas pretenden inducir cambios en la práctica nacional para mejorar los estándares de seguridad.(3-5)*

## 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 Álvarez(6), Mario Granados(7), Alfredo León(8), Sebastián Merlano(9), Carlos Julio Parra(10), Arnobio Vanegas(11) y Manuel Galindo(12), 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 la Revista Colombiana de Anestesiología de 1985.

Posteriormente, durante la presidencia del Dr. Manuel Galindo 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 (3-5,13).

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 del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) y las pautas de manejo que considere pertinentes. Debe consignarse explícitamente todo lo referido a continuación. (Puede servir de patrón el anexo 1).

#### **1.1.1 Consulta Preanestésica**

- Debe incluir antecedentes, estado clínico, revisión de exámenes paraclínicos (ver sección 9), 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 Preparación perianestésica**

#### **1.2.1 Lista de Chequeo (14,15)**

El anestesiólogo debe colaborar con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico para completar una lista de chequeo global del paciente con al menos los ítems de la lista de chequeo recomendada y validada por la OMS/OPS y que ha sido adoptada por la SCARE (ver anexo 2).

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

#### ***Máquina de anestesia***

- Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar.
- Presencia de bala de oxígeno de emergencia.
- Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido (flush).
- Buen estado de flujómetros, vaporizadores, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO<sub>2</sub>.
- Buen funcionamiento del ventilador.

## Monitoreo

- **Básico:** fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro cutáneo/esofágico o timpánico.

## Paciente

- Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica
- Los exámenes paraclínicos requeridos
- Consentimiento informado (propuesta Anexo 3)
- **Cavidad oral:** dificultad para la intubación o prótesis
- Vía venosa

## Posición del paciente

- Se deben conocer las necesidades de posicionamiento del paciente durante el procedimiento.
- Deben disponerse de los elementos para proteger al paciente en los puntos de presión y en las posiciones no anatómicas.

## Materiales, Medicamentos y Equipo (ver anexo 4 lista mínima)

- Equipo básico para el manejo de la vía aérea
- Medicamentos a utilizar
- Succión
- En el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para manejo de vía aérea difícil. (Ver 1.3.11)

## Hipertermia maligna (16)

- Es altamente deseable que todo sitio con ofrecimiento de servi-

cios anestesiológicos tenga estrategias explícitas para la obtención urgente de dantrolene para el manejo de una crisis de hipertermia maligna.

## Registro Anestésico

Debe incluir: (puede usarse el propuesto en el Anexo 5)

- Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico
- Monitoreo del paciente
- Drogas administradas
- Líquidos administrados
- Técnica empleada
- Estado del paciente al final del acto anestésico
- Monitoreo Básico Intraoperatorio
- Estrategias para el control del dolor postoperatorio

Siempre debe haber un médico anestesiólogo 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.

Todo procedimiento anestesiológico invasivo deberá realizarse previo lavado de manos (17).

## 1.3 Cuidado perianestésico

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

### Oxigenación

- Debe medirse la saturación del oxígeno en sangre mediante un oxímetro de pulso.

- Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un analizador de oxígeno.

### **Ventilación**

- Cuando se utilicen métodos para controlar la vía aérea, se deben auscultar los ruidos respiratorios, evaluar la excursión del tórax, y observar el balón reservorio.
- Cuando se practique intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación.
- Si la ventilación es mecánica, se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión.
- Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula orofaríngea COPA-cuffed oropharyngeal airway- o afin), se deberá tener alarma de presión alta de la vía aérea.
- La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.
- Durante anestesia regional se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos.
- Si la máquina de anestesia está provista de ventilador, éste debe tener los siguientes parámetros mínimos:

- Control de frecuencia respiratoria
- Control para fijar volumen corriente y volumen minuto

- Control para relación inspiración/espiración
- 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

### **Circulación**

- El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanentemente
- Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardiaca por lo menos cada cinco minutos
- Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardiacos.

### **Temperatura**

- Es mandatoria en cirugía cardiaca, en trauma moderado o 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.
- Es altamente deseable disponer de métodos para evitar el enfriamiento, y/o calentar al paciente.

### **Sistema Nervioso Central**

Es recomendable el uso de análisis biespectral o similares, en pacientes bajo anestesia total

intravenosa o con técnicas basadas en opioides.

### **Gases anestésicos**

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

### **Otros elementos de monitoreo**

- Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la diuresis, la presión arterial invasiva, la saturación venosa de oxígeno, el gasto cardiaco, presión venosa central, la presión de arteria pulmonar, y otros parámetros según necesidad.
- Es altamente deseable monitorizar la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico.

### **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 muy 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.

### **NOTA 2:**

#### **Disponibilidad para RCCP**

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.

### **Equipo mínimo para el manejo de la vía aérea**

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

- Hojas de laringoscopia curvas y rectas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas
- Bujías o guías.
- Máscaras laringeas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas.
- Equipo para practicar cricotiroidotomía por punción o percutánea.
- Es altamente recomendable disponer de una máscara laringea tipo Fastrach®.
- Además, en hospitales de tercero y cuarto nivel debe contarse con un fibrobroncoscopio.
- En estos hospitales de tercer o cuarto nivel, también es deseable disponer de elementos para practicar intubación retrógrada.

### **Entrega de pacientes**

- Cuando un anestesiólogo tiene que entregar su paciente a

otro anesthesiólogo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato.

- En el registro anestésico el anesthesiólogo que entrega debe dejar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento.

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

- Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello.
- En la sala de cirugía debe haber una persona calificada, diferente del anesthesiólogo, para atender al recién nacido.
- Ante la ausencia del pediatra, la responsabilidad del anesthesiólogo es primero para con la madre; si ésta no corre ningún peligro, el anesthesiólogo podrá asistir al recién nacido.
- 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 (18)

- 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 anesthesiólogo 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 anesthesiólogo responsable. (Celular, walkie-talkie o similares)

- El paciente que sale de sala de cirugía debe ser transportado a la UCPA o a la Unidad de Cuidados Intensivos, por el anesthesiólogo 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
- Todo lo referido abajo debe estar consignado en un formato específico de UCPA. (Ver propuesta en anexo 6)
- 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 lo anterior debe quedar consignado en la historia clínica o en el registro anestésico
- El cuidado médico en la UCPA debe ser realizado por personal aprobado por el Departamen-

to de Anestesia, con entrenamiento en reanimación básica (personal auxiliar) y reanimación avanzada (profesionales)

- 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
- El dolor debe ser medido, y deben establecerse medidas para controlarlo de manera adecuada
- En la UCPA debe haber un promedio de 1.5 camilla por cada sala de cirugía del hospital
- Cada paciente que se encuentre en recuperación debe contar permanentemente mínimo con los elementos para monitorizar tensión arterial, trazo electrocardiográfico y oximetría de pulso
- Cada cubículo debe contar con 2 tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia del hospital, 1 fuente de oxígeno, 1 fuente de succión
- 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

- La UCPA debe contar con los elementos adecuados para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar, incluyendo desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente
- Los egresos deben ser autorizados por escrito en la historia o en el registro anestésico por el anestesiólogo responsable
- 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
- Es altamente deseable registrar las condiciones de regresión de los bloqueos neuroaxiales especialmente en casos ambulatorios usando una escala como la de Bromage
- 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 Registro de información estadística anestésica (19,20)**

Es altamente deseable que los departamentos, servicios, grupos e inclusive anestesiólogos individuales registren los datos básicos de sus actos anestésicos para poder evaluar la seguridad, eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios prestados.

Deben identificarse y registrarse los eventos adversos relacionados al ejercicio anestesiológico.

Deben concebirse estrategias para analizar los eventos adversos y diseñarse iniciativas para minimizarlos.

### **1.5 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

### **1.6 Medicamentos y elementos anestésicos**

1. Se deben disponer medicaciones anestésicas seguras, con documentación de origen/fabricante que cumplan con la normatividad nacional
2. Deben adoptarse estrategias explícitas para minimizar los errores en la administración de medicamentos
3. Debe garantizarse la esterilidad o limpieza adecuada según corresponda, de los elementos que entren en contacto con los pacientes)
4. Los elementos reusables deben ser periódicamente evaluados para considerar su reposición

### **1.7 Intervenciones perioperatorias para seguridad (21-24)**

El departamento, servicio, grupo o anestesiólogo individual debe estar coordinado con el resto del equipo quirúrgico para la implementación de medidas preventivas como profilaxis antibiótica, profilaxis de trombosis venosa y otras que tengan impacto sobre los pacientes a quienes se les preste atención.

### **2. MÁQUINA DE ANESTESIA**

1. Deben utilizarse códigos de colores, tanto para los gases medicinales como para los agentes anestésicos volátiles
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
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. 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. Esto debe cumplirse aún en anestesia fuera del quirófano
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
5. Toda máquina de anestesia debe poseer una conexión para oxígeno de reserva (cilindro) con su respectivo manómetro y cilindro permanente lleno
  6. Debe existir un mecanismo que impida la administración de mezclas hipóxicas, asegurando siempre una concentración mínima de oxígeno del 25 %
  7. Cuando se dispone de más de un vaporizador, debe existir un mecanismo que impida abrir más de un vaporizador al mismo tiempo
  8. Es altamente recomendable la medición de gases espirados. Puede ser obtenido por un monitor externo a la máquina
  9. Debe disponerse de un sistema de seguridad que impida desconexiones
  10. El botón de paso rápido de oxígeno (flush) 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
  11. 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
  12. Debe tenerse alarma de alta presión en la vía aérea
  13. Toda máquina de anestesia debe tener un analizador de oxígeno dentro del circuito
  14. Debe existir un sistema de evacuación de gases sobrantes
  15. Este sistema de evacuación debe estar conectado a un sistema de pared de presión negativa para la extracción de gases y minimización de la contaminación del quirófano
  16. Debe existir una válvula de sobrepresión que permita la salida de gases sobrantes al sistema de evacuación
  17. La máquina de anestesia debe tener una cámara para captación y absorción de CO<sub>2</sub> espirado del paciente
  18. Toda máquina de anestesia electrónica debe tener una batería que suministre energía durante por lo menos 20 minutos
  19. Toda máquina debe tener la posibilidad de ajustarse para proporcionar anestesia a los pacientes pediátricos incluyendo neonatos
  20. El manual de instrucciones para el usuario debe entregarse en español o en portugués y debe dejarse con cada máquina de anestesia
- ### 3. MANTENIMIENTO EQUIPOS
- 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.

En todo caso, dicho mantenimiento debe realizarse por lo menos cada seis meses, por personal calificado.

El mantenimiento es de entera responsabilidad de la institución.

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 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.

#### 5. EXÁMENES DE LABORATORIO PREQUIRÚRGICOS

Pacientes estado físico ASA I Y II.

Este esquema constituye un parámetro sugerido por el Comité de Seguridad. Está basado en estudios científicos y en experiencias de instituciones en Colombia y en otros países. Ha evolucionado significativamente desde el publicado en 1985 (25).

Es altamente recomendable que cada departamento de anestesia establezca su propio protocolo.

Protocolo sugerido de laboratorios preanestésicos, Comité de Seguridad.

Los exámenes innecesarios con frecuencia ocasionan pérdida de tiempo, de dinero y retrasos en la programación sin lograr beneficio clínico para el paciente.

Los hallazgos de patología no buscada en los exámenes pueden generar responsabilidad legal por negligencia aun sin implicación alguna para el perioperatorio, si no se hace el seguimiento adecuado. Entre más exámenes innecesarios se realicen, esta posibilidad se incrementa.

Lo más importante en la evaluación preanestésica es la historia clínica y el examen físico.

#### 6. LEGISLACIÓN EN COLOMBIA

En cualquier lugar de Colombia en donde se ejerza la anestesiología se deben cumplir estas normas, respaldadas en la ley 6 de 1991, en el decreto 097 de 1996 de MinSalud y avaladas por el comité nacional del ejercicio de la anestesiología en Colombia.

Además, de acuerdo al parágrafo del artículo 14 del **Estatuto disciplinario interno de la SCARE**: “para efectos de esta disposición todo acto anestésico de cualquier naturaleza debe ser ejecutado, controlado y conducido por un anestesiólogo certificado hasta la entrega del paciente en recuperación al personal competente para ello, debidamente capacitado, o al relevo del anestesiólogo por otro igualmente certificado, la violación a este deber constituirá falta grave”.