

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA



PASANTIA DE PRACTICA PROFESIONAL

INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE NIÑOS “BENJAMÍN BLOOM”, DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL AÑO 2025.

PRESENTADO POR:

SOFIA LORENA NAVAS VASQUEZ

PARA OPTAR AL TITULO DE:

LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA

ASESOR:

LIC. LUIS EDUARDO RIVERA SERRANO

CIUDAD UNIVERSITARIA, “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR,
FEBRERO 2026

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

RECTOR

MSC. JUAN ROSA QUINTANILLA

VICERECTORA ACADEMICA

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFAN MATA

VICERECTOR ADMINISTRATIVO

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

SECRETARIO GENERAL

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA

FACULTAD DE MEDICINA AUTORIDADES

DECANO

Dr. SAUL DIAZ PEÑA

VICEDECANO

Dr C. FRANKLIN ARNULFO MENDEZ DURAN

SECRETARIO GENERAL

Dr C. ROBERTO CARLOS HERNANDEZ MARROQUIN

DIRECTORA DE ESCUELA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

LICDA. MONICA VENTURA

DIRECTOR DE LA CARRERA DE ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA

LIC. LUIS ALBERTO GUILLEN GARCIA

CONTENIDO

INTRODUCCION	i
1.0 PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO	3
2.0 JUSTIFICACIÓN	4
3.0 PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4.0 RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM	9
4.1 AREAS DE DESEMPEÑO.....	11
4.1.1 CENTRO QUIRÚRGICO.....	11
4.1.2 QUIRÓFANOS DE EMERGENCIA.....	11
4.1.3 PEQUEÑA CIRUGÍA.....	11
4.1.4 UNIDAD DE QUEMADOS.....	12
4.1.5 TAC.....	12
4.1.6 CONSULTA EXTERNA.....	13
4.1.7 ESTUDIOS EXTRAHOSPITALARIOS.....	13
4.1.8 RADIOTERAPIA	13
5.0 DESCRIPCIÓN Y FUNCIONES Y ACTIVIDADES	16
5. 1 PREVIO A LA CIRUGÍA.....	16
5.2 ANESTESIA GENERAL.....	17
5.2.1 FASE PREANESTÉSICA	18
5.2.2 VALORACIÓN PREANESTÉSICA.....	18
5.2.3 ESCALA DE HAN.....	20
5.2.4 TEST DE MALLAMPATTI, SAMSOON Y YOUNG	21
5.2.5 TEST DE LA MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR	22
5.2.6 CLASIFICACION DE BELLHOUSE-DORE	23
5.2.7 ACRONIMO RODS:	23
5.3 PREPARACIÓN PARA EL PROCESO QUIRÚRGICO	24
5.3.1 FASE DE INDUCCIÓN	25
5.3.2 ESCALA DE CORMACK-LEHANE.....	27
5.4 LA ANESTESIA CAUDAL:	29

5.4.1 ANATOMIA.....	29
5.4.2 INDICACIONES.....	30
5.4.3 CONTRAINDICACIONES.....	31
5.4.4 TECNICA:.....	31
5.4.6 COMPLICACIONES.....	34
5.4.7 FASE DE MANTENIMIENTO.....	34
5.4.8 FASE DE EDUCCIÓN O DESPERTAR.....	35
5.5 FASE DE POSTOPERATORIO INMEDIATO.....	36
6.0 POBLACIÓN.....	38
6.1 MÉTODO.....	38
6.2 TÉCNICA.....	39
6.3 INSTRUMENTOS.....	39
7.0 CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO.....	41
7.1 LIMITACIONES.....	41
8. RECURSOS TECNOLOGICOS, DIDACTICOS Y MATERIALES.....	43
8.1 RECURSOS TECNOLÓGICOS.....	43
8.2 RECURSO TECNOLOGICO.....	43
8.2 RECURSOS DIDÁCTICOS.....	43
9.0 CONCLUSIONES.....	45
9.1 RECOMENDACIONES.....	46
9.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	48

INTRODUCCION

El presente informe final expone de manera ordenada y exhaustiva las diversas actividades desarrolladas durante la pasantía de práctica profesional realizada en el Servicio de Anestesiología del Hospital Nacional Especializado de Niños “Benjamín Bloom”, en el período comprendido entre julio y diciembre de 2025. La pasantía de práctica profesional constituye una etapa fundamental en la formación académica, al permitir la integración de los conocimientos teóricos con la experiencia clínica directa, bajo estándares de calidad, ética y seguridad del paciente. En este contexto, la anestesia pediátrica representa una subespecialidad de alta complejidad, debido a las particularidades fisiológicas, anatómicas y emocionales de la población infantil, lo que exige una atención especializada, precisa y basada en protocolos estrictos de seguridad.

Dicha experiencia represento una etapa esencial en la formación integral del estudiante, al permitir la aplicación de los conocimientos teóricos en un entorno clínico real, bajo la supervisión de profesionales especializados. En particular, el Servicio de Anestesiología desempeña un rol fundamental dentro de la atención hospitalaria, ya que garantiza la seguridad, el control del dolor y la estabilidad fisiológica del paciente durante los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, constituyéndose como un pilar indispensable para la atención médica de calidad.

De igual manera, el informe presenta una descripción general de la institución y del Servicio de Anestesiología, su organización, funciones y el contexto asistencial en el cual se desarrollaron las actividades de la pasantía, permitiendo comprender la relevancia del aprendizaje obtenido. Asimismo, el presente informe expone las competencias adquiridas en el manejo anestésico de pacientes pediátricos pertenecientes a los diferentes grupos etarios, desde neonatos hasta adolescentes, así como la aplicación de medidas orientadas a la seguridad del paciente, la prevención de riesgos anestésicos y la optimización de los resultados clínicos. Finalmente, se detallan los resultados alcanzados y el impacto de esta experiencia formativa en el fortalecimiento de competencias profesionales, éticas y técnicas necesarias para un desempeño eficiente y responsable dentro del ámbito de la anestesiología.

CAPITULO I

1.0 PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO

Para poder finalizar la Licenciatura en Anestesiología, la facultad de medicina de la Universidad de El Salvador establece como requisito la realización de una pasantía profesional, la cual sirve para que el futuro profesional utilice los conocimientos teóricos que se han adquirido durante años en la carrera y los integre con habilidades prácticas que solo se pueden desarrollar en un ambiente como el que propicia el hospital Bloom.

En el caso del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, tenemos la oportunidad especial de realizar esta pasantía en un ambiente altamente especializado donde se aprende del manejo de pacientes que no se podrían tratar en otros hospitales en el país, por lo que se vuelve particularmente valiosa para la formación del profesional.

Gracias a ello, esta pasantía propicia las condiciones para fortalecer las competencias en manejo anestésico en pacientes de edades diversas, incluyendo la evaluación preanestésica, la instrumentalización de la vía aérea, administración de anestesia general, sedaciones y técnicas de anestesia regional. Mientras se realizan estas prácticas, el estudiante contribuye a garantizar la seguridad de los pacientes, el éxito de los procedimientos y la calidad de la atención en el servicio de anestesia pediátrica

CAPITULO II

2.0 JUSTIFICACIÓN

La pasantía de práctica profesional, elegida como modalidad de trabajo de grado, constituye una oportunidad esencial para consolidar la formación del egresado de la carrera de Anestesiología e Inhaloterapia. Esta experiencia permite implementar los conocimientos adquiridos a lo largo del proceso académico en la práctica clínica, fortaleciendo las competencias técnicas y profesionales necesarias para el ejercicio de la especialidad.

Desde el inicio de la formación del estudiante motiva la idea de poder contribuir de manera directa al bienestar de los pacientes especialmente los más vulnerables, los niños. La posibilidad de realizar la pasantía en el área de anestesiología pediátrica representa una experiencia profundamente significativa a nivel personal. El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, al ser el único centro de referencia en la atención pediátrica especializada en el Salvador, con una alta demanda asistencial, ofrece un escenario idóneo para desarrollar y enriquecer a profundidad las habilidades previamente adquiridas durante la formación académica. La dinámica diaria en el hospital fomenta la aplicación de diferentes técnicas anestésicas, la resolución de situaciones complejas y el perfeccionamiento del juicio clínico en beneficio de los pacientes.

De esta manera, la realización de esta pasantía no solo se presenta como una alternativa para cumplir con el requisito de graduación, sino también brinda una oportunidad única no solo como crecimiento académico sino también para reafirmar el compromiso con una atención más ética, empática y centrada en el paciente. Finalmente, este trabajo pretende reflejar el desempeño alcanzado durante la práctica, evidenciando el esfuerzo, la responsabilidad y la dedicación invertidos en cada actividad realizada durante los 6 meses de pasantía como parte final del proceso formativo del profesional en anestesia.

CAPITULO III

3.0 PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Emplear y enriquecer la formación académica adquirida en la carrera de anestesiología e Inhaloterapia través de la experiencia profesional práctica integrando técnicas anestésicas, diferentes manejos, y los conocimientos obtenidos, desarrollando habilidades técnicas para la atención segura y eficaz de los pacientes quirúrgicos o diagnósticos que requieran intervención del servicio de anestesiología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, en el período entre julio y diciembre de 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adquirir habilidades prácticas en el manejo de la vía aérea pediátrica, incluyendo intubación orotraqueal, ventilación con mascarilla, uso de dispositivos supraglóticos y estrategias ante vía aérea difícil en niños.
- Implementar de manera adecuada las diversas técnicas anestésicas en pacientes pediátricos que requieran intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos.
- Conocer y aplicar el manejo anestésico requerido según las distintas cirugías y procedimientos realizados por las especialidades ofrecidas en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.
- Identificar y actuar ante complicaciones anestésicas, desarrollando capacidad de respuesta rápida y fundamentada ante situaciones como laringoespasma, broncoespasma, hipotensión o reacciones adversas a medicamentos.
- Aplicar criterios técnicos para la selección y dosificación de agentes anestésicos en pacientes pediátricos, según edad, peso, tipo de cirugía y estado clínico general
- Participar activamente en el manejo del dolor agudo postoperatorio pediátrico, empleando escalas de valoración del dolor adaptadas a la edad y aplicando medidas farmacológicas y no farmacológicas según el caso

- Monitorear de manera efectiva al paciente pediátrico durante todo el acto anestésico, interpretando parámetros fisiológicos y ajustando la anestesia en tiempo real para mantener estabilidad hemodinámica.
- Observar y ejecutar técnicas de anestesia regional en pediatría (como bloqueos caudales o periféricos), bajo supervisión directa, comprendiendo sus indicaciones, beneficios y riesgos.
- Implementar en la valoración preanestésica pediátrica, identificando condiciones clínicas específicas de la infancia que puedan influir en la elección del tipo de anestesia, técnica y medicación.
- Fomentar la comunicación efectiva con el equipo multidisciplinario, reconociendo la importancia del trabajo colaborativo con cirujanos, pediatras, enfermeros y personal de recuperación en la atención integral del niño.
- Registrar y sistematizar las actividades realizadas por el servicio de anestesiología en las diferentes áreas quirúrgicas y diagnósticas del hospital, con el fin de fortalecer la experiencia formativa y la calidad de la atención

CAPITULO IV

4.0 RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom de El Salvador fue fundado por el filántropo Benjamín Bloom, nació el 27 de septiembre de 1873, en California, Estados Unidos. Falleció el 31 de diciembre de 1951 en San Salvador, El Salvador. ANEXO 16

A su llegada al país en 1890 en compañía de su tío David Bloom, vivió por muchos años en el departamento de Santa Ana.

Los esposos Bloom no tuvieron hijos. Debido a eso, decidieron destinar su patrimonio (producto de diversos negocios de tipo bancario, inversiones, entre otros) a ayudar a familias necesitadas en las etapas de maternidad, ancianos y niños. Y fue así como donó el primer hospital infantil del país en 1928, estableciendo el compromiso de atender a todos los niños sin distinción de origen, raza o religión, siendo un hito en la beneficencia salvadoreña y contando con el apoyo continuo de la Fundación Benjamín Bloom (FUNDABLOOM) para su mantenimiento e infraestructura a lo largo de las décadas

La Torre del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom es el Hospital más grande y moderno para la niñez de toda la región Centroamericana, está ubicado en la ciudad de San Salvador, El Salvador. Cuenta con 10 niveles sobre calle y 1 nivel bajo tierra, y otro edificio anexo de 5 niveles.

Se creó para ser utilizado en la asistencia a la niñez salvadoreña, es decir, proteger su salud. De esta manera, se brinda atención médica especializada a la población infantil salvadoreña, a través de servicios integrales de salud con calidad, calidez y ética profesional. Desde su apertura, el mantenimiento del hospital estuvo a cargo del gobierno. Este se situaba sobre la calle Arce y la 23 Avenida Sur, local que actualmente es ocupado por el Hospital Primero de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Por otra parte, el surgimiento del hospital dio lugar a la formación de otras organizaciones a favor de la niñez salvadoreña. Entre ellas la Sociedad de Pediatría de El Salvador, organizada el 13 de marzo de 1947 y La Fundación Benjamín Bloom. Dicha fundación fue la última obra que dejó el señor Bloom antes de morir.

Durante los 16 años siguientes el hospital prestó sus servicios con normalidad. Sin embargo, el 10 de octubre de 1986 sufrió graves daños a causa de un fuerte terremoto. A pesar de ese incidente se siguió brindando la atención médica y se logró reconstruir gracias a donaciones de fundaciones nacionales e internacionales.

Posteriormente, el 10 de octubre de 1989 se comenzó formalmente la reconstrucción del hospital. Este proceso se realizó en tres etapas, a través de un programa de reparación. Finalmente, el 10 de mayo de 1993 se inaugura el edificio reconstruido y un nuevo edificio de cinco niveles con equipo moderno. Este fue donado totalmente por el Gobierno Federal de Alemania.

En la actualidad sigue siendo el único hospital nacional especializado en la atención pediátrica. Por esta razón acuden a él pacientes de todo el país y de las fronteras con los países vecinos como Guatemala y Honduras. Brinda la atención de aproximadamente 27 especialidades en su consulta externa y emergencia las 24 horas. Recibe un promedio de 300,000 casos anuales y diariamente se internan alrededor de 40 niños que son atendidos con equipo médico de vanguardia.¹

¹ **Reyes A.** Benjamín Bloom y su legado en El Salvador [Internet]. 2023. [citado 16 ene 2026]. Disponible en: <https://guanacos.com/benjamin-bloo>

4.1 AREAS DE DESEMPEÑO

4.1.1 CENTRO QUIRÚRGICO

El Hospital cuenta con el centro de atención quirúrgica pediátrica más importante del país, la mayoría de las cuales se llevan a cabo en el área del centro quirúrgico, este cuenta con 5 quirófanos dónde se realizan cirugías de diversas especialidades, en pacientes que varían desde neonatos prematuros a adolescentes e, incluso, adultos que han sido tratados en el hospital desde su infancia; además también se dispone de una sala de procedimientos endovasculares con angiógrafo, utilizada por múltiples especialidades e incluso para pacientes adultos que son trasladados de otros centros asistenciales. En el centro quirúrgico se cuenta también con la sala de recuperación anestésica, dónde se cuenta con todos los equipos necesarios para garantizar la seguridad y confort de los pacientes al salir de sus procedimientos, tales como: monitores de signos vitales, calentadores de aire forzado, y desfibriladores eléctricos automáticos.

4.1.2 QUIRÓFANOS DE EMERGENCIA

Ubicados en el 1er nivel del hospital, estos 3 quirófanos son utilizados para ofrecer atención inmediata a pacientes que necesiten de una intervención de urgencia, además de ocasionalmente realizar procedimientos electivos de igual manera que en el centro quirúrgico. En estos quirófanos se realizan procedimientos en los cuáles pueden ser necesarias técnicas anestésicas diferentes de las realizadas normalmente, por la complejidad y la situación actual en la que llegue el paciente, tales como: Intubaciones de secuencia rápida e intubaciones de secuencia retardada.

4.1.3 PEQUEÑA CIRUGÍA

Esta área es la destinada a realizar procedimientos menos extensos de los que normalmente se realizarían en quirófanos, utilizada incluso por una variedad más amplia de especialidades tanto quirúrgicas como no quirúrgicas del hospital. Esta se encuentra dividida en 3: área limpia, procedimientos ortopédicos y cuarto séptico.

El área limpia es la designada para realizar procedimientos en los cuáles no se corra riesgo de contaminación del área, como tomas de biopsia, suturas de heridas o colocaciones de catéteres venosos centrales. Para estos procedimientos se necesita realizar un manejo anestésico que brinde suficiente analgesia e hipnosis para su realización sin complicaciones.

En el área de procedimientos ortopédicos se realizan reducciones de fracturas, colocaciones de yesos e incluso lavados quirúrgicos de heridas. Cabe destacar, que en esta zona también se realizan intervenciones que no requieren anestesia. Cuarto séptico en este se realizan todos los procedimientos en los cuáles se corre riesgo de contaminación como des impactaciones, curaciones de heridas infectadas entre otros.

4.1.4 UNIDAD DE QUEMADOS.

Este espacio está designado especialmente para el tratamiento de pacientes quemados y con otras afecciones que necesiten ser tratadas por la especialidad de cirugía plástica, cuenta con un área de pequeña cirugía además del quirófano principal. En estos se realizan, procedimientos como debridaciones quirúrgicas de quemaduras en piel, queiloplastías y palatoplastías para pacientes con labio y paladar hendidos, rinoplastia, entre otros, en estos casos se desarrolla de manera especial la habilidad de tratar pacientes en estados delicados, especialmente con el manejo de fluidos en pacientes con pérdidas altas de líquido y de manejo de vía aérea en casos catalogados como difíciles, ya sea con uso de laringoscopia convencional o videolaringoscopia en caso de ser necesario.

4.1.5 TAC

En el departamento de rayos x del hospital se realizan además de las rutinarias radiografías simples, tomografías axiales computarizadas, las cuáles pueden en ciertos casos llegar a requerir sedaciones para que a los pacientes se les realice el estudio correspondiente.

En este ambiente se desarrolla de manera especial la habilidad de realizar sedaciones para procedimientos/estudios cortos, una de las prácticas más comunes que se realiza en el ámbito privado.

4.1.6 CONSULTA EXTERNA

En esta área se presta servicio a pacientes de múltiples especialidades y niveles de complejidad, ya que en esta se atienden pacientes de otorrinolaringología, oftalmología, cirugía maxilofacial, consulta dental y gastroenterología, a quienes se les realiza una gran variedad de procedimientos y estudios tanto diagnósticos como curativos. En este escenario la utilidad de la anestesia varía desde la simple ansiólisis, hasta instrumentaciones de vía aérea de manera preventiva en pacientes con riesgo de complicaciones por el tipo de procedimiento realizado.

4.1.7 ESTUDIOS EXTRAHOSPITALARIOS

Como parte del servicio de anestesia del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, se realizan sedaciones y anestésias generales en pacientes que se encuentran fuera de las instalaciones de este, debido a el trabajo en conjunto con otros centros hospitalarios dentro de la red del ministerio de salud, tales como el Hospital Nacional ‘Dr. Juan José Fernández’ Zacamil o el Hospital El Salvador, donde se realizan estudios como resonancias magnéticas tomografías que requieren de equipos especiales que pueden no estar disponibles en nuestro hospital. Por parte de nuestro servicio se realizan diferentes intervenciones dependiendo de la edad del paciente y el procedimiento al realizar, las cuales pueden variar desde una sencilla monitorización durante el procedimiento, hasta una anestesia general.

4.1.8 RADIOTERAPIA

Utilizado principalmente en pacientes pediátricos con patologías oncológicas forma parte del manejo integral del cancer infantil completando tratamientos quirúrgicos y farmacológicos utiliza anestesia para brindar una experiencia no traumática en los niños y que al mismo tiempo el personal de radiología pueda trabajar en un ambiente tranquilo

CAPITULO V

5.0 DESCRIPCIÓN Y FUNCIONES Y ACTIVIDADES

Al comenzar una jornada en el centro quirúrgico se realizan diversas funciones como parte del personal de anestesia en la preparación del quirófano, en la presente se mencionarán dichas tareas que se llevan a cabo al iniciar el turno

En la sala de operaciones se realiza una revisión del material asegurándonos de equipar con todo lo necesario para el transcurso de la jornada laboral, se procede a realizar limpieza completa del equipo con alcohol al 70% en la mesa de trabajo, máquina de anestesia y equipo de monitoreo.

Se realiza una prueba a la máquina de anestesia para asegurar su buen funcionamiento, entre ellos los flujos de O₂ y aire comprimido, asegurándose que no presente fugas ni errores de software, que brinde las presiones correctas y volúmenes adecuados, verificando también los vaporizadores anestésicos inhalatorios que contengan niveles correctos de halogenados. Puede realizarse cambio de cal sodada de ser necesario.

Una vez limpia nuestra área de trabajo, se procede a recoger la caja de medicamentos designada al quirófano, verificando que los fármacos y equipo de intubación como hojas y mangos de laringoscopio, estén completos y funcionando correctamente para evitar cualquier inconveniente al momento de su uso.

5.1 PREVIO A LA CIRUGÍA

El paciente electivo requiere una evaluación preoperatoria por parte del personal de anestesia, revisión de exámenes de rutina y que se presente sano, tener un historial médico completo, así como también el consentimiento informado por parte de los responsables del infante. Por lo general un día antes los residentes de anestesia son los encargados de realizar la evaluación preoperatoria e indicar el tipo de anestesia que se le realizara al paciente.

Se prepara los medicamentos del paciente con la dosis según su edad y su peso, y el quipo necesario como la elección del tubo orotraqueal, así como sonda orogástrica, el brazalete adecuado para el monitoreo de presión arterial no invasiva, la preparación de electrodos para el uso del electrocardiograma y el oxímetro ideal para cada paciente.

Si el paciente trae una vía periférica hay que verificar que se encuentre permeable para realizar una premedicación y así el paciente pueda pasar a sala de operaciones tranquilo y sin ansiedad o dolor. Se realiza una entrevista al responsable para verificar información sobre el paciente: alergias, ayuno, cirugías previas, o posibles dientes flojos, lo cual es importante al momento del acto anestésico. Si el paciente se encuentra con algún fármaco ya sea antibiótico de pasando sobre su vía periférica suspenderla hasta después del momento anestésico si es algún tipo de amina se deja pasando en todo momento.

En caso de que el paciente no posea una vía periférica, se monitoriza al paciente y luego se realiza la colocación de un catéter en caso de ser de venas difíciles se elige darle anestesia inhalada por medio de sevoflurano al 4% y 6% para evitarle incomodidad al niño y que su experiencia sea menos traumante. Una vez monitoreado el paciente y con la vena periférica tomada se procede a colocar los fármacos elegidos según el tipo de cirugía y edad del paciente.

5.2 ANESTESIA GENERAL

Definir el concepto resulta complicado, y hoy en día aún no hay un consenso en la comunidad científica de cuál sería su definición exacta. Sin embargo, si podemos definir claramente que características deben cumplirse en un paciente para poder decir que se encuentra bajo los efectos de una anestesia general:²

- Debe existir un estado de inconsciencia, el cual debe ser generado y mantenido farmacológicamente y debe ser reversible al término de la anestesia.
- El paciente debe tener la imposibilidad de establecer recuerdos durante la cirugía, o sea, debe tener amnesia, la cual también debe ser reversible tras la anestesia.
- La relajación muscular es una condición que debe estar presente en una anestesia general para que el acto quirúrgico se pueda realizar.

² SALUSPLAY. Tema 6. Anestesia general [Internet]. [citado 14 ene 2026]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/quiroyano-y-anestesia/tema-6-anestesia-general>

- En una anestesia general, debe producirse un adecuado nivel de analgesia para evitar cualquier dolor ante el procedimiento quirúrgico

Por lo tanto, la anestesia general la podríamos definir como “un estado inconsciente reversible inducido farmacológicamente con efectos analgésicos, relajación muscular y depresión de los reflejos. Podríamos decir que es un estado similar a un coma, en el que el paciente es incapaz de despertar al provocar un estímulo sobre él.”³ “Todo ello con la finalidad de proporcionar las mejores condiciones para que el cirujano desarrolle su labor con el mínimo impacto físico y psíquico posible sobre el paciente”

Además de estos principios básicos que caracterizan y definen la anestesia general, el anestesista, durante el proceso, se encarga de mantener estable al paciente, evitando descompensaciones de su situación basal, así como de contrarrestar los efectos perjudiciales que pueda desencadenar la intervención quirúrgica.

Aunque el proceso de la anestesia general en sí mismo consta de tres fases inducción, mantenimiento y educación

5.2.1 FASE PREANESTÉSICA

En esta fase nos encontramos dos etapas, la primera de valoración y recopilación de información, y una segunda de preparación al paciente para la cirugía.

5.2.2 VALORACIÓN PREANESTÉSICA

Antes de cualquier tipo de procedimiento susceptible de precisar una sedación o anestesia general del paciente debe realizarse una exhaustiva valoración preanestésica, y en especial de la vía aérea. En los casos de cirugías programadas, esta valoración se realizará días antes de la intervención (el mismo día de la intervención puesto que el anestesista no tiene por qué ser el mismo que el de la

³ Soler E, Faus MT, Burguera R, Fernandez JA, Mula P. Anestesiología [Internet]. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ftomo2/CAP02.pdf>

preanestesia puede que este la revise) y en el caso de las cirugías urgentes momentos antes de la intervención si la situación de urgencia lo permite.

En dicha valoración se realizará la necesaria anamnesis, se solicitarán radiografía de tórax, hemograma, serología y coagulación, se solicitaran las pruebas que crea necesario el anestesista en función de las particularidades de cada paciente y se realizará la valoración de la vía aérea y del riesgo anestésico. El manejo de la vía aérea es el factor más importante de morbi-mortalidad relacionada con la anestesia, y un porcentaje de muertes o daños neurológicos permanentes se originan por la imposibilidad de oxigenar al paciente, bien por imposibilidad en la intubación, en la ventilación, o en ambas, “NO INTUBABLE-NO VENTILABLE”.

El anestesista debe estar preparado para encarar esta eventualidad y debe estar entrenado a hacer frente a esta situación para manejar lo mejor posible y sin pánico la urgencia de la oxigenación del paciente” (Conducta a seguir ante una intubación dificultosa no prevista. Dres. Anne-Marie Cros, Fabrice Chopin). Es por ello por lo que la valoración de una posible vía aérea difícil es tan importante.

La definición de vía aérea difícil (VAD) según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA): “Es la situación en la que un anestesista entrenado, presenta dificultad en ventilar al paciente con mascarilla facial, dificultad en la intubación traqueal, o en ambas”.⁴ La valoración de la VA permite al anestesista anticiparse a una potencial situación de riesgo y de esta manera elegir el dispositivo más adecuado, así como los accesorios precisos para facilitar la intubación. El factor predictor más importante es la existencia de un problema de manejo de vía aérea en una intervención previa.

Se valorarán dos tipos de factores, los dependientes y los independientes del paciente. Los factores independientes del paciente son, por ejemplo, quien va a intubar (experiencia y entrenamiento) o donde (que aparataje y medios hay a su alcance). En el caso de los factores dependientes del paciente tenemos los predictores de intubación difícil y los predictores de ventilación difícil. Lo primero que hay que tener claro es la diferencia entre ventilación e intubación difícil. La

⁴ **Cobo García B.** Valoración preoperatoria de la vía aérea difícil: ¿hay algo nuevo? [Internet]. 2015. Disponible en: <https://anestesiario.org/2015/valoracion-preoperatoria-de-la-via-aerea-dificil-hay-algo-nuevo>

ventilación difícil se define como la incapacidad de mantener una saturación de O₂ > 90%, a pesar de ventilar con FiO₂ al 100%. Esta a su vez, se relaciona con un riesgo de intubación difícil 4 veces superior. Sin embargo, la intubación difícil se define como la necesidad de más de tres intentos por parte de un experto para la intubación o más de diez minutos para conseguirla.

Los principales factores predisponentes de ventilación difícil se engloban en el acrónimo “OBESE” (Obesidad, Barba, Edentición, SAOS, Edad > 55 años) A pesar de existir gran cantidad de escalas que evalúan la probabilidad de intubación difícil y la visualización durante la laringoscopia, no existían escalas para valorar la ventilación hasta que el Dr. Richard Han y cols. propusieron en el año 2004 la siguiente escala para calificar la dificultad de ventilación a través de la mascarilla facial:

5.2.3 ESCALA DE HAN

- GRADO I: Ventilación con mascarilla facial, eficaz sin ayuda de dispositivos.
- GRADO II: Se precisa empleo de cánula nasal o faríngea, guedel, etc.
- GRADO III: Ventilación difícil (inadecuada, insuficiente o inestable con 2 personas y empleo de cánula). Con o sin relajantes musculares.
- GRADO IV: Ventilación imposible con o sin relajantes musculares.

A la hora de evaluar los factores predisponentes de intubación difícil, primeramente, se descartan enfermedades que clásicamente se asocian a dificultad en el manejo de la vía aérea en general como: síndromes congénitos (Pierre Robin, Treacher Collins, Apert, Síndrome de Down, etc.), artritis reumatoide, acromegalia, SAOS u obesidad. De la misma manera se revisará la historia estomatológica por si hubiese dientes flojos o en mal estado, prótesis dentales móviles, flemones u abscesos que dificultaran el manejo de la vía aérea.⁵

⁵Vadillo Serra R, Carrero Soto H, Almeida Gutiérrez E. Escala de Han: utilidad en la predicción de intubación difícil [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2015/am152c.pdf>

Además de los ya expuestos, se consideran factores dependientes del paciente predisponentes de intubación difícil:

- Cuello corto y musculado.
- Mandíbula corta.
- Incisivos superiores prominentes.
- Limitación en la abertura de la boca.
- Paladar ojival.
- Espacio faríngeo anterior disminuido.
- Reducción de la flexión cervical.
- Articulación atlanto-occipital limitada.
- Traumatismos y/o quemaduras maxilofaciales, tráquea, mediastino, y columna cervical.
- Patologías que cursen con rigidez articular como la artrosis o artritis reumatoide.

A diferencia del caso de la ventilación difícil, existen innumerables escalas y valoraciones para predecir el grado de dificultad en la intubación.

Prueba de Mallampatti, Samsoon y Young: fue descrita por primera vez por Mallampatti en el año 1985. Estableció tres grados, a los que posteriormente, Samsoon y Young en 1987, añadirían un cuarto grado. Se basa en la visión de las estructuras faríngeas con la boca abierta al máximo, en posición sentada y sin fonación.⁶

5.2.4 TEST DE MALLAMPATTI, SAMSOON Y YOUNG

- Grado I: Si al abrir la boca se observa el paladar blando, las fauces, la úvula y los pilares anterior y posterior de las amígdalas y el paciente protruye la lengua.

⁶ **Mariscal ML, Pindado ML, Rey F, Arrázola B, Engel W.** Valoración y predicción de la vía aérea difícil [Internet]. Disponible en: <https://arydol.com/temas/secciones/via-aerea/via-aerea-dificil/valoracion-y-prediccion-de-la-via-aerea-dificil/>

- Grado II: Si al abrir la boca, la lengua no se protruye como en caso anterior y se visualiza el paladar blando, fauces y la úvula.
- Grado III: Si solamente se puede observar el paladar blando y la base de la úvula
- Grado IV: Solo se visualiza el paladar duro. ANEXO 17

Prueba de la mordida del labio superior: es el test más moderno. Publicado en el 2003, se basa en la importancia que tiene para la visión laringoscópica la libertad del movimiento mandibular y la arquitectura de los dientes. Evalúa la habilidad del paciente de alcanzar o cubrir completamente el labio superior con los incisivos inferiores y se divide en tres clases.

5.2.5 TEST DE LA MORDIDA DEL LABIO SUPERIOR

- Clase I: Los incisivos inferiores muerden el labio superior, dejando la mucosa del labio superior totalmente invisible.
- Clase II: Visión parcial de la mucosa del labio superior.
- Clase III: Los incisivos inferiores no pueden ocluir el labio superior. Se relaciona con laringoscopia difícil.

Distancia tiromentoniana o de Patil-Aldrete: es la distancia entre el mentón y el borde inferior del cartílago tiroideos. Se mide con el cuello del paciente en máxima extensión y la boca cerrada. Si es menor de 6.5 centímetros posiblemente el enfermo tenga una ID.

Apertura bucal: es la distancia entre los incisivos superiores e inferiores Si ésta es < 2 cm es posiblemente ID. Es un test muy importante, ya que, si la apertura es muy pequeña puede hacer imposible la introducción de dispositivos de V.A.D. (M.L, Fastrach...).

Distancia esternomentoniana: es la distancia entre el mentón y la parte superior del esternón. Si es menor de 12.5 centímetros se relaciona con ID.

Clasificación de Bellhouse-Dore (grados de movilidad articulación atlo-occipital): paciente en posición sentada con cabeza en extensión completa, valora la reducción de la extensión de la articulación atlanto-occipital en relación con los 35° de normalidad. Se clasifica en cuatro grados.

5.2.6 CLASIFICACION DE BELLHOUSE-DORE

- Grado I: ninguna limitante
- Grado II: 1/3 de limitación
- Grado III: 2/3 de limitación
- Grado IV: completa limitante

En el caso de elegir un dispositivo supraglótico existe el acrónimo RODS para la predicción de una posible dificultad en la ventilación a través de estos dispositivos.

5.2.7 ACRONIMO RODS:

- R: RESTRICTED MOUTH OPENING: Distancia interincisivos menor de 2,5 cm puede conllevar dificultad.
- O: obstrucción vía aérea.
- D: distorsión de la vía aérea: el dispositivo supraglótico no proporcionará un sellado adecuado, no se podrá intubar a su través al no confrontar la salida de la mascarilla con la abertura glótica.
- S: STIFF. RIGIDEZ: Rigidez pulmonar o cervical. La primera provocará presiones pico elevadas que puede superar la presión de sellado de la mascarilla y la segunda dificultad de colocación.⁷

⁷ SALUSPLAY. Tema 6. Anestesia general [Internet]. [citado 14 ene 2026]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/quiroyano-y-anestesia/tema-6-anestesia-general>

5.3 PREPARACIÓN PARA EL PROCESO QUIRÚRGICO

La segunda etapa de la fase preanestésica es la de preparar al paciente para el proceso quirúrgico. Previo a la entrada en el quirófano, en la unidad de preanestesia, en la gran mayoría de los pacientes se administrarán una serie de medicamentos para facilitar la posterior anestesia general.

“La premedicación se realiza con el fin de prevenir o contrarrestar los efectos indeseables derivados tanto de los anestésicos como del propio acto quirúrgico, y de este modo, aliviar la ansiedad, inducir sedación, reducir al mínimo las posibilidades de aspiración del contenido gástrico y evitar las náuseas y vómitos postoperatorios. También se utiliza la medicación preoperatoria para controlar la infección (profilaxis antibiótica), proporcionar analgesia y promover cierta estabilidad cardiovascular.” (Anestesiología. E. Soler).

Principalmente se trata de la administración de benzodiazepinas por vía intravenosa para reducir la ansiedad y el estrés ante la próxima intervención. El medicamento más comúnmente administrado es el midazolam.

En algunos casos, en especial los de carácter urgente, en los que no está asegurado un estómago vacío y no es posible una anestesia regional, es necesaria la administración de citrato sódico, que proporciona protección ante el pH ácido de contenido gástrico. Su administración es común en pacientes con riesgo de neumonía por aspiración. Como punto positivo tiene que su efecto es inmediato, pero en contraposición, al administrarse vía oral, el volumen intragástrico aumenta. Debe administrarse una cantidad entre 15-30 ml por vía oral, de 15-30 min antes de la inducción anestésica.

En los casos con posibilidad de regurgitación y/o vómito como en embarazadas, obesos, pacientes con depresión del SNC o íleo parálisis entre otros, se precisará de la administración de antieméticos o inhibidores de la bomba de protones.

Otro de los grandes pilares de la premedicación es la profilaxis antibiótica, la cual en función de la intervención que se vaya a realizar consistirá en un antibiótico concreto y preferiblemente se administrará al menos 30 min antes del inicio de la intervención quirúrgica, para asegurar de esta manera un adecuado nivel plasmático de antibiótico.

En algunos casos será necesario también la administración de un fármaco anticolinérgico para contrarrestar las bradicardias reflejas que puedan producirse. La estrella en este caso es la atropina, aunque también suele utilizarse el glucopirrolato.

5.3.1 FASE DE INDUCCIÓN

Lo primero será revisar que tenemos todo lo necesario y en perfecto funcionamiento (labor tanto de la enfermera como anestesista):

- Comprobar respirador (Tubuladuras, Fugas, FiO₂, capnógrafo, etc).
- Aspiración y sondas.
- Mascarilla facial de diferentes tamaños.
- Tubos de Guedel de varios tamaños.
- Laringoscopio pala larga (comprobar luz).
- Laringoscopio pala corta (comprobar luz).
- Tubos endotraqueales o dispositivos supraglóticos del tamaño adecuado, lubricados y con el balón comprobado.
- Guías de intubación (EischmannTM, frovaTM).
- Jeringa (para inflar el globo del tubo o DSG).
- Venda o esparadrapo (sujeción tubo o DSG).
- Ambú (siempre debe haber uno cerca).
- Carro de intubación difícil (cerca y localizado por si se complica la intubación).
- Videolaringoscopio si se prevé fuera necesario, sino en el carro de intubación difícil.
- Dispositivos de monitorización necesarios y funcionantes.
- Carro de parada cardiorrespiratoria.

Una vez colocado al paciente dentro del quirófano se procede a la monitorización: ECG, pulsioximetría y tensión arterial (invasiva o no invasiva) siempre. BISS. TOF, entropía, ..., en los casos que el anestesista lo requiera. Seguidamente se debe ajustar la altura de la mesa al anestesista que va a llevar a cabo la intubación.

Con el paciente, equipo y personal ya preparados comenzara la fase de inducción anestésica, en la cual los fármacos hipnóticos, relajantes musculares y analgésicos serán los protagonistas con el fin de conseguir las condiciones óptimas necesarias para la intubación orotraqueal y la posterior intervención quirúrgica.

Antes de proceder a la administración de fármacos se debe conseguir un adecuado nivel de preoxigenación del paciente. Consiste en la aplicación de oxígeno mediante mascarilla reservorio ($FiO_2 = 1$) durante 5 minutos para sustituir el nitrógeno de la capacidad residual funcional por oxígeno (fenómeno de lavado –washing out–). Esto permite mantener un paciente durante 3-8 minutos en apnea sin hipoxemia. Dicha ventilación no será efectiva si no se procede a una correcta colocación de la mascarilla facial. La MF se aplicará a la cara con mano dominante mediante la técnica E (3 dedos)- C (2 dedos MF). Para conseguir el tan necesario buen sellado facial, se debe realizar la triple maniobra: boca abierta, subluxación mandibular y extensión del cuello.

Posteriormente, en una secuencia normal de inducción anestésica, los fármacos se administrarán en el siguiente orden: analgésicos, hipnóticos y finalmente relajantes musculares.

Los analgésicos por excelencia serán los opioides, siendo el fentanilo y remifentanilo los más utilizados.

Entre los hipnóticos a utilizar nos encontramos dos tipos: los endovenosos y los inhalatorios. Dentro de los primeros el propofol, etomidato y ketamina son los más comunes y entre los segundos serán el sevoflurano y el isoflurano.

Finalmente tenemos los relajantes musculares, los cuales pueden ser despolarizantes o no despolarizantes. En el primer caso tenemos la succinilcolina (solo se usará en las inducciones por secuencia rápida que explicaremos más adelante) y en el segundo los más comúnmente utilizados son el vecuronio y cisatracurio.

Con el paciente ya relajado, el anestesista procederá a la intubación. La posición de la cabeza para la intubación endotraqueal mediante una laringoscopia directa es la llamada “posición de olfateo”. Para la cual se requiere la alineación de los ejes oral, faríngeo y laríngeo. Para ello eleva la cabeza unos 10 cm, mediante la colocación de una almohadilla debajo del occipucio, manteniendo los hombros sobre la mesa, se alinean los ejes laríngeo y faríngeo. Con la extensión posterior de la

cabeza a nivel de la articulación atlooccipital se obtiene la distancia más corta a una línea recta entre los dientes incisivos y la glotis. ANEXO 18 Y 19

La enfermera asistirá en el proceso, teniendo el tubo o DSG a mano, junto con el laringoscopio elegido por el anestesista, la jeringa (para inflar el globo) y la venda o esparadrapo para la sujeción.

Durante la laringoscopia el anestesista valorara la accesibilidad a la vía respiratoria mediante la prueba de Cormack y Lehane.

5.3.2 ESCALA DE CORMACK-LEHANE

Valora la dificultad para intubar al describir las estructuras visualizadas mediante la laringoscopia directa.⁸

- Grado I: Se observa el anillo glótico en su totalidad. (Intubación fácil).
- Grado II: Se observa comisura o mitad posterior del anillo glótico. (Intubación con cierto grado de dificultad).
- Grado III: Se observa sólo la epiglotis. (Intubación muy difícil pero posible).
- Grado IV: Imposibilidad para visualizar incluso la epiglotis. (Intubación muy difícil, posible con técnicas especiales)

Si la visualización de la glotis o cuerdas vocales no es posible el anestesista puede precisar de la colaboración del personal de enfermería (otras veces lo hará otro anestesista) para realizar la maniobra BURP, la cual consiste en el desplazamiento manual externo de la laringe mediante presión sobre el cartílago tiroideos (a diferencia de la presión cricoidea) en tres direcciones para exponer mejor la vía aérea: atrás (backward), hacia las vértebras cervicales; arriba (upward), tan lejos como se pueda (aunque no se recomienda más de 3 cm); ligeramente a la derecha (rightward)

⁸ **Vadillo Serra R, Carrero Soto H, Almeida Gutiérrez E.** Escala de Han: utilidad en la predicción de intubación difícil [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2015/am152c.pdf>

del paciente. Backward, Upward and Rightward Pressure o BURP. La maniobra BURP no se recomienda de rutina, quedando reservada para las actuaciones de ID extrema (grados III y IV).

Una vez introducido el tubo se infla el balón, se fija el tubo y se conecta a las tubuladuras del respirador para comenzar la ventilación mecánica.

Existe una variación en la inducción anestésica llamada SIR (secuencia de intubación rápida). “La secuencia de intubación rápida (SIR) se define como la administración de un agente hipnótico y un relajante neuromuscular de forma consecutiva (virtualmente simultánea), así como de otros procedimientos con el fin de facilitar la intubación orotraqueal en el paciente crítico y minimizar el riesgo de aspiración.” “La SIR se aplica frecuentemente en el ámbito quirúrgico, especialmente cuando la intervención es de carácter urgente, y cuando se requiere intubación orotraqueal en situaciones de emergencia tanto en los servicios de urgencias hospitalarias como extrahospitalarias”.⁹

Las indicaciones para una SIR son:

- Ingesta reciente o se desconoce la ingesta de alimentos.
- Obstrucción intestinal, incompetencia del esfínter esofágico inferior, Íleo paralítico-obstructivo.
- Gestación.
- Obesidad.
- Depresión del sistema nervioso central (bajo nivel de conciencia/coma).
- Politraumatismos con compromiso de la vía aérea.
- Insuficiencia respiratoria grave.
- Gran quemado.

En el momento de la intubación generalmente se precisa la realización de la maniobra de Sellick por parte de un colaborador, ya sea del colectivo de enfermería o anestesia si lo hay. “La maniobra de Sellick es la aplicación de fuerza sobre el cartílago cricoides para empujar la tráquea y

⁹ Parrilla Ruiz FM, Aguilar Cruz I, Cárdenas Cruz D, López Pérez L, Cárdenas Cruz A. Secuencia de intubación rápida [Internet]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>

comprimir el esófago contra las vértebras cervicales en un intento de ocluir el reflujo gástrico” (Gonzalez Echevarria, 2020).

La técnica consiste en localizar el cartílago tiroideo (nuez de Adán) con el dedo índice, se desliza este dedo índice hasta la base del cartílago cricoides y se intenta encontrar un anillo horizontal prominente debajo del cartílago tiroideo (cartílago cricoides). Con las yemas de los dedos pulgar e índice, se comprime con firmeza, desplazando el cartílago cricoides hacia atrás.

La maniobra debe ser sostenida por todo el tiempo que dure el proceso de intubación, por lo que no se deberá dejar de ejercer presión hasta que el globo del tubo sea inflado.

En la SIR el relajante muscular por excelencia será la succinilcolina, y en los casos de antecedentes de hipertermia maligna se puede usar el rocuronio.

5.4 LA ANESTESIA CAUDAL:

5.4.1 ANATOMIA

El hiato sacro se forma por la falta de fusión del quinto arco vertebral sacro, cuyo remanente está representado por dos prominencias óseas, conocidas como las astas del sacro, que constituyen la referencia anatómica mas importante en este bloqueo.

Estas dos astas se articulan a las astas del coxis, formando el hiato sacro, el cual es fácil de identificar en los niños.¹⁰

- El ligamento sacrococcígeo, está formado por varios ligamentos que unen el vértice del sacro a la base del coxis.
- El ligamento sacrococcígeo ventral, desciende sobre la superficie pélvica de la lámina del sacro y el coxis. El ligamento sacrococcígeo dorsal superficial, completa la parte inferior del canal sacro.

¹⁰ **Gomez LM.** Bloqueo caudal [Internet]. Anestesióloga, Universidad de Caldas. Disponible en: <https://www.anestesianimazione.com/2003/04e.asp>

- El ligamento sacrococcígeo dorsal profundo, se extiende desde la superficie dorsal de la quinta vértebra sacra, a la superficie dorsal del coxis (este es el ligamento que se perfora para entrar al espacio epidural).
- El ligamento entre las astas, une estas al coxis, y el ligamento sacrococcígeo lateral, conecta el coxis al ángulo lateral inferior del sacro.
- La médula espinal ocupa todo el canal vertebral, hasta el tercer mes de la gestación. A partir de este momento las vértebras crecen mas rápidamente que la médula. Así en el momento del nacimiento, la médula termina en L3; al año de edad, ya ha alcanzado el nivel del adulto. La duramadre, usualmente termina en el recién nacido a nivel de S3 y alcanza el nivel del adulto S1, en el segundo año de vida.
- La grasa epidural en niños menores de 6 años tiene consistencia semisólida, que facilita que los anestésicos locales se difundan uniformemente. Muchos autores han sugerido que estas características de la grasa epidural son en parte responsables de la extensión predecible del bloqueo caudal que ocurre en los niños y la limitada e impredecible extensión, por segmentos que se observa clínicamente en los adultos.

5.4.2 INDICACIONES

Este tipo de bloqueo, puede realizarse bajo anestesia general en plano superficial, o utilizado como técnica anestésica única.

Quirúrgicas:

- Cirugía en la cual existe patología del tracto respiratorio.
- Cirugía en abdomen superior, medio o inferior, que requiera niveles hasta T4.
- Cirugía en región inguinal.
- Cirugía pélvica.
- Cirugía urogenital.
- Cirugía ortopédica en extremidades inferiores.
- Cirugía anal, rectal, o perineal.
- Prematuros con historia de apnea en los que se quiere evitar la apnea posoperatoria.

Médicas:

- Cirugía de urgencias en pacientes con estómago lleno.
- Estado clínico muy deteriorado.
- Cirugía en pacientes con distrofia miotónica.
- En la diferenciación el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones de tipo vascular.

Para el tratamiento del dolor:

- Agudo.
- Crónico.
- Intraoperatorio.
- Postoperatorio inmediato y tardío.

5.4.3 CONTRAINDICACIONES

- Enfermedades del sistema nervioso central.
- Mielomeningocele.
- Enfermedades nerviosas o degenerativas de la medula espinal.
- Cirugías previas en la columna vertebral.
- Deformidades de la columna vertebral.
- Niños en muy malas condiciones físicas por la patología que padecen.

5.4.4 TECNICA:

Posición: Se utilizan dos posiciones.:

Decúbito prono: Los brazos se colocan hacia adelante. El tronco y las extremidades inferiores deben formar un ángulo de 35°, con la horizontal. Posición de navaja.

Se debe colocar a nivel de las espinas ilíacas anterosuperiores una almohadilla, maniobra que mejora la exposición del sacro, con la precaución de que no se compriman las ramas de la vena cava inferior. Si los pies miran hacia adentro, y los tobillos hacia afuera, se logra la relajación de los glúteos, especialmente del glúteo mayor.

Decúbito lateral: Es la posición mas usada. La cadera y las rodillas se flejan en un ángulo de 90°, con relación al cuerpo. ANEXO 19

5.4.5 PUNTOS DE REFERENCIA:

Se palpan las apofisis espinosas de las vértebras sacras, es decir, la cresta media; después de la 4ª vértebra sacra se percibe una depresión que constituye, el vértice de un triángulo equilátero, cuya base está formada por una línea imaginaria que se traza entre las astas del sacro. Localizado el vértice, se debe palpar a los lados las astas del sacro.

Si no se logran palpar las astas del sacro, se toca la punta del coxis y se sigue su superficie hasta percibir la depresión que corresponde al vértice del hiato sacro. Otra ayuda la constituye el promedio de la distancia entre la punta del coxis y el sitio de punción en el hiato sacro, según las diferentes edades Una línea imaginaria trazada por la mitad del fémur, y proyectada en la línea media de la espalda, coincidirá con el vértice del triángulo equilátero.

La inserción de los pliegues glúteos en la línea media coincide usualmente con la base del hiato sacro. ANEXO 21

Luego de localizados los puntos de referencia anatómica, se procede a :

- Asepsia y antisepsia de la piel de área coxígea y sacro-lumbar.
- Debe aislarse el área anal, introduciendo gasas entre los pliegues glúteos, y a continuación colocando una compresa, para evitar la contaminación del sitio de punción.
- En seguida debe aislarse toda el área, dejando al descubierto solo la zona de punción.
- Determinado el sitio de la punción se perfora la piel con una aguja número 21 diferente a la que va a ser utilizada en la punción peridural caudal, con el fin de abolir la posibilidad

de arrastre de bacterias, células epiteliales o las soluciones de antisepsia hacia el espacio epidural caudal.

- Una gran variedad de calibres de aguja, han sido utilizados, las agujas hipodérmicas de calibre 22 de bisel corto facilita la percepción de pérdida de resistencia.. En niños menores de 1 año, se recomienda agujas de bisel corto 23-25 de 5/8 de pulgada.
- Con la aguja de punción, se penetra el ligamento sacrococcigeo dorsal profundo, en un ángulo de 90 y, a continuación, se cambia la dirección de la aguja de 20-40 , con respecto a la piel, para entrar en el espacio epidural. El bisel debe penetrar paralelo a las fibras longitudinales del ligamento, para evitar su disrupción.
- En los menores de dos años de edad, no se debe avanzar la aguja mas de un cm. en mayores de esta edad se muestra en la tabla anterior, el promedio de penetración.
- Se deja la aguja de punción colocada en el espacio epidural, mientras se preparan las soluciones que se van a inyectar. Este tiempo permitirá la observación de la aparición de L.C.R. o de sangre, por la punción accidental de la duramadre o de un vaso epidural.
- Antes de comenzar la inyección, se coloca la mano sobre la espalda fijando la aguja de punción, maniobra que permite detectar la inyección subcutánea, en caso de que esta ocurra.
- Previa aspiración se inyecta la dosis de prueba, con 0.1 ml/kg, máximo 3 ml de volumen total de lidocaina al 1.0%, con epinefrina 1:200.000 unidades Se observa el EKG durante 30 segundos y la forma de la onda T. Si hay toxicidad (por perforación de la duramadre o inyección en un vaso epidural), se notará depresión de la onda T, hipotensión arterial, arritmias y todos los signos de toxicidad sistémica.
- Si se desea un bloqueo prolongado, puede ser insertado un catéter epidural a través de el hiato sacro¹¹

¹¹ **Gomez LM.** Bloqueo caudal [Internet]. Anestesióloga, Universidad de Caldas. Disponible en: <https://www.anestesiarianimazione.com/2003/04e.asp>

5.4.6 COMPLICACIONES

- Penetración en el espacio subaracnoideo, por punción de la duramadre que no tiene consecuencias si no se ha inyectado la solución.
- La siembra de células de la piel, lleva a la formación de un tumor dermoide, cuando se utiliza la misma aguja para la perforación de la piel y la penetración en el espacio epidural.
- Punción vascular, que no es infrecuente y no tiene consecuencias si no se ha inyectado la solución anestésica.
- Inyección intraósea
- Hipotensión, que es mas frecuente en mayores de 8 años.
- Infección localizada en el sitio de la punción o generalizada.
- Vómito, prurito y fiebre: son raros y se presentan en orden decreciente en frecuencia.
- Paro cardíaco que se presenta en los casos de toxicidad sistémica.
- Formación de hematoma epidural o absceso epidural.
- Aracnoiditis.
- Falla en el bloqueo.

5.4.7 FASE DE MANTENIMIENTO

Es la fase de la anestesia general durante la que se produce el acto quirúrgico. El principal objetivo será el de mantener las condiciones óptimas para que la cirugía se pueda realizar correctamente, así como mantener las funciones vitales del paciente.

Existen tres modalidades de anestesia general: inhalatoria, total intravenosa (TIVA) o la más comúnmente utilizada en la actualidad, anestesia balanceada.

- Inhalatoria: es la más antigua de todas, pero actualmente está cayendo en desuso, usándose exclusivamente en cirugías muy cortas y en lactantes o niños. Consiste en utilizar solo gases anestésicos durante todo el proceso de la anestesia general.

- TIVA o anestesia total intravenosa: Consiste en la utilización solo de fármacos intravenosos. Para la inducción se utilizarán hipnóticos, opiáceos y relajantes musculares en bolo, y en la fase de mantenimiento se emplearán bombas de perfusión para conseguir niveles plasmáticos constantes de los fármacos necesarios. Para este tipo de anestesia se precisan fármacos de vida media corta, que permitan una fácil variación o interrupción del efecto, en función de las necesidades quirúrgicas.
- Anestesia balanceada: esta modalidad de anestesia combina anestésicos inhalados con intravenosos. Normalmente usa los fármacos inhalados como hipnóticos para después realizar la relajación muscular y analgesia con fármacos intravenosos, ya sea en bolo o mediante bombas de perfusión.

En esta fase de mantenimiento deberá mantenerse la homeostasis del paciente, mediante una adecuada hidratación, mantenimiento de la temperatura corporal (calentadores de líquidos, mantas de calor, etc.) o aportando aquello que sea necesario a cada paciente (cristaloides, coloides, transfusión sanguínea, hipertensores, hipotensores, etc.). Los ojos deben lubricarse para que no se lesionen durante la cirugía.

No se debe descuidar la función de la enfermera de anestesia en esta fase, ya que, suele ocurrir que al inicio del acto quirúrgico la enfermera circulante precisa de la ayuda de la enfermera de anestesia. Sin embargo, el papel de la enfermería en el mantenimiento anestésico es fundamental y se debe tener presente.¹²

5.4.8 FASE DE EDUCIÓN O DESPERTAR

Consiste en la transición del estado inconsciente al consciente y con la recuperación de reflejos de protección intactos. Esto lo convierte en una fase especialmente sensible y que se debe tomar con la calma y cautela necesarias.

¹² SALUSPLAY. Tema 6. Anestesia general [Internet]. [citado 14 ene 2026]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/quiroyfano-y-anestesia/tema-6-anestesia-general>

El anestesiista procederá a la disminución progresiva de los fármacos hipnóticos y opiáceos hasta la interrupción definitiva. En función del tipo de intervención que se haya realizado al paciente, los opiáceos se reducirán lo suficiente para no producir depresión respiratoria, pero se mantendrán en niveles plasmáticos óptimos para paliar el dolor.

En el caso del relajante muscular, además de interrumpirlo, puede ser necesario antagonizarlo, por lo que hay que tener a mano el correspondiente antagonista.

Siempre hay que estar preparados ante posibles complicaciones en la extubación (broncoespasmo, broncoaspiración, laringoespasmo, etc.), por ello deberá tenerse a mano: un tubo endotraqueal o DSG del calibre utilizado y medio menor, laringoscopio, jeringa, un fármaco hipnótico, broncodilatador y relajante muscular de acción rápida. Al igual que en la inducción el carro de ventilación difícil y de parada cardiorrespiratoria deberán estar cerca.

La enfermera colaborará con el anestesiista en el despertar del paciente, administrando o interrumpiendo la medicación que se le indique, desinflando el globo del tubo, soltando la fijación del tubo, o acercando la mascarilla facial cuando sea necesario. En esta fase es importante que siempre haya alguien pegado al paciente, ya que, en ocasiones, se despiertan bruscamente y pueden caerse de la cama o hacerse daño.

La educación no siempre se lleva a cabo, dado que a veces no es posible o el anestesiista decide no despertar al paciente en ese momento. En este caso, se deberá revisar que las bombas de perfusión de hipnóticos y relajantes musculares tengan suficiente volumen para aguantar el traslado hasta la unidad de reanimación o UCI. También se deberá cambiar la sujeción del tubo si se viese endeble o sucia.

5.5 FASE DE POSTOPERATORIO INMEDIATO

Aunque esta fase, hay algunos aspectos que nos gustaría recalcar. Cuando el paciente se encuentra hemodinámica mente estable y el anestesiista da el visto bueno, se procederá al traslado de este a la URPA o en los casos necesarios, a la reanimación o UCI. En dicho traslado, al paciente lo deben acompañar SIEMPRE un anestesiista y una enfermera o anestesiista y residente, siempre en función del protocolo del hospital en el que se encuentre.

Antes de salir del quirófano la enfermera circulante deberá tener preparado todo lo necesario para el traslado:

- Ambu, Mascarilla facial.
- Maletín de medicación de traslado.
- Informes del paciente.
- Tubo endotraqueal y jeringa (sobre todo en los pacientes que son trasladados intubados, ya que, accidentalmente puede salirse el tubo).
- Monitor de traslado, Bala de oxígeno.
- Respirador portátil programado y revisado por el anestesista (si el paciente sale intubado).

Se revisarán todos los catéteres, sondas y drenajes, que estén permeables y en perfectas condiciones para el traslado. El tiempo que pase el paciente en la URPA lo debe indicar el anestesista en la hoja de anestesia y mientras este en dicho servicio, el responsable médico será el anestesista.

Durante la primera hora después de la anestesia general la vigilancia al paciente debe ser estrecha. Nada más llegar a la URPA se le debe monitorizar (ECG, TA y pulsioximetría) y revisar que todos los catéteres, sondas y drenajes están permeables y correctamente colocados.

CAPITULO VI

6.0 POBLACIÓN

Durante la realización de la pasantía de práctica profesional en el Hospital Nacional Benjamín Bloom, se tuvo la oportunidad de aplicar y fortalecer los conocimientos teóricos y técnicos adquiridos en el área de anestesiología, orientados a la atención de la población pediátrica. Esta experiencia permitió el desarrollo de competencias clínicas en un entorno hospitalario real, bajo la supervisión de profesionales especializados, enfrentando situaciones propias de la práctica anestésica pediátrica.

La pasantía contribuyó significativamente al proceso de formación profesional, favoreciendo la adquisición y perfeccionamiento de habilidades prácticas, así como la correcta aplicación de técnicas anestésicas en neonatos e infantes. Asimismo, esta experiencia permitió comprender la importancia del trabajo interdisciplinario y la toma de decisiones clínicas fundamentadas, garantizando procedimientos anestésicos seguros, eficaces y confiables para una población considerada altamente vulnerable. El Hospital Nacional Benjamín Bloom se caracteriza por su compromiso con la atención pediátrica especializada, proporcionando un enfoque integral en el manejo anestésico. La institución cumple con altos estándares de calidad y seguridad, prestando especial atención al manejo de la vía aérea y a la implementación de técnicas anestésicas adecuadas según las condiciones clínicas de cada paciente.

En conclusión, la pasantía realizada en el Hospital Nacional Benjamín Bloom representó una experiencia formativa de gran relevancia, ya que fortaleció las competencias profesionales y éticas en el ejercicio de la anestesia pediátrica. Asimismo, reafirmó la importancia de la formación continua y del compromiso con la excelencia en la atención anestésica brindada a la población pediátrica.

6.1 MÉTODO

El objetivo de la pasantía de práctica profesional es cumplir de manera satisfactoria con el desarrollo, ejecución y finalización de las actividades y responsabilidades asignadas durante el período comprendido de julio a diciembre del año 2025, contribuyendo al fortalecimiento de las competencias profesionales, técnicas y éticas del pasante en el ámbito hospitalario.

Durante los seis meses de duración de la pasantía, la jefatura correspondiente asignará actividades en diversas áreas del hospital, permitiendo una formación integral mediante la rotación por distintos servicios. Entre las áreas contempladas se incluyen el centro quirúrgico, donde se participará en cirugías generales electivas y ambulatorias; los quirófanos de emergencia; la unidad de quemados del servicio de cirugía plástica; el área de pequeña cirugía, que abarca el área limpia, ortopedia y el cuarto séptico; el servicio de tomografía axial computarizada (TAC); así como la consulta externa, en la cual se realizarán procedimientos de otorrinolaringología, gastroenterología y cirugía maxilofacial. Asimismo, se contemplará la rotación por áreas extrahospitalarias, específicamente en el Hospital El Salvador y el Hospital Zacamil, con el fin de ampliar la experiencia clínica en diferentes contextos asistenciales.

De manera diaria y sistemática, se llevará a cabo el registro de los datos correspondientes a cada manejo anestésico administrado durante el turno asignado. Dicho registro permitirá documentar la práctica clínica realizada, facilitar el análisis de los procedimientos efectuados y contribuir a la evaluación del aprendizaje adquirido durante la pasantía. Además, esta actividad favorecerá el desarrollo de habilidades en la recolección y manejo de información clínica, respetando los principios éticos, la confidencialidad del paciente y las normativas institucionales vigentes.

6.2 TÉCNICA

Al concluir la pasantía de práctica profesional, se habrá completado la recolección de datos correspondiente a un período de seis meses. Dicha información incluirá variables del paciente tales como: nombre completo, edad, especialidad médica, clasificación ASA, procedimiento quirúrgico, peso, así como el tipo de manejo anestésico seleccionado.

6.3 INSTRUMENTOS

Programación de turnos y especialidad a cubrir durante el turno asignado.

Registro detallado de cada turno asignado.

Llenado de hojas de datos con la información de los pacientes y los manejos anestésicos realizados.

CAPITULO VII

7.0 CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO

Durante el desarrollo de la pasantía de práctica profesional en el área de anestesiología del Hospital Nacional Benjamín Bloom, se buscó ofrecer apoyo profesional en cada una de las especialidades, brindando así una atención de calidad a la población pediátrica. El objetivo fue proporcionar un manejo anestésico seguro y confiable, contribuyendo a una pronta recuperación de los pacientes tras sus intervenciones quirúrgicas.

7.1 LIMITACIONES

Durante el desarrollo de la pasantía profesional, tanto a nivel institucional como en el ámbito práctico, se identificaron diversas restricciones y limitaciones, entre las cuales se destacan las siguientes:

- Deficiencia en la disponibilidad de insumos médicos
- No disponibilidad de quirófanos debido a la restauración de las áreas
- Acceso limitado a determinadas áreas de la institución.
- Condiciones clínicas variables de los pacientes, que restringieron la realización de algunos procedimientos.
- Disminución de la práctica en determinados tipos de manejo anestésico.
- Carencia de medicamentos necesarios para la realización de procedimientos quirúrgicos.
- Insuficiencia de conocimientos específicos en el manejo de complicaciones anestésicas en pacientes pediátricos.

CAPITULO VIII

8. RECURSOS TECNOLÓGICOS, DIDÁCTICOS Y MATERIALES.

8.1 RECURSOS TECNOLÓGICOS

Durante el desarrollo de la pasantía de práctica profesional se dispuso de diversos recursos tecnológicos que facilitaron tanto la atención anestésica como la adecuada organización y registro de la información clínica. Entre estos recursos se incluyeron equipos de monitoreo, dispositivos para la administración de anestesia y sistemas de registro de pacientes, los cuales contribuyeron a garantizar una práctica clínica más segura, eficiente y orientada a la calidad, además de favorecer el fortalecimiento de las competencias profesionales.

8.2 RECURSO TECNOLÓGICO

En el ámbito académico, para la realización de exposiciones y actividades formativas se contó con el apoyo de recursos audiovisuales, tales como proyectores, televisores con entrada HDMI, computadoras portátiles y tabletas, los cuales facilitaron el proceso de enseñanza-aprendizaje y la presentación de contenidos relacionados con la práctica anestésica.

En el área clínica, se tuvo acceso a máquinas de anestesia en óptimas condiciones de funcionamiento, entre ellas DRÄGER Fabius Plus, Spacelabs, Ohmeda Datex y Mindray A5, así como monitores de signos vitales fijos y de transporte. Asimismo, se dispuso de videolaringoscopia con hoja Macintosh número 3, fibroscopio, bombas de infusión (Space y Compact de B. Braun), equipos para monitoreo de presión invasiva y monitoreo BIS.

8.2 RECURSOS DIDÁCTICOS

Durante la pasantía de práctica profesional se emplearon diversos recursos didácticos orientados a facilitar el aprendizaje y la consolidación de competencias en el área de anestesiología pediátrica. Entre ellos se utilizaron referencias bibliográficas especializadas relacionadas con el manejo anestésico del paciente pediátrico, así como la elaboración y presentación de exposiciones grupales sobre temas previamente asignados y vinculados a la práctica anestésica.

CAPITULO IX

9.0 CONCLUSIONES

El logro de los objetivos propuestos durante la pasantía favorece un desarrollo integral en el ámbito de la anestesiología pediátrica, fortaleciendo las competencias clínicas y técnicas necesarias para proporcionar una atención segura, eficaz y de calidad a la población infantil. La integración del aprendizaje práctico, la identificación oportuna de riesgos y el compromiso con la formación continua constituyen elementos esenciales para el desempeño adecuado en esta área, contribuyendo de manera directa al bienestar y la seguridad de los pacientes pediátricos.

La adecuada articulación entre los conocimientos teóricos y la práctica clínica resulta indispensable en la formación del profesional en anestesia pediátrica. Esta integración permite optimizar el manejo anestésico en procedimientos quirúrgicos y ambulatorios, así como reforzar las medidas de seguridad del paciente, aspecto prioritario en la atención de niños y neonatos. Asimismo, la experiencia adquirida en la preparación de equipos y fármacos anestésicos, junto con el monitoreo constante y el manejo oportuno de posibles complicaciones, fortalece la capacidad de toma de decisiones en situaciones críticas. Estas habilidades son determinantes para minimizar riesgos y mantener la estabilidad del paciente durante el período perioperatorio.

El desarrollo y la adaptación de técnicas anestésicas de acuerdo con las distintas especialidades quirúrgicas permiten brindar un abordaje individualizado a cada paciente pediátrico, favoreciendo una comprensión más amplia de las diversas necesidades clínicas que pueden presentarse en este grupo etario. Finalmente, la participación activa en actividades de educación continua y la actualización permanente sobre los avances en anestesiología pediátrica son fundamentales para sostener altos estándares de práctica profesional. Este compromiso con el aprendizaje constante no solo fortalece el desempeño del profesional, sino que también repercute positivamente en la calidad de la atención anestésica brindada a la población pediátrica.

9.1 RECOMENDACIONES

- Garantizar que todas las decisiones y prácticas anestésicas se fundamenten en principios éticos y profesionales, priorizando en todo momento la seguridad, el bienestar y los derechos de los pacientes pediátricos.
- Fomentar el trabajo en equipo interdisciplinario con cirujanos, enfermería y otros profesionales de la salud, lo cual permite una atención integral, mejora la coordinación durante los procedimientos y reduce el riesgo de eventos adversos.
- Promover la participación en sesiones clínicas, discusiones de casos y actividades académicas institucionales, con el objetivo de fortalecer el razonamiento clínico y el aprendizaje basado en la experiencia.
- Participar en talleres de simulación de alta fidelidad que permitan la práctica de situaciones de emergencia y el manejo de complicaciones anestésicas. Esta estrategia contribuye al fortalecimiento de la confianza, la destreza técnica y la capacidad de respuesta ante escenarios críticos en un entorno controlado y seguro.
- Buscar la guía y supervisión de anesthesiólogos con amplia experiencia clínica, ya que la mentoría proporciona una perspectiva profesional valiosa, favorece el desarrollo de habilidades clínicas y apoya la toma de decisiones oportunas durante los procedimientos anestésicos.
- Desarrollar, actualizar y aplicar protocolos estandarizados para la preparación del paciente, la administración de la anestesia y el manejo de emergencias, con el objetivo de garantizar la uniformidad, seguridad y calidad en la atención anestésica.
- Aprovechar los cursos en línea, seminarios web y la literatura científica actualizada relacionada con los avances en anestesiología pediátrica, con el fin de mantenerse actualizado y fortalecer el conocimiento teórico. Las plataformas digitales ofrecen flexibilidad y acceso a información especializada..
- Fortalecer las habilidades de comunicación interpersonal para interactuar de manera efectiva con los padres y cuidadores, brindando información clara y comprensible sobre los procedimientos anestésicos, resolviendo dudas y disminuyendo los niveles de ansiedad.

9.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes A. Benjamín Bloom y su legado en El Salvador [Internet]. 2023. [citado 16 ene 2026]. Disponible en: <https://guanacos.com/benjamin-bloom>
2. SALUSPLAY. Tema 6. Anestesia general [Internet]. [citado 14 ene 2026]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/quiropano-y-anestesia/tema-6-anestesia-general>
3. **Soler E, Faus MT, Burguera R, Fernandez JA, Mula P.** Anestesiología [Internet]. Disponible en: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP02.pdf>
4. **Cobo García B.** Valoración preoperatoria de la vía aérea difícil: ¿hay algo nuevo? [Internet]. 2015. Disponible en: <https://anestesar.org/2015/valoracion-preoperatoria-de-la-via-aerea-dificil-hay-algo-nuevo>
5. **Vadillo Serra R, Carrero Soto H, Almeida Gutiérrez E.** Escala de Han: utilidad en la predicción de intubación difícil [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2015/am152c.pdf>
6. **Mariscal ML, Pindado ML, Rey F, Arrázola B, Engel W.** Valoración y predicción de la vía aérea difícil [Internet]. Disponible en: <https://arydol.com/temas/secciones/via-aerea/via-aerea-dificil/valoracion-y-prediccion-de-la-via-aerea-dificil/>
7. SALUSPLAY. Tema 6. Anestesia general [Internet]. [citado 14 ene 2026]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/quiropano-y-anestesia/tema-6-anestesia-general>
8. **Vadillo Serra R, Carrero Soto H, Almeida Gutiérrez E.** Escala de Han: utilidad en la predicción de intubación difícil [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2015/am152c.pdf>
9. **Parrilla Ruiz FM, Aguilar Cruz I, Cárdenas Cruz D, López Pérez L, Cárdenas Cruz A.** Secuencia de intubación rápida [Internet]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
10. ¹ **Gomez LM.** Bloqueo caudal [Internet]. Anestesióloga, Universidad de Caldas. Disponible en: <https://www.anestesianimazione.com/2003/04e.asp>

ANEXOS

ANEXO 1:
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA



PASANTIA DE PRACTICA PROFESIONAL

INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE NIÑOS “BENJAMÍN BLOOM”, DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL AÑO 2025.

PRESENTADO POR:

SOFIA LORENA NAVAS VASQUEZ

PARA OPTAR AL TITULO DE:

LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA

ASESOR:

LIC. LUIS EDUARDO RIVERA SERRANO

CIUDAD UNIVERSITARIA, “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR,
FEBRERO 2026

ANEXO 2: CARTA DE EGRESO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA
Teléfono: 2225-8017

CARTA DE EGRESO

LA INFRASCRITA ADMINISTRADORA ACADÉMICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR HACE CONSTAR QUE: Navas Vásquez, Sofía Lorena con Carné NV20002 de conformidad al Artículo 183 del Reglamento de la Gestión Académico-Administrativa de la Universidad de El Salvador, EGRESÓ de la carrera de Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia, en el Ciclo II del Año Académico 2024, habiendo cumplido con los requisitos establecidos en su plan de estudios (1997), con 181 Unidades Valorativas.

Por tanto, de conformidad al Artículo 184 del Reglamento antes referido, la vigencia de su calidad de Egresada es de tres años lectivos, venciendo dicha calidad en el ciclo II del año académico 2027.

Y para los efectos legales correspondientes se extiende, firma y sella la presente, en San Salvador, a los dos días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro.



Josefa Adilia Moran-Lemus
Msc. Josefa Adilia Moran-Lemus
ADMINISTRADORA ACADÉMICA



398165094414222000220241202093415-1044381-1184006

ANEXO 3: CONSTANCIA DE AUTORIZACION DE SERVICIO SOCIAL



Ciudad Universitaria
"Dr. Fabio Castillo Figueroa",
Final Av. Mártires Estudiantes
del 30 de julio, San Salvador, El Salvador.

Apartado Postal 3110
proyección.socialfm@ues.edu.sv

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

El infrascrito jefe de la Unidad de Proyección Social por este medio hace constar que la bachiller NAVAS VASQUEZ, SOFIA LORENA con carné NV20002 egresada de la carrera LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA ha inscrito su servicio social en esta unidad para el presente año lectivo 2025.

Por lo que se le autoriza la realización de su Servicio Social, el cual realizará del 03 de enero de 2025 al 30 de junio de 2025 en carácter AD-HONOREM, en el Hospital Nacional De Niños Benjamín Bloom, San Salvador.

Y para usos internos de la Universidad se le extiende la presente a los diez días del mes de julio de dos mil veinticinco.

“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”



Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán
A.I. Jefe en Funciones de la Unidad de Proyección Social

ANEXO 4: MEMORANDUM

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM



MEMORANDUM

No.008

PARA: Licda. Idy Senayda Bernal Morales
Sub-Jefe Servicio de Anestesiología

DE: Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director Hospital Especializado

FECHA: 7 de enero de 2025

Por este medio comunico a usted, que se ha autorizado a **SOFIA LORENA NAVAS VASQUEZ**, para que realice su Servicio Social como Estudiante de la Carrera de **Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia**, a partir del **03 de enero de 2025** al **30 de junio de 2025**, en el **Servicio de Anestesiología** de este Centro Hospitalario, en carácter Ad-Honorem, quien es egresado(a) de la **Universidad de El Salvador**.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

Ra./

ANEXO 5: CARTA DE ACEPTACION SERVICIO SOCIAL

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



San Salvador, 7 de enero de 2025

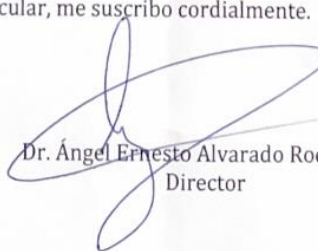
Oficio No. 015

Señores
Junta de Vigilancia de la Profesión Médica
Presente

Por este medio comunico a usted, que se ha autorizado a **SOFIA LORENA NAVAS VASQUEZ**, para que realice su servicio social como Estudiante de la Carrera de **Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia** a partir del **03 de enero de 2025 al 30 de junio de 2025** en el **Hospital Nacional Especializado de Niños Benjamín Bloom**, En carácter Ad-Honorem, quien es egresado(a) de la **Universidad de El Salvador**.

Lo que hago de su conocimiento para efectos de asignación del número de Junta de Vigilancia Provisional.

Sin más sobre el particular, me suscribo cordialmente.


Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director



Ra./

ANEXO 6: CONSTANCIA DE FINALIZACION DE SERVICIO SOCIAL

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



CONSTANCIA DE FINALIZACION DE SERVICIO SOCIAL

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, con fundamento en el art. 20 de la Ley del sistema Básico de Salud Integral, y de conformidad con la Resolución N^o 286 de fecha siete de julio de dos mil veinticinco, **HACE CONSTAR QUE: SOFIA LORENA NAVAS VASQUEZ**, egresada de la Carrera de **Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia**, de la Universidad de El Salvador, realizó su Servicio Social en carácter ad-honorem, en el periodo comprendido del 03 de enero de 2025 al 30 de junio de 2025, en el **Servicio de Anestesiología**.

Por lo que se extiende la presente en Distrito San Salvador Centro, a los siete días del mes de julio de dos mil veinticinco, para los efectos que estime pertinente.



Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director

Ra. /

ANEXO 7: CERTIFICADO DE FINALIZACION DE SERVICIO SOCIAL



Ciudad Universitaria
"Dr. Fabio Castillo Figueroa",
Final Av. Mártires Estudiantes
del 30 de julio, San Salvador, El Salvador.

Apartado Postal 3110
proyeccion.socialfm@ues.edu.sv

CERTIFICADO DE FINALIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

El Señor Vicedecano y el infrascrito Jefe de la Unidad de Proyección Social de la Facultad de Medicina, por este medio hacen constar que la bachiller NAVAS VASQUEZ , SOFIA LORENA con carné NV20002 egresada de la carrera LICENCIATURA EN ANESTESIOLOGÍA E INHALOTERAPIA ha finalizado satisfactoriamente su servicio social, el cual fue realizado del 03 de enero de 2025 al 30 de junio de 2025, en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, San Salvador. Con carácter Ad-honorem.

Por lo que se le extiende la presente certificación de finalización para efectos de apertura de su expediente de graduación a los diez días del mes de julio de dos mil veinticinco.

“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”



Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán
Vicedecano y A.I. Jefe en Funciones de la Unidad de Proyección Social

ANEXO 8: SELLO Y CARNET PROVISIONALES

Que el ejercicio de las profesiones que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, sera vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión con base en el **Art. 68 C.N.** con las facultades para **suspender en el ejercicio profesional** a los miembros del gremio bajo su control con base en los **Art. 287 y 314 Código de Salud.**

Dra. Cecilia Belem
Osorio Chávez
Presidenta

Dra Elsa Beatriz
Arévalo García
Secretaria



EG0106085/2025

CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA DE EL SALVADOR
PROVISIONAL
JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA

SOFIA LORENA NAVAS VÁSQUEZ

EGRESADO EN LIC. EN
ANESTESIOLOGIA E
INHALOTERAPIA

ID: JVPM-085/2025
Emisión: 01-01-2025 Vence: 31-03-2025

ANEXO 9: SOLICITUD DE PASANTIA



Ciudad Universitaria 5 de mayo de 2025

Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director del Hospital de niños Benjamin Bloom
PRESENTE

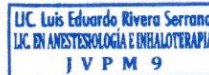
El motivo de la presente es para solicitarle interponga sus buenos oficios para autorizar a los bachilleres Karla María Cortez Cornejo con DUI 06017997-4, Yesenia Marisol Martínez Morán con DUI 05718159-8, Jenniffer Gabriela Mendoza Lima con DUI 06324591-0, Sofía Lorena Navas Vásquez con DUI 06276359-1, Yesica Vanessa Sánchez Portillo con DUI 05369001-6, Kevin Fernando Tobías Monge con DUI 05782670-8 y Nicole Stephanie Valle Flores con DUI 06257034-6 a realizar la pasantía de práctica profesional de 6 meses a partir del mes de julio a diciembre de 2025 en el hospital Bloom en el área de anestesia.

Actualmente los bachilleres están realizando el servicio social en el hospital por lo que ya tienen experiencia en las diferentes labores en el área de anestesiología.

Sin más que agregar.

Karla María Cortez Cornejo _____
Yesenia Marisol Martínez Morán _____
Jenniffer Gabriela Mendoza Lima _____
Sofía Lorena Navas Vásquez _____
Yesica Vanessa Sánchez Portillo _____
Kevin Fernando Tobías Monge _____
Nicole Stephanie Valle Flores _____

Atte. Lic. Luis Eduardo Rivera Serrano
Coordinador de Procesos de Grado
Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Ciencias de la Salud
Carrera de Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia



Final 25 av. Norte, Ciudad Universitaria, San Salvador, El Salvador
Correspondencia

ANEXO 10: CARTA DE ACEPTACION DE PASANTIA

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



San Salvador, 25 de junio de 2025

Oficio No. 177

Señores
Junta de Vigilancia de la Profesión Médica
Presente

Por este medio comunico a usted, que se ha autorizado a **SOFIA LORENA NAVAS VASQUEZ**, para que realice **Pasantía** como Estudiante de la Carrera de **Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia** a partir del **1 de julio de 2025** al **31 de diciembre de 2025** en el **Hospital Nacional Especializado de Niños Benjamín Bloom**, En carácter Ad-Honorem, quien es egresado(a) de la **Universidad de El Salvador**.

Lo que hago de su conocimiento para efectos de asignación del número de Junta de Vigilancia Provisional.

Sin más sobre el particular, me suscribo cordialmente.


Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director



Ra./

ANEXO 11: ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARÍA

Lugar y Fecha: San Salvador, 14 de noviembre de 2025
Ramo: Ministerio de Educación
Dependencia: Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Tipo de Acuerdo: Académico
Asunto: Inscripción de Tema del Proceso de Grado y Docente asesor /Modalidad Pasantía de Practica Profesional
A: **MsC. Mónica Raquel Ventura de Ramos**, Directora de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina
Acuerdo No: **1694-25**

*CORRECTO I

Para su conocimiento y efectos legales consiguientes, transcribo a ustedes el Acuerdo No. **1694-25** de la Sesión Ordinaria No. 03/2025 de Junta Directiva de esta Facultad (2025-2027), celebrada el martes 11 de noviembre de 2025, que dice: **"IV(2)TRAMITES ESTUDIANTILES** La MSc. Mónica Raquel Ventura de Ramos, directora de la Escuela de Ciencias de la Salud, atendiendo la petición del director de la carrera de Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia, **SOLICITA INSCRIPCIÓN DE PASANTÍA DE PRÁCTICA PROFESIONAL Y DOCENTE ASESOR**, como parte del proceso de grado bajo la modalidad de Pasantía de Practica Profesional, a favor de siete estudiantes egresados en el ciclo II-2024. REF.ECS.REF-398-2025. (06/11/2025).

La Junta Directiva de la Facultad de Medicina, **CONSIDERANDO:**

- a) El director de la Carrera de Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia, Msp. Luis Alberto Guillen García, solicita aprobar la solicitud de Inscripción de Tema y Docente Asesor en **Modalidad Pasantía de Practica Profesional** para siete estudiantes: Br. Yesenia Marisol Martínez Morán, DUE MM19212, Br. Yesica Vanessa Sánchez Portillo, DUE SP17003, Br. Kevin Fernando Tobías Monge, DUE TM20003, Br. Karla María Cortez Cornejo, DUE CC19072, Sofia Lorena Navas Vásquez, DUE NV20002, Br. Jenniffer Gabriela Mendoza Lima, DUE ML19052, y Br. Nicole Stephanie Valle Flores, DUE VF20010. Egreso Ciclo II-2024.
- b) En conformidad a lo establecido en el **Art. 194 del Reglamento de la Gestión Académico Administrativo de la Universidad de El Salvador**: El Coordinador de los procesos de Graduación correspondiente, remitirá a la Junta Directiva de la Facultad, la propuesta para designar Docentes Directores y la temática a investigar por parte del los estudiantes.

Junta Directiva de la Facultad de Medicina, con base al **Artículo 194 y 197** del Reglamento de la Gestión Académico-Administrativa de la Universidad de El Salvador, tomando en cuenta la opinión de los honorables miembros de esta Junta Directiva y por unanimidad de votos a favor de los Presentes (7), cero en contra y cero abstenciones, **ACUERDA:**

Siguiente Página 1 de 3

APROBAR INSCRIPCIÓN DE TEMA Y DOCENTE ASESOR correspondiente al Proceso de Grado bajo la modalidad de Pasantía de Práctica Profesional para siete estudiantes egresados en el ciclo académico II del año 2024, de la Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia, el cual se desarrollara durante el periodo del ciclo II-2025 (del 01 de julio al 31 de diciembre de 2025) de acuerdo con el siguiente detalle:

Nº	ESTUDIANTE	CARNET	TEMA Y PLAN DE ACCION	DOCENTE ASESOR
1	Yesenia Marisol Martínez Morán	MM 19212	INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO DE NIÑOS "BENJAMÍN BLOOM", DURANTE LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE DEL AÑO 2025.	Ldo. Luis Eduardo Rivera Serrano
2	Yesica Vanessa Sánchez Portillo	SP 17003		
3	Kevin Fernando Tobías Monge	TM 20003		
4	Karla María Cortez Cornejo	CC 19072		
5	Sofía Lorena Navas Vásquez	NV 20002		
6	Jenniffer Gabriela Mendoza Lima	ML 19052		
7	Nicole Stephanie Valle Flores	VF 20010		

Lo que hago de su conocimiento, para los efectos legales consiguientes.

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquin

SECRETARIO

cc.. Archivo



*CORRECTO: A solicitud de la carrera se corrige el nombre de la Br. #2(26/11/2025)

*CORRECTO I: A solicitud de la Carrera se corrige el nombre de la Br. #6 (28/11/2025)

ANEXO 12: CARTA DE FINALIZACION DE PASANTIA

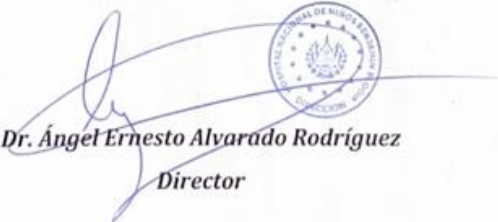
HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



CONSTANCIA DE FINALIZACION DE PASANTIA

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, con fundamento en el art. 20 de la Ley del sistema Básico de Salud Integral, y de conformidad con la Resolución N° 017 de fecha siete de enero de dos mil veintiséis, **HACE CONSTAR QUE: SOFIA LORENA NAVAS VASQUEZ**, egresada de la Carrera de **Licenciatura en Anestesiología e Inhaloterapia**, de la Universidad de El Salvador, realizó **Pasantía en carácter ad-honorem**, en el periodo comprendido del 01 de julio de 2025 al 31 de diciembre de 2025, en el **Servicio de Anestesiología**.

Por lo que se extiende la presente en Distrito San Salvador Centro, a los siete días del mes de enero de dos mil veintiséis, para los efectos que estime pertinente.


Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director

Ra. /

ANEXO 13: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUAL

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

MINISTERIO DE SALUD SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

HORARIO DE TRABAJO: DIURNO Licenciados Servicio Social Mes de Julio de 2025 Responsable: Lic. Idy Bernal

Fecha	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J
Dia	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30	31
Karla Cortez	5 PC	5 PC	5 Q4	5 Q4	5 Q1	5 S.E.	5 S.E.	5 Q1	5 Q1	107 S.E.	L	5 Q5	5 Q5	5 Q5	5 UQ	5 UQ	107 S.E.	L	5 UQ	5 Q2	5 Q2	5 Q2	5 Q2
Yesenia Martínez	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	107 S.E.	5 UQ	5 UQ	5 UQ	107 S.E.	L	5 Q2	5 UQ	5 Q2	5 Q2	5 Q2	5 PC	107 S.E.	L	5 PC	5 Q4	5 Q5	5 Q5	5 Q5	5 Q5
Yesica Sánchez	5 S.E.	107 S.E.	L	5 S.E.	5 S.E.	107 S.E.	L	5 S.E.	5 UQ	5 UQ	5 UQ	107 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 PC	5 PC	5 PC
Kevin Tobias	5 Q4	5 Q4	107 S.E.	L	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 Q4	107 S.E.	L	5 C.EXT	5 Q2	5 Q2	5 Q2	5 PC	107 S.E.	L	5 Q1	5 Q1	5 Q1	5 Q1
Gabriela Mendoza	5 UQ	5 UQ	5 UQ	5 UQ	107 S.E.	L	5 C.EXT	5 C.EXT	5 C.EXT	5 I	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	107 S.E.	L	5 Q2	5 Q2	5 Q2	5 Q4	5 Q4	5 Q4
Nicole Valle	107 S.E.	L	5 C.EXT	5 C.EXT	5 PC	5 PC	5 PC	5 UQ	107 S.E.	5 Q4	5 Q4	5 Q4	107 S.E.	L	5 Q5	5 PC	5 UQ	5 UQ	5 PC	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.
Sofia Navas	L	5 S.E.	5 S.E.	5 S.E.	5 Q5	5 Q1	107 S.E.	L	5 UQ	5 S.E.	5 C.EXT	107 S.E.	L	5 C.EXT	5 Q4	5 Q4	5 Q4	5 Q4	107 S.E.	5 UQ	5 UQ	5 UQ	5 UQ

- ♦ Código de Horario 5 (07:00 am a 03:00 pm)
- ♦ Código de Horario 107 (05:00 pm a 06:30 am)
- ♦ L (Libre posturno)
- ♦ Q 1; Q 2; Q 4 Y Q 5 (Quirófano Centrales)
- ♦ S.E (Sala de Emergencia)
- ♦ PC (Pequeña Cirugía)
- ♦ U.Q (Unidad de Quemados)
- ♦ C. EXT (Gastrología, Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología)
- ♦ Extrahospitalarios (Hospital Zacamil, Radioterapia Zacamil, Hospital del Salvador)
- ♦ I (Permiso x Enfermedad o Incapacidad)

Lic. Idy Senayda Bernal Posadas
 en Anestesiología e Intubación
 I.V.P.M. No. 475

Licda. Idy Senayda Bernal
Subjefe de Anestesiología
 HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
 BENJAMIN BLOOM
ANESTESIOLOGIA
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



MINISTERIO DE SALUD
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

HORARIO DE TRABAJO: DIURNO Licenciados Servicio Social Mes de Agosto de 2025 Responsable: Lic. Idy Bernal

Fecha	V	S	D	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29
Karla Cortez	133 S.E						5 Q2	5 Q2	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	107	L	5 PC	5 PC	5 PC	5 EXT	107	L	5 S.E	5 PC
Yessenia Martínez					133 S.E		5 Q5	5 Q5	5 Q4	5 Q4	5 Q4	5 Q4	107	S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 Q1	5 EXT	5 Q6	5 Q1	5 Q1
Yesica Sánchez			133 S.E				5 PC	5 PC	5 Q2	5 Q2	107	S.E	L	5 Q2	5 PC	5 PC	107	L	5 Q4	5 UQ	5 UQ	5 UQ	5 UQ
Kevin Tobias						133 S.E	L	5 Q1	5 PC	5 PC	5 EXT	5 EXT	5 EXT	5 Q5	107	L	5 Q3	5 Q6	5 PC	5 PC	5 PC	5 PC	107
Gabriela Mendoza		133 S.E					5 Q4	5 Q4	5 EXT	5 Q1	5 Q1	107	S.E	L	5 UQ	5 UQ	5 Q2	5 UQ	5 UQ	107	L	5 EXT	5 EXT
Nicole Valle	119 S.E			119 S.E			5 S.E	5 S.E	5 UQ	107	L	5 UQ	5 UQ	5 Q4	5 Q4	5 EXT	5 EXT	5 EXT	5 Q2	5 Q2	5 S.E	L	5 S.E
Sofía Navas				133 S.E			5 UQ	5 UQ	107	L	5 PC	5 PC	5 PC	5 Q1	5 Q1	5 Q6	5 Q1	5 Q1	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	107

- ◆ Código de Horario 5 (07:00 am a 03:00 pm)
- ◆ Código de Horario 133 (06:30 am a 06:30 am)
- ◆ Código de Horario 107 (05:00 pm a 06:30 am)
- ◆ Código de Horario 119 (07:00 am a 05:00 pm)
- ◆ L (Libre posturno)
- ◆ Q.1, Q.2, Q.4 Y Q.5 (Quirófanos Centrales)
- ◆ S.E (Sala de Emergencia)
- ◆ PC (Pequeña Cirugía)
- ◆ U.Q (Unidad de Quemados)
- ◆ C. EXT (Gastrología, Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología)
- ◆ Extrahospitalarios (Hospital Zacamí, Radioterapia Zacamí, Hospital del Salvador)

Lic. Idy Senayda Bernal Mazarín
Lic. en Anestesiología e Intensiva
C. P. 05. No. 474

Licda. Idy Senayda Bernal
Subjefe de Anestesiología

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM
ANESTESIOLOGIA
SAN SALVADOR, EL SALVADOR

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

MINISTERIO DE SALUD
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

HORARIO DE TRABAJO: DIURNO Licenciados Servicio Social Mes de Septiembre de 2025 Responsable: Lic. Idy Bernal

	Fecha	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	
	Día	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	
Karla Cortez		5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 Q5	107 S.E	L	5 Q5	5 S.E	A	5 Q1	5 Q1	107 S.E	L	P.P	5 PC	5 U/Q	5 PC	5 PC	5 S.E	5 S.E	
Yesenia Martinez		107 S.E	L	5 Q5	5 Q5	5 Q5	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	107 S.E	L	A	5 PC	5 PC	5 PC	107 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	107 S.E	L
Yesica Sánchez		5 C.EXT	107 S.E	L	5 S.E	5 S.E	5 Q4	5 Q4	5 Q4	5 Q4	5 Q4	A	107 S.E	L	5 C.EXT	5 C.EXT	5 Q2	107 S.E	L	5 S.EXT	5 S.EXT	5 U/Q	5 U/Q	
Kevin Tobias		5 S.E	5 S.E	5 S.E	107 S.E	L	5 C.EXT	5 C.EXT	107 S.E	L	5 C.EXT	A	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 PC	5 S.EXT	107 S.E	L	5 Q2	5 PC	5 PC	
Gabriela Mendoza		5 Q2	5 Q2	5 Q2	5 Q2	107 S.E	5 PC	5 PC	5 PC	5 PC	5 PC	A	5 C.EXT	107 S.E	L	5 PC	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 Q1	5 Q1
Nicole Valle		5 Q5	5 Q5	107 S.E	L	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	107 S.E	119 S.E	5 Q5	5 Q5	5 Q5	5 Q5	107 S.E	L	5 Q1	5 Q1	5 Q1	5 S.EXT	5 S.EXT	
Sofia Navas		5 PC	5 PC	5 PC	5 PC	5 PC	107 S.E	L	5 C.EXT	5 U/Q	5 U/Q	A	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 C.EXT	5 S.EXT	107 S.E	L	5 Q4	5 Q4	

- ♦ Código de Horario 5 (07:00 am a 03:00 pm)
- ♦ Código de Horario 133 (06:30 am a 06:30 am)
- ♦ Código de Horario 107 (05:00 pm a 06:30 am)
- ♦ Código de Horario 119 (07:00 am a 05:00 pm)
- ♦ L (Libre posturno)
- ♦ Q.1; Q.2; Q.4 Y Q.5 (Quirófanos Centrales)
- ♦ S.E (Sala de Emergencia)
- ♦ PC (Pequeña Cirugía)
- ♦ U.Q (Unidad de Quemados)
- ♦ C. EXT (Gastrología, Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología)
- ♦ Extrahospitalarios (Hospital Zacamil, Radioterapia Zacamil, Hospital del Salvador)

Lic. Idy Senayda Bernal Morales
Especialista en Anestesiología e Intensiva
C. P. M. No. 475

Licda. Idy Senayda Bernal
Subjefe de Anestesiología
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM
ANESTESIOLOGIA
SAN SALVADOR, EL SALVADOR

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM

MINISTERIO DE SALUD
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

HORARIO DE TRABAJO: DIURNO Licenciados Servicio Social Mes de Octubre de 2025 Responsable: Lic. Idy Bernal

Fecha	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V		
Día	1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	31		
Karla Cortez	5 S.E	5 S.E	5 S.E	107 S.E	L	5 Q4	5 Q5	5 *107	5 Q2	5 PC	5 PC	5 S.E	107 L	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 *107	5 S.E	107 L	5 PC	5 Q2		
Yessenia Martínez	5 Q1	5 Q1	5 Q1	5 PC	5 *107	5 PC	5 S.E	107 L	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 *107	5 S.E	L	5 Q4	5 Q4	5 Q1	5 Q1	5 Q1	5 Q1	5 Q1	107 S.E	
Yesica Sánchez	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 *107	5 PC	5 S.E	107 L	5 PC	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 *107	107 S.E	L	5 C EXT	5 Q2	5 Q2	5 Q2	5 Q2	107 S.E	L	
Kevin Tobias	5 PC	5 PC	5 PC	5 Q4	5 Q4	5 Q4	5 Q4	5 Q4	107 S.E	5 *107	5 *107	5 S.E	L	5 *107	107 S.E	L	5 *107	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	
Gabriela Mendoza	5 *107	5 *107	107 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 PC	5 S.E	L	5 PC	5 PC	5 Q4	5 Q4	5 Q4	5 S.E	L	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	
Nicole Valle	5 *107	107 S.E	L	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 U/Q	5 S.E	L	5 Q2	5 Q2	5 Q2	5 PC	5 PC	5 PC	5 PC	5 PC	5 S.E	107 L	5 PC	5 PC	5 *107	
Sofía Navas	5 *107	5 Q4	5 Q4	5 *107	107 S.E	L	5 PC	5 Q4	5 Q1	5 Q1	5 Q1	5 Q1	5 Q1	5 Q1	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 S.E	5 PC	5 PC	107 S.E	5 L	5 PC

- ♦ Código de Horario 5 (07:00 am a 03:00 pm)
- ♦ Código de Horario 133 (06:30 am a 06:30 am)
- ♦ Código de Horario 107 (05:00 pm a 06:30 am)
- ♦ Código de Horario 119 (07:00 am a 05:00 pm)
- ♦ L (Libre posturno)
- ♦ Q.1, Q.2, Q.4 Y Q.5 (Quirófanos Centrales)
- ♦ S.E (Sala de Emergencia)
- ♦ PC (Pequeña Cirugía)
- ♦ U.Q (Unidad de Quemados)
- ♦ C. EXT (Gastrología, Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología)
- ♦ Extrahospitalarios (Hospital Zaramí, Radioterapia Zaramí, Hospital del Salvador)

Lic. Idy Senayda Bernal
Anestesiología e Intensiva
D.M. No. 475

Licda. Idy Senayda Bernal
Subjefe de Anestesiología

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM
ANESTESIOLOGIA
SAN SALVADOR, EL SALVADOR

ANEXO 14 REPORTES DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

PACIENTE		REGISTRO	
KATHERINE JULIANA ALDANA		883238	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDIMIENTO	
ENFERMEDAD RENAL CRONICA		COPLOCACION DE CATETER TENCKOFF	

PACIENTE		REGISTRO	
ALISSON VALERIA ESCOBAR		2207202014	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
17 KG	5	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
OMAR OTONIEL MURILLO		141220241092	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
8 KG	7 MESES	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDIMIENTO	
LABIO LEPORINO UNILATERAL		REPARACION DE LABIO FISURADO	

PACIENTE		REGISTRO	
CLAUDIA GISSEL MENDOZA		693354	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
35 KG	11	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDIMIENTO	
HIPERTROFIA DE AMIGDALA		ADENOAMIGDALECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
VERENICE LAZO RIVAS		698680	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
34 KG	10 AÑOS	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR DE ORBITA		OPERACIÓN SOBRE ORBITA Y GLOBO	

PACIENTE		REGISTRO	
SOFIA PERALTA RAMIREZ		889777	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
25 KG	8 AÑOS	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
HERNIA INGUINAL		HERNIORRAFIA INGUINAL POR VLP	

PACIENTE		REGISTRO	
ALESANDRA NAVAS		18092018	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
20 KG	6	SEDOANALGESIA	
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		ASPIRADO DE MEDULA	

PACIENTE		REGISTRO	
OWEN RENE TORRES		234546	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
45 KG	10	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
APENDICITIS		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
ALEXIS ZAVALA		010820223458	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
14 KG	3	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
MARIANA YASMIN ORELLANA		867879	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
24 KG	9	SEDOANALGESIA	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR		BIOPSIA RENAL	

PACIENTE		REGISTRO	
ESMERALDA YAMILETH GARCIA		787308	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	8 AÑOS	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FIEBRE NO ESPECIFICADA		COLOCACION DE CVC	

PACIENTE		REGISTRO	
RICARDO LEONARDO RUANO		887518	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
9 KG	1	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
BILANITIS		CIRCUNCISION	

PACIENTE		REGISTRO	
MATEO ALEJANDRO MENJIVAR		567978	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
25 KG	8	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
HIPERTROFIAA DE AMIGDALAS		AMIGDALECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
FABRICIO GAEL RAMIREZ		16099867	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
13 KG	3	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FIBROSIS		INCISION DE PIEL	

PACIENTE		REGISTRO	FECHA
NICOLAS ANDRES ACOSTA		311020240258	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
8 KG	8 MESES	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ANQUILOGLOSIA		FRENECTOMIA LINGUAL	

PACIENTE		REGISTRO	FECHA
SANTIAGO ALONSO CORTEZ		845778	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
25 KG	6 AÑOS	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ESPINA BIFIDA LUMBAR		LIBERACION DE CORDON ANCLADO	

PACIENTE		REGISTRO	
EMERSON QUIJADA		712356	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
45 KG	10 AÑOS	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
CICATRIZ QUELOIDE		RELAJACION DE CICATRIZ	

PACIENTE		REGISTRO	
JIMENA GONZALES		872431	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
38 KG	10 AÑOS	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FISURA DE PALADAR		CIERRE DE FISTULA	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE ELIAS MARTINEZ		859734	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	9	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FISURA DE PALADAR		PALATOPLASTIA	

PACIENTE		REGISTRO	
JIMENA PAOLA LOPEZ		832378	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	10	SEDOANALGESIA	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		RESONANCIA	

PACIENTE		REGISTRO	
CARLOS LEONARDO PAREDES		688624	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
15 KG	3	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
SINDROME NEFROTICO		BIOPSIA RENAL	

PACIENTE		REGISTRO	
JIMENA PAOLA GAITAN		682283	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
26 KG	9	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
ANDREA CALDERON		573467	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
14 KG	3	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION CERRADA1	

PACIENTE		REGISTRO	
TIANA ALVARADO		634685	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	15	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		COLOCACION DE CVC	

PACIENTE		REGISTRO	
FATIMA ESMERALDA GIMENEZ		883238	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	10	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FISURA DE PALADRA		PALATOPLASTIA	

PACIENTE		REGISTRO	
KATHERINE MELISSA ALVARADO		878238	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ENFERMEDAD RENAL CRONICA		COPLOCACION DE CATETER TENCKHOFF	

PACIENTE		REGISTRO	
KATHERINE ALDANA		883238	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ENFERMEDAD RENAL		TOMA DE BIOPSIA	

PACIENTE		REGISTRO	
MELISSA NAVAS		2573857	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
27KG	8	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ENEFERMDAD RENAL		TOMA DE BIOPSIA	

PACIENTE		REGISTRO	
JUAN MIGUEL REPREZA		756778	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
36 KG	9	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ABDOMEN AGUDO		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
ABRAN JOSE POLANCO		863298	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ABDMONE AGUDO		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE ESAU MARTINEZ		557363	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
76 KG	13	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ABDOMEN AGUDO		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
VALERIA NICOLE ABREGO		793479	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
19 KG	5	A. GENERAL	4
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
MÚLTIPLES TRAUMAS		LAPAROSCOPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
VALENTINA MIRANDA		778329	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
16 KG	3	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
LINFOMADE CELULAS T		CATETERISMO VENOSO	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE GAEL ALVARADO 21		16020231867	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
11 KG	2	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TESTICULO NO DESCENDIDO		DESCENSOTESTICULAR	

PACIENTE		REGISTRO	
OLIVER GARCIA		181020172257	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
24 KG	7 AÑOS	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TESTICULO NO DESCENDIDO		DESCENSOTESTICULAR	

PACIENTE		REGISTRO	
VALENTINA PEÑA		665609	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
5 KG	4 MESES	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
QUISTE EPIDERMICO		RESEPCION DE QUISTE	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE CLAROS		160120220402	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
13 KG	3	SEDOANALGESIA	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ESTRABISMO VERTICAL		CURA DE ESTRABISMO	

PACIENTE		REGISTRO	
MILAGRO TORRES		111220231485	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
10 KG	1 AÑO	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG		CIERRE DE COLOSTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
GEORGINA CHAVARRIA		190120231894	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
13 KG	2 AÑOS	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
GASTROSTOMIA		CIERRE DE FISTULA	

PACIENTE		REGISTRO	
KATHERINE JULIANA ALDANA		883238	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ENFERMEDAD RENAL CRONICA		COPLOCACION DE CATETER TENCKHOFF	

PACIENTE		REGISTRO	
KATHERINE MICHELLE		883897	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
28 KG	7	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ENFERMEDAD RENAL		COPLOCACION DE CATETER TENCKHOFF	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE MANUEL FIGUEROA		763828	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA MIEMBRO INFERIOR		REDUCCION ABIERTA	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE FERNANDO CANALES		737836	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
38 KG	11	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ENFERMEDAED RENAL CRONICA		BIOPSIA RENAL	

PACIENTE		REGISTRO	
AMANDA GUANDIQUE		783947	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
26 KG	9	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ENFERMEDAD RENAL CRONICA		BIOPSIA RENAL	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE GAEL SARMIENTO		6823684	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	9	A. GENERAL	13
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA DE MIEMBRO S		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
SOFIA VALENTINA POMA		173897	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
22 KG	5	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
GABRIELA NAHOMY PEREZ		973956	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	10	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
APENDICITIS		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
LUIS ALFONSO CALDERON		433242	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
37 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
APENDICITIS		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
GENESIS MICHELLE LOPEZ		883289	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
25 KG	9	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR DE CEREBRO		RADIOTERAPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
JAVIER VALENTIN FLORES		264797	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
20 KG	5	A GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
GASTRITIS		ENDOSCOPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
ALONSO JOSE MEDRANO		547579	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
26 KG	7	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
GASTRITIS		ENDOSCOPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE ARMANDO ZELAYA		914675	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
28KG	9	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR DE CEREBRO		RADIOTERAPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
JAIME SAUL FUENTES		585832	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
20 KG	6	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ABDOMEN AGUDO		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
FLORENTINA ACHAGA		726356	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
22 KG	6	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ABDOMEN AGUDO		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
ALISSON TATIANA PEREZ		734536	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
10 KG	1	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		RINOPLASTIA	

PACIENTE		REGISTRO	
ALISSON SOFIA SIBRIAN		465569	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	10	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
QUEMADURA		DESBRIDACION	

PACIENTE		REGISTRO	
AMIN BENVIDEZ A		375747	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
29 KG	9	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
RICARDO ERNESTO PEREZ		576885	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
40 KG	12	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION ABIERTA	

PACIENTE		REGISTRO	
MASSIEL CORPEÑO		634465	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
50 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
VERONICA GARCIA		675779	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
34 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION ABIERTA	

PACIENTE		REGISTRO	
CAROLINA BUSTAMANTE		468853	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
13 KG	4	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
MULTIPLES QUEMADURAS		DESBRIDACION	

PACIENTE		REGISTRO	
PATRICIA VASQUEZ		437573	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
27 KG	6	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FISURA DE PALADAR		PALOPLASTIA	

PACIENTE		REGISTRO	
LORENA PORTILLO		437795	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
37 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ESTRABISMO		CURA DE ESTRABISMO	

PACIENTE		REGISTRO	
VALENTINA FLORES		904334	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
10 KG	1	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ESTRABISMO		CURA DE ESTRABISMO	

PACIENTE		REGISTRO	
HAZEL NICOLE DURAN		764747	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ESTRABISMO		CURA DE ESTRABISMO	

PACIENTE		REGISTRO	
AMERICA GONZALES		563493	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	8	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ESTRABISMO		CURA DE ESTRABISMO	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE SALOMON GOMEZ		762823	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	4	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
CATARATAS		CURA DE CATARATAS	

PACIENTE		REGISTRO	
ALONDRA MARTINEZ		865658	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
16 KG	3	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR BENIGNO		INCISION DE CONJUNTIVA	

PACIENTE		REGISTRO	
GABRIELA TOBAR		527268	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	13	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		COLOCACION DE CATETER	

PACIENTE		REGISTRO	
ALFONSO CABRERA		780282	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		CVC	

PACIENTE		REGISTRO	
LUIS TORRES		793493	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	4
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
AUSENCIA ATRESIA		LAPAROTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
FERNANDO VASQUEZ		542558	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	SEDOANALGESIA	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
SARCOMA		RADIOTERAPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
LUCAS DURAN		682692	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
8 KG	1	SEDOANALGSEIA	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR CEREBRAL		TAC CEREBRAL	

PACIENTE		REGISTRO	
REINALDO GONZALES		863469	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
12 KG	3	SEDOANALGESIA	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR CEREBRAL		TAC CEREBRAL	

PACIENTE		REGISTRO	
VALERIA SANTAMARIA		682268	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
22 KG	5	A. GENERAL	4
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR MALIGNO		RADIOTERAPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
RAUL MATEO GONZALES		910521	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
10 KG	1	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FISURA DE PALADAR		CIERRE DE FISTULA	

PACIENTE		REGISTRO	
MICHELLE FLORES		684268	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	10	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ABDOMEN AGUDO		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
BRENDA ZUNIGA A		768347	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	10	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FISURA DE PALADAR		PALATOPLASTIA	

PACIENTE		REGISTRO	
AMERICA SIBRIAN		842379	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
18 KG	5	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FIMOSIS		CORTE DORSAL	

PACIENTE		REGISTRO	
SOFIA PONCE		638279	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
45 KG	10	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
POLISINDACTILIA		CORRECCION DE SINDACTILIAS	

PACIENTE		REGISTRO	
ARMANDO GARCIA		639735	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
14 KG	2	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FISURA DE PALADAR		PALATOPLASTIA	

PACIENTE		REGISTRO	
SUSANA VASQUEZ		637236	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	8	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
GASTRITIS		ENDOSCOPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
JOSE ARNULFO LOPEZ		815632	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
23 KG	5	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA DE MIEMBRO INFERIOR		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
MIRNA VANESSA GONZALES		834957	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	8	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		COLOCACION DE CVC	

PACIENTE		REGISTRO	
JAZMIN GONZALES		864778	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
20 KG	5	A. GENERAL	
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
SINDROME NEFROTICO		BIOPSIA RENAL	

PACIENTE		REGISTRO	
MICHELLE VANEGAS		124364	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
18 KG	3	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
SINDROME NEFROTICO		BIOPSIA RENAL	

PACIENTE		REGISTRO	
EDWIN JOSE GUZMAN		663257	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
26 KG	6	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
LEUCEMIA		COLOCACION DE CVC	

PACIENTE		REGISTRO	
FERNANDO ALVAREZ LOPEZ		749357	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ESCOLIOSIS		REINTERVENCION DORSAL ESPINAL	

PACIENTE		REGISTRO	
CAMILA SOFIA VAQUERANO		868536	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
25 KG	7	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		CRANEOTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
NICOLE MERINO		894567	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
16 KG	4	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
LUIS ALONSO GAITAN		597359	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
20KG	8	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
LEUCEMIA		COLOCACION DE CVC	

PACIENTE		REGISTRO	
LORENA XIOMARA ARDON		97729	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
50 KG	15	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ABCESO ABDOMINAL		LAPAROSCOPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
SOFIA MONTANO		68848	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
16 KG	5	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR DUODENAL		ENDOSCOPIA 1	

PACIENTE		REGISTRO	
AMANDA SOFIA LOPEZ		69857	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
39 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
CATARATA COGNITIVA		EXTRACCION DE CATARATA	

PACIENTE		REGISTRO	
RODRIGO PINEDA		794375	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
20 KG	5	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
NEUMONIA		TRAQUEOSTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
JAVIER ZELAYA		834668	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
37 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ESTRABISMO C		CORECCION DE ESTRABISMO	

PACIENTE		REGISTRO	
SOFIA VASQUEZ			
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
13KG	4	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR CEBEBRAL		RADIOTERAPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
DANIELA CANALES		843684	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
11 KG	2	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR CEREBRAL		RADIOTERAPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
SANTIAGO MATIAS FLORES		938687	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
8 KG	1	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
TUMOR		RADIOTERAPIA	

PACIENTE		REGISTRO	
CARLOS GAITAN		834943	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
20 KG	5	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
ANA MARIA MEDRANO			
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
80 KG	45	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		DONANTE DE RIÑON	

PACIENTE		REGISTRO	
RICARDO JOSE		785653	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ABDOMEN AGUDO		APENDICECTOMIA	

PACIENTE		REGISTRO	
LORENA MEDRANO			
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	11	SEDOANALGSEIA	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		EXTRACCION DE MONEDA	

PACIENTE		REGISTRO	
MONICA DURAN		789565	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
16 KG	3	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
		EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	

PACIENTE		REGISTRO	
LEILANY MILAGRO BLANCO		862974	2
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	10	A. GENERAL	5
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
CRANEOSISTOSIS		COLOCACION DE CVC	

PACIENTE		REGISTRO	
LEONEL PINEDA		754788	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
24 KG	6	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
ENFERMEDAD CRONICA RENAL		BIOPSIA RENAL	

PACIENTE		REGISTRO	
VANESSA CARRILLO 1		868649	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
18 KG	1	A. GENERAL	
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR		REDUCCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
THIAGO ALESSANDER CRUZ		579247	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	9	A. GENERAL	
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
CORDON ANCLADO		RM	

PACIENTE		REGISTRO	
DANIELA GARCIA		727836	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
27 KG	7	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
RECEPCION DE MELANOMA		RESECCION Y BIOPSIA	

PACIENTE		REGISTRO	
CAROLINA CANALES		796587	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
30 KG	9	A. GENERAL	1
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
HEMANGIOMA		EXTIRPACION DE MELANGIOMA	

PACIENTE		REGISTRO	
DENIS GAEL PORTILLO		848187	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
16 KG	6	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA DE HUMERO		REDUCCION CERRADA	

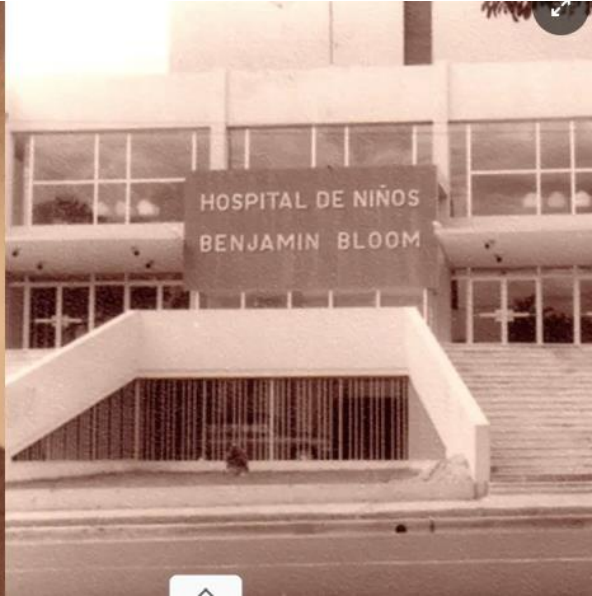
PACIENTE		REGISTRO	
MARIA ELIZA GOMEZ		829426	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
55KG	13	SEDACION	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
EPILEPSIA		RMC	

PACIENTE		REGISTRO	
JOEL ANDRES SANCHEZ		729389	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
38 KG	11	A. GENERAL	
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
FRACTURA DE TIBIA		REDECCION CERRADA	

PACIENTE		REGISTRO	
ARIANA MARIA GOMEZ		728649	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
23KG	9	A. GENERAL	3
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
LEUCEMIA		COLOCACION DE CVC	

PACIENTE		REGISTRO	
CARLOS OBED MENDOZA		737846	
PESO	EDAD	TECNICA ANESTESICA	ASA
33 KG	8	A. GENERAL	2
DIAGNOSTICO		PROCEDEIMIENTO	
PERDIDA DE LCR		CIERRE DE FISTULA NASAL	

ANEXO 16



ANEXO 17

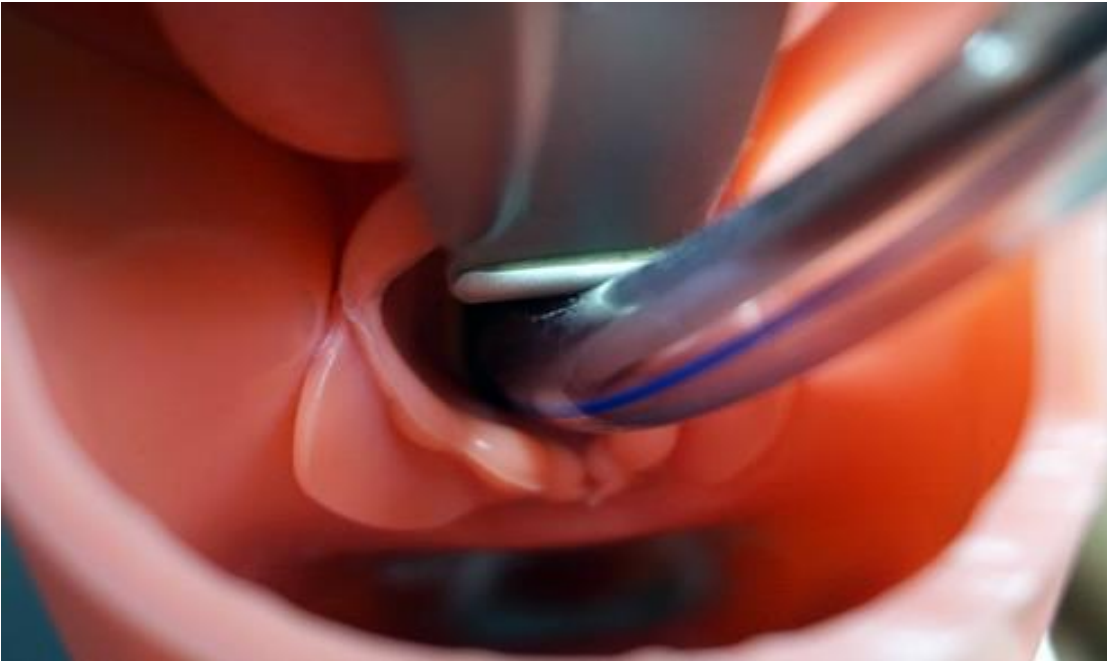


Tabla 2 e imagen 30. Test de Mallampatti

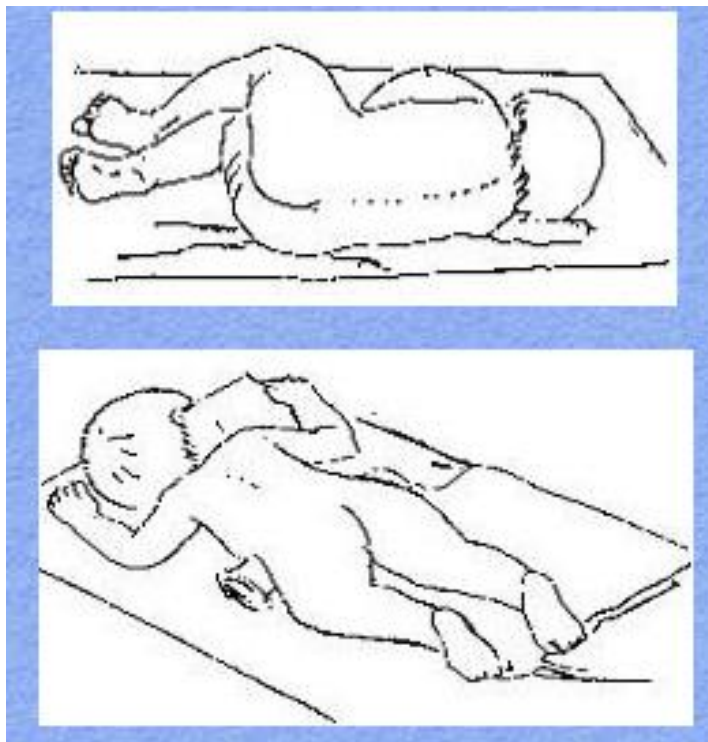
ANEXO 18



ANEXO 19



ANEXO 20



ANEXO 21

