



GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA

AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ: RÚBRICA
DRA. TERESA DEL CARMEN FRANCO FRANCO
JEFATURA DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

APROBÓ: RÚBRICA
DR. PEDRO HUMBERTO SÁNCHEZ GÓMEZ
SUBDIRECTOR MÉDICO

AUTORIZÓ: RÚBRICA
DR. JOSÉ GUERREROSANTOS
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

CÓDIGO: DOM- P330-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO 2009

No./FECHA DE REVISIÓN: 001/ ABRIL 2009

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 13 ABRIL DE 2009

COPIA No. _____

SELLO:

DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Sí cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.

SELLO:

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Instituto de Cirugía Reconstructiva
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
21 julio 2009

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



CÓDIGO:	DOM-P330-I1_001
FECHA DE EMISIÓN:	Marzo del 2009
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN:	001/ Abril del 2009

Objetivo

Establecer la secuencia para efectuar las actividades en la consulta preanestesia y normar criterios que eliminen eventos adversos en los procedimientos anestésicos con valoración clínica y física de los pacientes.

Alcance

Límites del procedimiento: Desde que el usuario solicita el servicio de preanestesia hasta que el paciente es programado a intervención quirúrgica

Áreas que intervienen: Anestesiología y enfermería.

Políticas

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
2. Debe el Médico anesthesiologo dar prioridad en la atención a niños, adultos de tercera edad y discapacitados así como apacientes para procedimiento de cirugía, reconstructiva, antes que lo estético.
3. Es responsabilidad del Médico Anesthesiologo de brindar toda información al paciente con respecto a los requisitos preanestesiaos.
4. Es responsabilidad del Médico Anesthesiologo de informar los riesgos probables en el procedimiento de la anestesia.
5. Debe recabar el Médico Anesthesiologo hoja de consentimiento informado firmado por el paciente y/o tutor y verifique que contenga las firmas del anesthesiologo y dos testigos.
6. Debe el Médico anesthesiologo elaborar nota médica y complementar el expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana No. 170.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



CÓDIGO:	DOM-P330-II_001
FECHA DE EMISIÓN:	Marzo del 2009
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN:	001/ Abril del 2009

7. Todo expediente enviado a programación debe contar con exámenes de laboratorio de rutina como biometría hemética y tiempos de coagulación en cirugías convencionales y en personas mayores de 40 años además de los anteriores debe contar con valoración cardiológica y según el caso los exámenes pertinentes complementarios.
8. El Médico anesthesiologo debe verificar que los exámenes no sea mayor a 30 días, siempre y cuando no se presente un evento que pueda modificarlos.
9. Es responsabilidad del Médico anesthesiologo anotar indicaciones requeridas en el expediente clínico.

Definiciones

- Anestesia:** Privación completa o reducción de la sensibilidad de un organismo supresión de todos los tipos de sensibilidad periférica, es decir, la sensibilidad al tacto, al dolor y a la temperatura.
- Preanestesia:** Es la consulta que precede a la anestesia, para obtener información sobre los antecedentes médicos, patológicos y no patológicos del paciente y su medicación.
- Carta de consentimiento:** Documento medico-legal, en el cual se explica al paciente de forma escrita y explicita la naturaleza de la cirugía, técnica anestésica y riesgos que pudiera tener un paciente.
- Exámenes complementarios:** Exámenes de laboratorio que se le piden a un paciente, además de los de rutina por padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa específica y se deben pedir de acuerdo a su padecimiento como diabéticos, cardiopatas, con problemas de tiroides o de riñón etc.
- Sano y/o Controlado:** Sano es el paciente que no tiene ninguna enfermedad y controlado es el paciente con enfermedad crónico-degenerativa pero se encuentra controlado con tratamiento medico.
- No controlado:** Paciente con enfermedad crónico-degenerativa que no tiene tratamiento medico para control de su padecimiento.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



CÓDIGO: DOM-P330-II_001
FECHA DE EMISIÓN: Marzo del 2009
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ Abril del 2009

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1.	Enfermera	Reciba expedientes y "Hoja de Programación" del servicio de consulta externa y se dirige al servicio de consulta pre-anestesia.
2.	Enfermera	Salude al paciente y preséntese, asigne turno y proporcione "Carta de consentimiento" y explique que lean cuidadosamente el documento y si tienen alguna duda se lo comuniquen al médico anesthesiologo en turno.
3.		Llame por turno y por nombre a cada paciente y tome signos vitales, (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tension arterial, pulso, peso, talla) y anote los resultados en el expediente clinico. Nota: Una vez realizadas las anotaciones, acomode los expedientes segun turno asignado.
4.	Anesthesiologo	Solicite a la enfermera que haga pasar al paciente. Nota: Se dara prioridad a ninos, personas de la tercera edad y discapacitados.
5.	Enfermera	Llame al paciente por su nombre e indique que tome asiento y enseguida lo atendera; entregue el expediente del paciente al medico anesthesiologo.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
4

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



CÓDIGO: DOM-P330-II_001
 FECHA DE EMISIÓN: Marzo del 2009
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ Abril del 2009

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
6.	Anestesiólogo	Salude al paciente y preséntese, realice interrogatorio pre-anestésico y escriba anotaciones en le expediente clínico, verifique tipo de paciente y revise que existan exámenes completos y normales:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tipo de paciente?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sano y/o Controlado</td> <td>Continué en la Siguiente Actividad.</td> </tr> <tr> <td>No controlado</td> <td>Continué en la actividad 11.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tipo de paciente?	Entonces	Sano y/o Controlado	Continué en la Siguiente Actividad.	No controlado	Continué en la actividad 11.
		¿Tipo de paciente?	Entonces					
		Sano y/o Controlado	Continué en la Siguiente Actividad.					
No controlado	Continué en la actividad 11.							
<p>Notas :</p> <ul style="list-style-type: none"> De no contar con los exámenes para-clínicos completos informe al paciente e indique le al a enfermera que lo acompañe a con médico tratante para que se completen. Elabora nota médica explicando la falta de exámenes y las indicación dadas. 								
7.		Informe al paciente que será intervenido quirúrgicamente y brinde indicaciones pre-anestésicas (hora de internamiento, ayuno de acuerdo a su edad cronológica, no maquillaje, no uñas pintadas ni postizas, acompañado de un familiar).						
8.		Solicite Carta de consentimiento informado firmado, pregunte y conteste si quedo alguna duda.						
9.	Paciente	Firme hoja de consentimiento informado y pregunte dudas referente a anestesia.						
10.	Anestesiólogo	Aclare dudas y preguntas concernientes a anestesia, despídase correctamente del paciente.						
11.		Fin Sano y/o Controlado Informe al paciente de su estado de salud, que no podrán continuar con el proceso, elabora nota médica explicando y solicite a la enfermera acompañar al paciente con su Médico Cirujano Plástico a la consulta externa.						
12.	Enfermera	Lleve al paciente y su expediente clínico a su médico tratante en la consulta externa e informe de la situación del paciente. Fin del Procedimiento						

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



CÓDIGO: DOM-P330-I1_001
FECHA DE EMISIÓN: Marzo del 2009
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ Abril del 2009

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por:

Ing. /Arq. Rubén Contreras Cabrera

Lic. Mónica Urzúa Casas

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- Dra. Hilda Rivera Guzmán

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
6

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



CÓDIGO: DOM-P330-I1_001
FECHA DE EMISIÓN: Marzo del 2009
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ Abril del 2009

Documentos de Referencia

Código	Documento
	Norma oficial mexicana de anestesiología 170
	Pagina Web colegio mexicano de anestesiología w.w.w.comexan.com
	Atlas de anestesiología de Norbert

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 01	Hoja de programación
Anexo02	Carta de Consentimiento

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
7

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



CÓDIGO: DOM-P330-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: Marzo del 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ Abril del 2009

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
8

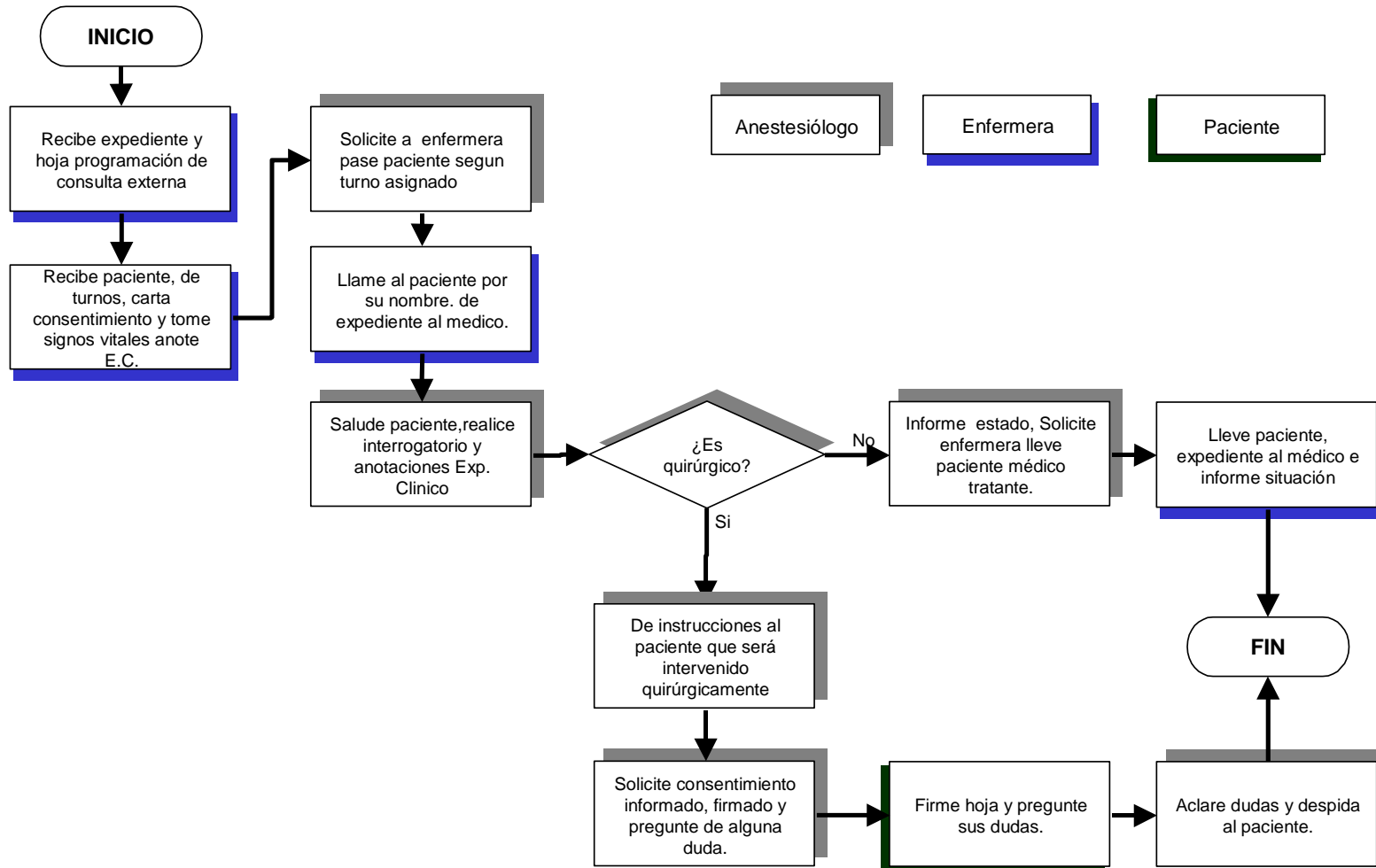
SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



CÓDIGO: DOM-P330-I1_001
FECHA DE EMISIÓN: Marzo del 2009
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ Abril del 2009

Anexo 01: Diagrama de Flujo



PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



Código: DOM-P330-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: Marzo del 2009
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ Abril del 2009

Anexo 02: Hoja de Programación

INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA PROGRAMACION QUIRURGICA TURNO MATUTINO		DR.	FECHA	EDAD:	Hb. Hto.	1er. Turno
<u>SALA No. 1</u> Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	1er. Turno
Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	2o. Turno
<u>SALA No. 2</u> Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	1er. Turno
Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	2o. Turno
<u>SALA No. 3</u> Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	1er. Turno
Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	2o. Turno
<u>SALA No. 4</u> Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	1er. Turno
Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	2o. Turno
<u>SALA No. 5</u> Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	1er. Turno
Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	2o. Turno
<u>SALA No. 6</u> Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	1er. Turno
Registro Paciente	NOMBRE DE PACIENTE: DIAGNOSTICO: CIRUGIA: CIRUJANO:			EDAD:	Hb. Hto.	2o. Turno

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA




GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

CÓDIGO: DOM-P330-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: Marzo del 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ Abril del 2009

Anexo 03: Carta de Consentimiento (anverso)



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA
FEDERALISMO 2022 GUADALAJARA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____
 DOMICILIO: _____ TEL: _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (en caso de ser menor de edad si paciente o incapacitado mentalmente): _____ EDAD: _____
 RELACION CON EL PACIENTE: _____ DOMICILIO: _____

Yo, _____ en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente, o representante legal de este:

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

- En virtud de encontrarme en una institución de atención pública acepto a quien se me asigne como mi Médico Anestésico, quien está debidamente autorizado ejercer la anestesiología por la dirección general de profesionales de Jalisco y de la dirección general de profesionales de la república mexicana. Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles, y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda, o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para omnar, molestias oculares o de garganta, heridas en boca y los; hasta severas tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusiones, lesiones nerviosas o de médula espinal. Todos ellos pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado _____ para _____.
- Intentar mejorar la funcionalidad o estética de mi cuerpo.
- Estoy consciente de que existe la posibilidad de suspenderse el acto anestésico sin realizarse la intervención quirúrgica cuando el anestésico detecte alguna complicación la cual ponga en peligro mi vida.
- Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que pueden deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, el equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona el procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
- Estoy consciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
- El Médico Anestésico ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo de las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo _____ que es de carácter electivo _____ y he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
- Se me ha explicado que en mi atención pudieran intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de Anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de un Anestésico de base.
- En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.

1/2

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

Página
11

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA PRE-ANESTESIA



CÓDIGO: DOM-P330-II_001
FECHA DE EMISIÓN: Marzo del 2009
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ Abril del 2009

CONTINUACION ANEXO 03: Carta de Consentimiento (reverso)

9. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que mi persona o representante, pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico-quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales.

ACEPTACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NEGACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente **NEGÓ** el consentimiento para que sean practicados en mí o en mi representante el manejo de la técnica anestésica y lo que derive de ella, consciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
12

SELLO