

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización		Código: INER-POL-ASC		
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 1 De: 31

Políticas

Anestesia y Atención Quirúrgica ASC

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 2 De: 31	

Contenido

1	Introducción.....	3
2	Objetivo	4
3	Alcance	6
4	Políticas de Operación, Normas y Lineamientos.....	8
5	Organización y Gestión	11
6	Sedación y Anestesia.....	15
7	Integrantes de Grupo de Anestesia y Atención Quirúrgica.....	32

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 3 De: 31

1 Introducción

Una de las funciones principales del Sistema Nacional de Salud es la provisión de servicios de atención médica equitativa, oportuna, efectiva y segura; siendo principios fundamentales la Calidad de la Atención Médica, la Seguridad del Paciente y la Gestión para la Mejora de la Calidad, con lo que se asegura el Acceso Efectivo a Servicios de Salud con Calidad. Alineados al derecho de toda persona a la protección de la salud, artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a los objetivos: “asegurar el acceso a los servicios de salud”, “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad” y la estrategia: “garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”, tanto del Plan Nacional de Desarrollo, como del Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

La cultura de calidad y seguridad del paciente ha sido tema de discusión en los últimos años, en la actualidad la cirugía es un elemento fundamental en la atención médica y la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. La evaluación de la cultura de seguridad es un proceso útil para identificar situaciones que repercuten en la seguridad de los pacientes y proporciona información para mejorarla, en la que se aprende del error, y se evite al máximo la ocurrencia del error mediante la implementación de barreras de seguridad de manera estandarizada y sistémica.

El estándar de Anestesia y Atención Quirúrgica: ASC, siglas en inglés de Anesthesia and Surgical Care, no sólo es un estándar centrado en el paciente, sino que también es parte importante y relacionado entre sí, con los enfoques multidisciplinario, interdisciplinario y sistémico como proactivo y reactivo en el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General.

Comprende tres áreas de enfoque:

- Organización y Gestión
- Sedación y Anestesia
- Atención Quirúrgica

ASC es un estándar de buenas prácticas en la seguridad del paciente en cuanto a infraestructura, recursos humanos, capacidades técnicas, equipamiento, insumos y tecnologías para la salud, que garanticen la calidad y la seguridad en la prestación médica durante las 24 horas, durante la sedación moderada a profunda, la anestesia, la cirugía y otros procedimientos invasivos dentro y fuera de quirófano, tanto en pediatría como en adultos, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas (INER).

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 4 De: 31	

2 Objetivo

El presente documento busca puntualizar las políticas, los procedimientos, las áreas involucradas y los recursos necesarios para garantizar el proceso de la Anestesia y Atención Quirúrgica, ASC, como un estándar de buenas prácticas en calidad y seguridad del paciente, dentro del Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General.

Implementar acciones y estrategias basadas en las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, MISP. Con acciones específicas (*barreras de seguridad*), de manera correcta y en el momento oportuno, que previenen los riesgos, por lo tanto, la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela sea menor en los procedimientos que se realizan en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas (INER).

1. 1 Objetivos específicos

- Establecer las políticas, normas y lineamientos que garanticen la Anestesia y Atención Quirúrgica en el proceso de Mejora Continua de la Calidad de los Servicios de Atención Médica y de la Seguridad del Paciente, y del personal de salud en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas. Base del Modelo del Consejo de Salubridad General.
- Alinear los estándares que tienen como referencia los procedimientos de Sedación, Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC) con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP), los sistemas críticos, los Estándares Centrados en el Paciente y los Estándares Centrados en la Gestión, así como con la Normatividad vigente en Políticas Nacionales prioritarias en salud.

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización		Código: INER-POL-ASC		
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 5 De: 31



- Implementar el **Protocolo Universal** (Lista de verificación de cirugía segura y procedimiento correcto) antes de realizar los procedimientos quirúrgicos, los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo (dentro y fuera de quirófano) y la sedación, como Barrera de Seguridad ^{MISP.4}. Los procesos esenciales que conforman el *Protocolo Universal* son:
 - Marcado del sitio anatómico, marcaje documental,
 - Proceso de verificación pre-procedimiento: Lista de verificación de cirugía segura y procedimiento correcto, registro de entrada, tiempo fuera y registro de salida.
 - Al menos Tiempo fuera (pausa quirúrgica) o “time-out” que tiene lugar justo antes del comienzo de un procedimiento, cirugía y sedación.
- Implementar el *tiempo fuera* (time-out), **al menos**, antes de realizar administración de sangre y hemocomponentes, procedimientos de terapia de remplazo renal con hemodiálisis y radioterapia.
- Implementar el *tiempo fuera* (time-out), **al menos**, antes de realizar procedimientos invasivos fuera de quirófano.
- Implementar el *tiempo fuera* (time-out), **al menos**, antes de realizar procedimientos de sedación.
- Disminuir la incidencia de errores, con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adverso y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento.
- Promover el aprendizaje y crear equipos de alto desempeño que promuevan una cultura de seguridad (“conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individual y

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 6 De: 31	

colectivo que determinan el grado de compromiso de la organización para disminuir los riesgos y daños”) en el INER.

- Evidenciar el compromiso con el paciente y su familia, respetando sus derechos en su contexto sociocultural; compromiso con el personal de salud del INER y la sociedad mexicana ^{PFR, PFE}.

Protocolo Universal

I. **Verificación del proceso antes de la cirugía.** Identificación correcta del paciente (nombre y fecha de nacimiento), su correlación con el procedimiento y área anatómica a intervenir. Asegurar que se cuenta con toda la documentación del expediente clínico (notas de valoración preadmisión, preoperatoria y preanestésica; consentimiento informado, solicitud de cirugía), los auxiliares de diagnóstico y la congruencia con el planteamiento quirúrgico, anestésico y sedación.

II. **El marcado del sitio quirúrgico,** deberá realizarlo el responsable del procedimiento (cirujano y/o el médico designado), con participación del paciente estando despierto y consciente, siempre que esto sea posible, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión, debe ser visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.

a. Realizar el marcado del sitio anatómico

☼ Cuando es posible, el *marcado del sitio anatómico* involucra la participación del paciente y se lleva a cabo colocando una marca o señal estandarizada e inequívoca definida, sobre la piel del paciente, que permanezca después de la realización de la asepsia y antisepsia. **Una línea de 3 cm.**

☼ El sitio anatómico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (dedos de manos y pies) o niveles múltiples (columna vertebral: cervical, torácica, lumbar, sacrocoxígea) y cuando la realización del procedimiento en un sitio diferente pudiera afectar de manera negativa la calidad o la seguridad del paciente.

III. **Tiempo fuera o “Time out”.** El Cirujano es el líder y responsable para que se aplique en forma adecuada el tiempo fuera, la enfermera circulante indica el momento en que se realiza la pausa quirúrgica, antes de realizar la incisión para corroborar los principales puntos: identificación correcta del paciente, del procedimiento y del sitio quirúrgico; se puede ampliar con otros datos importantes que incluyen consentimiento bajo información, alergias, alguna condición especial del paciente, profilaxis con antibióticos, disponibilidad de estudios de imagen, vía aérea difícil, riesgo de aspiración, riesgo de hemorragia >500ml (Niños: 7ml/kg), etc.

3 Alcance

El presente documento se aplica *obligatoriamente* en el proceso de Anestesia y Atención quirúrgica (ASC), desde el ingreso del paciente a la institución a las diversas áreas de atención médica (ACC: acceso y continuidad

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 7 De: 31

de la atención), como en el garantizar la continuidad de la atención durante su estancia (COP: atención de pacientes; AOP: evaluación de pacientes; SAD: servicios auxiliares de diagnóstico y MMU: manejo y uso de medicamentos), hasta el egreso hospitalario respetando los derechos de los pacientes y familiares sustentados en la educación en su contexto sociocultural (PFR: Derechos del paciente y de su familia y PFE: Educación del paciente y de su familia).

-  Las políticas de Anestesia y Cirugía son aplicables en todos los entornos del INER donde se utilice anestesia y/o sedación moderada o profunda, tanto en niños y adultos.

-  Igualmente es aplicable en donde se lleve a cabo procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos invasivos y terapéuticos que requieran un Consentimiento Informado y Protocolo Universal (Lista de verificación de cirugía segura y procedimiento correcto)

2.1. Lugar

Involucra a los diferentes niveles de atención médica y gestión de la Subdirección de Cirugía y de todo el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas.

2.2 Unidades Participantes en el INER

2.2.1 Subdirección de Cirugía

- Servicio de Cirugía Cardiorácica
- Servicio de Anestesiología
- Servicio de Quirófano
- Departamento de Otorrinolaringología
- Unidad de Cuidados Postquirúrgicos, Recuperación y Corta estancia
- Servicio de Broncoscopia y endoscopia
- Clínica de Dolor, Medicina y Cuidados paliativos

2.2.2 Servicios auxiliares de diagnóstico y/o tratamiento

- Hemodinamia

		INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS			
DIRECCIÓN GENERAL		Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC
Anestesia y Atención Quirúrgica		Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 8 De: 31

- Imagenología
- Banco de sangre
- Servicio de Estomatología

2.2.3 Unidad de Cuidados Intensivos de adultos y niños

2.2.4 Unidad de Urgencias Respiratorias

2.2.5 Hospitalización, Servicios Clínicos

2.2.6 Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, CIENI

2.3. Población Beneficiaria

La población beneficiaria son los pacientes pediátricos y adultos que reciben sedación moderada o profunda, anestesia, atención quirúrgica, otros procedimientos invasivos y terapéuticos que requieren un Consentimiento Informado y Protocolo Universal (Lista de verificación para cirugía segura y procedimiento correcto) en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas.

4 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

El médico anestesiólogo, médico de alta especialidad en anestesia torácica, residente de anestesia rotatorio, así como el médico cirujano, cirujano de subespecialidad y médico de alta especialidad en cirugía cardiotorácica, otorrinolaringología ORL y demás médicos del Instituto, llevan a cabo el **Proceso de Anestesia y atención quirúrgica**, considerar que están relacionado entre sí con:

- Las Metas internacionales de seguridad del paciente, MISP (1. Identificación correcta, 2. Comunicación efectiva, 3, Seguridad de medicamentos, 4. Cirugía y procedimientos seguros, 5. Evitar infecciones: lavado de manos y 6. Evitar caídas),
- Los Sistemas Críticos para la seguridad del paciente (*Manejo y Uso de los Medicamentos, MMU; Prevención y Control de Infecciones, PCI; Gestión y Seguridad de las Instalaciones, FMS; Competencias y Capacitación del Personal, SQE*);
- La atención médica para garantizar la continuidad de la atención (ACC: acceso y continuidad de la atención), durante su estancia (COP: atención de pacientes; AOP: evaluación de pacientes; SAD: servicios auxiliares de diagnóstico), hasta el egreso hospitalario respetando los derechos de los

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización		Código: INER-POL-ASC		
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día	Mes	Año	Rev. 01	
	15	01	2017	Hoja: 9	De: 31

pacientes y familiares sustentados en la educación en su contexto sociocultural (PFR: Derechos del paciente y de su familia y PFE: Educación del paciente y de su familia).

Metas Internacionales de Seguridad Del Paciente

MISP.1

TÍTULO: Identificar correctamente a los pacientes a los que se brindará atención anestésica-quirúrgica.

OBJETIVO: Prevenir errores que involucren pacientes equivocados, tanto adultos como pediátricos durante el proceso de anestesia y atención quirúrgica; durante la valoración preanestésica, preoperatoria y sedación; y en casos especiales como paciente desconocido y/o con alteración del estado de conciencia.

BARRERA DE SEGURIDAD:

Utilizar **2 datos de identificación como fecha de nacimiento, y nombre del paciente antes de los momentos críticos** siguientes:

- a) administración de medicamentos
- b) transfusión de sangre y hemocomponentes
- c) extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos
- d) realización de estudios de gabinete
- e) realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo
- f) la dotación de dietas

MISP.2

TÍTULO: Mejorar la comunicación efectiva. En forma oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe durante los procedimientos quirúrgicos y en situaciones de urgencia, en quirófano.

OBJETIVO: Prevenir errores por órdenes y resultados que se dan de manera verbal o

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS			
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización		Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 10 De: 31

telefónica.

BARRERA DE SEGURIDAD:

Implementar el proceso **Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar**, cuando se dan órdenes y resultados de laboratorio de manera verbal o telefónica, como en los reportes de biopsias transoperatorias, en el balance de líquidos y preparación de medicamentos durante el transanestésico.

Las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete se escriben en la hoja de órdenes médicas o se reportan en el formato común del laboratorio y/o gabinete o en la nota médica dentro del expediente clínico y facilita que las mismas se lleven a cabo.

 **MISP.3**

TÍTULO: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, durante la atención anestésica-quirúrgica.

OBJETIVO: Prevenir errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo.

BARRERAS DE SEGURIDAD:

Electrolitos concentrados con etiqueta individual (Alerta Visual), separados y resguardados del resto de los medicamentos.

Implementar la **dobles verificación** durante la preparación y durante la ministración de los medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes, quimioterapéuticos, radiofármacos). En anestesia, realizar la **dobles verificación de los anestésicos** antes de su preparación y realizar el etiquetado de las jeringas con nombre del anestésico, dosis por ml.

 **MISP. 4**

TÍTULO: Procedimientos correctos

OBJETIVO: Prevenir errores que involucren procedimientos en el sitio anatómico, en procedimiento quirúrgico o pacientes incorrectos.

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 11 De: 31

BARRERAS DE SEGURIDAD:

- a. **Implementar el Protocolo Universal antes de realizar procedimientos quirúrgicos e invasivos (dentro y fuera de quirófano).**
- b. **Implementar el tiempo fuera, al menos, antes de realizar procedimientos invasivos, sedación moderada a profunda, de terapia de remplazo renal con hemodiálisis, radioterapia y administración de sangre y hemocomponentes.**

 **MISP. 5**

TÍTULO: Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

OBJETIVO: Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica, a través de un programa integral de higiene de manos.

BARRERA DE SEGURIDAD:

- a. **Implementar un Programa integral de Higiene de manos.**

 **MISP.6**

TÍTULO: Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

OBJETIVO: Identificar el riesgo de caídas en cada paciente e implementar medidas que reduzcan la probabilidad de que se caiga.

BARRERA DE SEGURIDAD:

- a. **Evaluar y reevaluar del riesgo de caídas.**

5 Organización y Gestión

ESTÁNDAR ASC.1

Los servicios de anestesiología están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y proporcionar servicios de anestesia y sedación, cumplen con los estándares, normatividad y legislación

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 12 De: 31	

vigente.

Elementos Medibles de ASC.1

1. Se proporcionan servicios de anestesia y sedación adecuados para atender las necesidades del paciente.
2. Los servicios de anestesia y sedación cumplen con la legislación aplicable vigente.
3. Hay servicios de anestesia y sedación para casos de urgencia.

Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación. Observación: No contamos con servicios subrogados.

PROPÓSITO DE ASC.1

- a. Cumplir con la legislación vigente y normatividad correspondiente en los servicios de anestesia. NOM-006-SSA3-2011 Para la práctica de la anestesiología, la NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico, entre otros.
- b. Disponer de servicios de anestesia para casos de urgencia. Rol de anesthesiologists and surgeons.
- c. Contar con proceso sistemático, proactivo y reactivo para proporcionar sedación moderada a profunda, anestesia y atención quirúrgica, en procedimientos y/o tratamientos invasivos como de alto riesgo, tanto en pediatría como en adultos y casos especiales. Manual de procedimientos

Políticas

- 1.1 Todos los médicos anesthesiologists del Servicio de Anesthesiology deben cumplir con la NOM-006-SSA3-2011 Para la práctica de la anestesiología, la NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico y apegarse a la Normatividad Nacional de los Servicios de Salud que rigen la Atención Médica.
Deben participar y evidenciar los procesos en los Manuales de Procedimientos y en el Expediente Clínico Con apego a la normatividad vigente.
- 1.2 El Servicio de Anesthesiology debe estar disponible fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia. La Subdirección de Cirugía debe asegurar la disponibilidad del Servicio de Anesthesiology y Cirugía, así como contar con un anesthesiologist and surgeon fuera de horario habitual, contar con un rol de guardia para las cirugías de urgencia las 24 horas del día.
- 1.3 El Servicio de Anesthesiology debe ser seguro y adecuado para atender a los pacientes pediátricos y adultos que requieran Anestesia y Atención Quirúrgica, aplicable en quirófano y en todos los entornos

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 13 De: 31	

donde se realicen procedimientos invasivos y de alto riesgo que requieren Consentimiento Informado y Protocolo Universal como la Lista de Verificación de Cirugía Segura y Procedimiento Correcto, conforme a los procesos incluidos en el Manual de Procedimientos, alineados a las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente MISP, los Estándares Centrados en el Paciente y los Estándares Centrados en la Gestión, en el INER.

Disponibilidad del quirófano, asc.1.2

- 1.2.1 El área de quirófanos debe estar disponible y funcional los 365 días del año, las 24 horas del día.
- 1.2.2 La Subdirección de Cirugía debe asegurar la disponibilidad del Servicio de anestesiología y Cirugía, así como contar con un anestesiólogo y cirujano fuera del horario habitual, en un rol de guardia para las cirugías de urgencia las 24 horas del día.
- 1.2.3 Para iniciar cualquier procedimiento quirúrgico, el hospital debe cubrir los requerimientos y debe disponer de equipos estandarizados o especializados (máquina o sistema de anestesia, monitoreo para signos vitales, aspiración), equipos, instrumental e insumos necesarios para todos los procedimientos anestésicos-quirúrgicos, acorde a la edad del paciente y situaciones especiales.
- 1.2.4 Para garantizar la seguridad del paciente (paciente correcto, cirugía en el lugar correcto, procedimiento correcto), se debe contar con los formatos de Solicitud quirúrgica, Lista de Verificación de Cirugía Segura y procedimiento correcto (con Marcaje documental, si se requiere), además de los Consentimientos Informados de Cirugía y Anestesia, las notas de valoración: preanestésica, presedación y prequirúrgica.
- 1.2.5 Se debe revisar los equipos biomédicos en quirófano y fuera de quirófano (Recuperación y Corta estancia) para el control de las constantes vitales antes de iniciar un procedimiento anestésico-quirúrgico y durante la recuperación postanestésica y post-sedación. *El cirujano adscrito, responsable del acto quirúrgico debe estar presente durante la inducción anestésica.*
- 1.2.6 Se debe evidenciar el procedimiento anestésico-quirúrgico en las notas médicas del Expediente clínico acorde a la NOM-006-SSA3-2011 Para la práctica de la anestesiología), a la NOM-004-SSA3-

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 14	De: 31

2012 Del expediente clínico y a los Manuales de Procedimientos de Anestesia y Cirugía (la valoración anestésica y de sedación, el registro anestésico, la nota postanestésica, post-sedación y las notas de ingreso y alta de cuidados postanestésicos en recuperación; la valoración prequirúrgica, el reporte quirúrgico e indicaciones postquirúrgicas principalmente).

ESTÁNDAR ASC. 2

Un médico anesthesiólogo competente coordina y es el responsable de gestionar los servicios de anestesia.

Elementos Medibles de ASC.2

1. Los servicios de anestesia y sedación se coordinan y gestionan por personal competente.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y actualización de los procesos.
3. Las responsabilidades incluyen la gestión administrativa.
4. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad.

Las responsabilidades incluyen la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.
Observación: No contamos con servicios subrogados.

PROPÓSITO DE ASC.2

- a. Contar con servicios de anestesia y sedación bajo la coordinación y la gestión de personal médico anesthesiólogo competente, de conformidad con las leyes, reglamentos y normas correspondientes.
- b. La responsabilidad, coordinación y gestión del personal de los servicios de anestesia proporcionados, comprenden:
 1. La elaboración, implementación, y actualización de los procesos;
 2. La gestión administrativa;
 3. La implementación de un programa de control de calidad;

El control y la supervisión de la calidad de los servicios de anestesia subrogados.

Observación: no contamos con servicios subrogados.

Políticas

- 2.1 El personal competente debe tener bajo su responsabilidad, gestión y coordinación los Servicios de Anestesiología conforme a la normatividad vigente del país: título de licenciatura médica, especialidad de anestesiología, cédula de profesión de médico general, en anestesiología y certificación.

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	
				Hoja: 15	De: 31

2.2 El personal de anestesiología debe realizar la elaboración, implementación, mantenimiento y actualización de políticas y procesos, acorde al Manual de Procedimientos.

2.3 Responsabilidad de gestión administrativa.

2.4 Implementar un Programa de control de calidad.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD

2.4.1 El personal competente de Anestesiología debe asegurar la Mejora Continua de la Calidad de la Sedación, Anestesia y la Atención Quirúrgica.

2.4.2 Establecer en conjunto con el Departamento de Calidad las estrategias y programas para asegurar la continua satisfacción de los pacientes de los servicios de anestesia y atención quirúrgica.

2.5.3 Implementación del programa de desarrollo personal de salud en Anestesia Torácica: Curso de Alta Especialidad.

6 Sedación y Anestesia

ESTÁNDAR ASC. 3

SE DEFINE UN PROCESO QUE GUÍA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES A QUIENES SE ADMINISTRA ANESTESIA Y SEDACIÓN.

Elementos Medibles de ASC.3

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a los pacientes a quienes se administra anestesia, el proceso describe, al menos, los siguientes elementos:

- ¿Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención, incluida la identificación de consideraciones especiales? por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
- ¿Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 16 De: 31

comunique de manera efectiva?

- ¿Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado?
- ¿Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención?
- ¿Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención? Y
- ¿Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles?

1. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.
2. La organización define qué servicios y qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrar sedación.
3. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a los pacientes a quienes se administra sedación, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:
4. ¿Cómo se llevará a cabo la planeación de la atención?, incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas o el servicio en el que se encuentra el paciente.
5. ¿Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva?
6. ¿Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado?, si corresponde;
7. ¿Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención?
8. ¿Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención; y
9. ¿Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles?
10. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.
11. Se supervisan las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación.

ASC.3.1

El anestesiólogo lleva a cabo una evaluación pre-sedación.

ASC.3.2, Estándar indispensable

Durante la sedación y el periodo de recuperación se monitoriza al paciente

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 17 De: 31	

PROPÓSITO DE ASC.3

ASC 3.1 Y ASC 3.2

- a. Realizar la valoración anestésica y médica previa a la sedación moderada a profunda, tanto en niños como en adultos, para asegurar el nivel de sedación planeado por el médico anesthesiólogo y médico no anesthesiólogo.
- b. Planificar la sedación en los pacientes adultos, pediátricos e identificar consideraciones especiales (ejemplo: paciente inconsciente, embarazo).
- c. Mantener en el paciente los reflejos de protección (tos, deglución), una vía respiratoria independiente continua (permeable) y la respuesta a estímulos físicos y órdenes verbales durante la sedación, en particular en la sedación moderada.
- d. Realizar el control de los parámetros fisiológicos durante la sedación moderada a profunda a través de un registro.
- e. Monitorizar al paciente durante la sedación moderada a profunda y en la recuperación post-sedación.
- f. Realizar el control, suministro de equipo y fármacos en quirófano, así como en otras áreas hospitalarias donde se realicen procedimientos invasivos bajo sedación moderada a profunda, realizada por médicos anesthesiólogos. El servicio clínico suministra equipo y fármacos para la sedación suministrada por no anesthesiólogos.
- g. Obtener consentimiento informado debidamente requisitado y contar con notas médicas conforme a las NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de la anestesiología y a los Manuales de procedimientos.

Elementos Medibles de ASC.3.1

1. Se define el alcance y contenido de la evaluación presedación.
2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un anesthesiólogo o médico autorizado.
3. Se documentan en el expediente clínico los resultados de la evaluación presedación.

Elementos Medibles de ASC.3.2

1. Los pacientes son monitorizados durante la sedación.
2. Los pacientes son monitorizados durante el periodo de recuperación.
3. Los resultados de la monitorización se registran en el expediente clínico.

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 18	De: 31

Políticas

ASC. 3

1. Políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.

SEDACIÓN MODERADA A PROFUNDA

Objetivo: Administrar sedación mínima, moderada y profunda que permita tolerar estímulos nocivos y mantener la estabilidad hemodinámica para la realización de procedimientos médicos de tipo diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación y/o investigación de una manera segura para el paciente. Facilitar la realización de los procedimientos invasivos, la ventilación mecánica o como medicación preanestésica.

Alcance: Es aplicable en todas las áreas del INER, donde se suministre sedación moderada o profunda, para la realización de algún procedimiento en áreas de endoscopia, urgencias imagen, unidad de cuidados intensivos, entre otras y aplicable a todas las especialidades existentes en el instituto.

Políticas

1.1 Todo paciente adulto o pediátrico que requiera de sedación de moderada a profunda debe contar con una valoración previa al procedimiento, realizada por el anesthesiólogo o médico adscrito del INER autorizado que suministra la sedación (médicos autorizados: terapeuta, urgenciólogo, neumólogo, pediatra, cirujano cardiotorácico, otorriolaringólogo, endoscopista, odontólogo, maxilofacial, residentes médicos de posgrado en formación de la especialidad), excepto médicos de pregrado y estudiantes de medicina.

Necesaria para la identificación de condiciones de riesgo e informar al paciente y/o familiar responsable, en forma clara y precisa sobre la sedación, los beneficios y riesgos.

1.2 Realizar la valoración médica de sedación o valoración anestésica, previa al procedimiento de sedación, en adultos o niños, que dé como resultado oportunidad y asertividad en la toma de decisiones, incluso cuando el estado de salud del paciente cambia. Vigencia de 24 horas.

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 19 De: 31	

- 1.3 Debe contar con el formato de Consentimiento informado de sedación o anestesia, debidamente requisitado; paciente o tutot, dos testigos (nombre completo y firma); nombre completo, cédula profesional y firma del médico.
- 1.4 Evidenciar la nota de valoración pre-sedación en el Expediente clínico acorde a la NOM-004-SSA3-2012, NOM-006-SSA3-2011, a las políticas y Manuales de Procedimientos del servicio.
- 1.5 Analizar la información obtenida en la valoración pre-sedación, en el interrogatorio en forma directa o indirecta si es menor de edad, antecedentes de importancia y riesgos, incluidos los resultados de los exámenes de laboratorio y estudios de diagnóstico por imagen, para identificar las necesidades de atención médica (sedación) del paciente. Elaborar un plan de sedación para cubrir las necesidades específicas de cada paciente, ya sea adulto o niño.
- 1.6 Describir un plan para cada paciente (adultos y niños) basado en la evaluación de sus necesidades. La atención (sedación, analgesia y anestesia) puede ser preventiva, paliativa, de curación o de rehabilitación, y puede incluir anestesia, cirugía, medicamentos, terapias de apoyo, o una combinación de éstos. A fin de llevar a cabo el principio “un único nivel de calidad de atención”, proporcionar una atención uniforme de calidad: acceso a la atención y tratamiento adecuado prestados por personal calificado.^(COP.1 EM 3)
- 1.7 Deben ser revalorados los pacientes durante el proceso de sedación, anestesia y atención quirúrgica a intervalos adecuados a sus necesidades para determinar su respuesta al plan de atención, planificar la continuación del tratamiento o el alta: se documenta la revaloración en el expediente clínico para el uso del personal de salud.^(AOP.2, EM 2)
- 1.8 Para garantizar la seguridad de los pacientes con los medicamentos opiáceos y psicotrópicos considerados de Alto Riesgo^(MISP.3), prevenir errores de medicación en la sedación, los fármacos deben ser identificados y etiquetados en forma clara, deben almacenarse con acceso restringido. Indicados en la nota de órdenes o indicaciones médicas, empleando doble verificación o doble chequeo en el proceso de preparación y antes de ser suministrados por enfermería.

Todos estos Medicamentos deben ser considerados como de **Alto Riesgo:**

-  Electrolitos Concentrados: (Cloruro de Potasio ≥ 2 mEq/ml, Fosfato de potasio, Cloruro de sodio y Sulfato de Magnesio $\geq 50\%$, Bicarbonato de Sodio, Gluconato de Calcio)

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	
				Hoja: 20	De: 31

-  Insulinas
-  Anticoagulantes
-  Radioactivos y de Naturaleza Similar
-  Medios de Contraste
-  Citotóxicos
-  Narcóticos (opiáceos) y Psicotrópicos

Identificar sin excepción con etiquetas de colores, de acuerdo a la NOM 072-SSA-01-2012 “Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios”.

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
|  | Cloruro de Potasio | Rojo |
|  | Fosfato de Potasio | Naranja |
|  | Bicarbonato de Sodio | Azul |
|  | Sulfato de Magnesio | Verde |
|  | Gluconato de Calcio | Amarillo |
|  | Heparinas y Anticoagulantes | Morado |
|  | Cloruro de Sodio | Blanco |
|  | Insulinas | Rosa |
|  | Narcóticos y Psicotrópicos | Turquesa (RGB 93, 193, 185) |
|  | Radioactivos y de Naturaleza Similar | Logo de radiactividad  |
|  | Medios de Contraste | De acuerdo a proveedor |
|  | Citotóxicos | Según el proveedor |

1.9 Tener personal médico capacitado en las prácticas correctas y seguras en la sedación como en anestesia, para prescribir los medicamentos genéricos o innovadores como sedantes, opioides, relajantes neuromusculares y antagonistas. Identificar al paciente^(MISP.1), a los medicamentos de alto riesgo^(MISP.3), implementar órdenes/indicación por razón necesaria PRN y adicionales permitidas: de urgencia, permanentes o de detención automática, basadas en el peso o superficie corporal en caso de pediatría; órdenes verbales/telefónicas y el proceso de doble verificación verificación.^(MMU.4 ME 1)

1.10 Tener disponibilidad de equipos biomédicos para monitorizar al paciente durante la sedación y la recuperación, para pediatría como adulto. Se deben revisar los equipos biomédicos (monitoreo, ventiladores

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	
				Hoja: 21	De: 31

mecánicos, gases medicinales) en quirófano y fuera de quirófano (servicios clínicos) antes de iniciar una sedación.

1.11 Para iniciar cualquier procedimiento de sedación moderada a profunda, el hospital debe proporcionar los requerimientos, disponer de equipo médico y/o de anestesia para la oxigenación y ventilación del paciente, monitorización (monitoreo de signos vitales, de intercambio gaseoso y de profundidad anestésica), instrumental para abordaje de la vía aérea como mango y hojas de laringoscopia para intubación orotraqueal, tubos o sondas endotraqueales (con globo y sin globo) pediátricas y para adultos, guías, intercambiadores e insumos y fármacos: opioides, sedantes, bloqueadores neuromusculares y antagonistas, infusores necesarios para todos los procedimientos anestésicos-quirúrgicos.^(GLD.3.2.1 EM 3)

1.12 Contar con equipo para el control de la vía aérea: toma de oxígeno y aspirador de secreciones, mascarilla facial, Cánula de Guedel y nasofaríngea, mascarilla laríngea clásica, reanimador (Ambú) o sistema Bain para la ventilación, laringoscopio y hojas de laringoscopia funcionando, guías, traqueostomía y fibrobroncoscopio tanto para adultos como pediátricos. Para reanimación cardiopulmonar contar con carro de paro y desfibrilador.

1. Políticas y procedimientos que guían el proceso de aplicación de sedación por un médico no anesthesiologo. Se identifican los médicos y los servicios autorizados. (Ver ASC.3, EM 1, 2)

Políticas

- 2.1. Todo paciente adulto o pediátrico que requiera de sedación de moderada a profunda fuera del área de quirófano, debe contar con una valoración pre-sedación previa al procedimiento, realizada por el médico no anesthesiologo autorizado del INER que suministrará la sedación.
- 2.2. Los médicos no anesthesiologos autorizados son: terapistas, urgenciólogos, neumólogos, pediatras, cirujanos cardiorríticos, otorriolaringólogos, endoscopistas, estomatólogos, médicos residentes de posgrado en formación, excepto médicos de pregrado y estudiantes de medicina.
- 2.3. La valoración pre-sedación previa al procedimiento en adultos o niños, debe dar como resultado oportunidad y asertividad en la toma de decisiones, incluso cuando el estado de salud del paciente cambie.
- 2.4. Debe contar con el formato de Consentimiento informado de sedación, debidamente requisitado y firmado.

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 22	De: 31

- 2.5. Realizar la nota de valoración pre-sedación en el Expediente clínico acorde a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y a la NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, y a los Manuales de Procedimientos vigentes.
- 2.6. Llevar a cabo el principio de “*un único nivel de calidad de atención*”, proporcionar una atención uniforme de calidad: acceso a la atención y tratamiento adecuado prestados por personal calificado.^(COP.1 EM 3)
- 2.7. Si la sedación es para facilitar los procedimientos invasivos o la ventilación mecánica, se requiere realizar el Protocolo Universal, (Lista de verificación de la seguridad del paciente).
- 2.8. Garantizar la seguridad de los pacientes con los medicamentos opiodes y psicotrópicos considerados de Alto Riesgo^(MISP.3), para prevenir errores de medicación en la sedación los fármacos deben ser identificados y etiquetados en forma clara, deben almacenarse con acceso restringido. Recetados en la nota de indicaciones médicas, empleando doble verificación o doble chequeo en el proceso de preparación antes de ser suministrados por enfermería.
- 2.9. Proporcionar monitorización de las constantes vitales durante la sedación, además de monitorización y cuidados post-sedación durante el periodo de recuperación.
- 2.10. Debe ser revalorado el paciente durante el proceso de sedación, a intervalos adecuados a sus necesidades para determinar la respuesta al plan de sedación, planificar la continuación del tratamiento o el alta: se documenta la revaloración en el expediente clínico para el uso del personal de salud.^(AOP.2, EM 2)

Políticas ASC. 3.1

El anesthesiólogo lleva a cabo una evaluación pre-sedación. [\(ver políticas y em de asc.3\)](#)

Políticas

1. Todo paciente adulto o pediátrico que requiera de sedación de moderada a profunda debe contar con una valoración presedación previa al procedimiento, realizada y gestionada por el anesthesiólogo y/o médicos especialistas del INER.
2. La valoración presedación debe originar un resultado de oportunidad y asertividad en la toma de decisiones, incluso cuando el estado de salud del paciente cambie previa al procedimiento de sedación en adultos o niños.

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 23	De: 31

3. Debe contar con Consentimiento informado de sedación, debidamente requisitado y firmado.
4. Evidenciar la nota de valoración presedación en el Expediente clínico acorde a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y a la NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, y a los Manuales de Procedimientos vigentes.

Políticas asc.3.2

Durante la sedación y el periodo de recuperación se monitoriza al paciente. (asc.3, ver políticas y en de asc.3.1)

Políticas

1. Proporcionar monitorización de las constantes vitales durante la sedación, tanto a niños como adultos.
2. Debe ser revalorado el paciente durante el proceso de sedación, a intervalos adecuados a sus necesidades para determinar la respuesta al plan de sedación, planificar la continuación del tratamiento o el alta: se documenta la revaloración en el expediente clínico para el uso del personal de salud. (AOP.2, EM 2)
3. Continuar con monitorización y cuidados post-sedación durante el periodo de recuperación. Se documenta en una nota en el expediente clínico. Aplica en edades pediátricas como en adultos.

ESTÁNDAR ASC.4

ESTÁNDAR INDISPENSABLE

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 24 De: 31

El anesthesiólogo lleva a cabo una evaluación preanestésica y otra previa a la inducción.

Elementos Medibles de ASC.4

1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente.
2. La valoración preanestésica la realiza un médico anesthesiólogo.
3. La valoración preanestésica se documenta en el expediente clínico.
4. Se realiza una valoración inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
5. La valoración previa a la inducción la realiza un médico anesthesiólogo.
6. La valoración previa a la inducción de la anestesia se documenta en el expediente clínico.

PROPÓSITO

- a. Inicialmente realizar por el anesthesiólogo y residente de anestesia en formación, la evaluación preanestésica del paciente programado de forma electiva o de urgencia para planificar el proceso de anestesia, seleccionar la técnica y suministrar los fármacos anestésicos en forma segura y correcta, y disminuir los riesgos anestésicos-quirúrgicos. Se evidencia en la nota de valoración preanestésica en el expediente clínico.
- b. La siguiente evaluación anestésica, se lleva a cabo en el quirófano por el anesthesiólogo y residente de anestesia en formación, durante el Registro de entrada que es la primera fase del Protocolo Universal (Lista de verificación de cirugía segura y procedimiento correcto), antes de la inducción anestésica.
- c. Suministrar los fármacos anestésicos en forma segura, para prevenir errores de medicación en la anestesia; los fármacos deben estar identificados y etiquetados en forma clara (nombre genérico, dosis por mL), almacenados con acceso restringido. Empleando doble verificación o doble chequeo en el proceso de preparación (dos anesthesiólogos), deben ser diluidos antes de ser suministrados en caso de pediatría y registrados en la hoja de registro anestésico y de control de medicamentos.
- d. Monitorizar y documentar el control de las constantes vitales, en intervalos de 5 minutos, interpretar los hallazgos para su tratamiento oportuno y realizar el registro anestésico.
- e. Debe ser revalorado el paciente cada 5 min. durante el proceso de anestesia a intervalos adecuados a sus necesidades para determinar la respuesta al plan de anestesia, planificar la continuación del manejo anestésico para el tratamiento o el alta: se documenta la revaloración en el registro de anestesia durante el procedimiento quirúrgico y en la nota médica en el expediente clínico como nota postanestésica. (AOP.2, EM 2)

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL- ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 25 De: 31	

		INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS			
DIRECCIÓN GENERAL		Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC
Anestesia y Atención Quirúrgica		Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 26 De: 31

Políticas

- 
 Todo paciente que ingrese a cualquier procedimiento quirúrgico ya sea programado en forma electiva o de urgencia debe contar con una valoración preanestésica la cual debe proporcionar la información necesaria para que el anestesiólogo seleccione el tipo de anestesia, el plan de manejo anestésico y la atención de la anestesia durante y después de la cirugía. Realizada inicialmente por el anestesiólogo y residente de anestesia en formación, 12 a 24 horas mínimo antes de la cirugía.

- 
 El médico anestesiólogo debe explicar de manera clara al paciente y/o familiar responsable los riesgos que conlleva la anestesia, inducción anestésica, así como los beneficios de los tipos de anestesia y las alternativas. Implementar la evidencia con el consentimiento informado, en el expediente clínico.

- 
 En caso de pacientes que requieran cirugía de emergencia el médico anestesiólogo debe realizar la valoración preanestésica en corto tiempo.

- 
 La siguiente evaluación anestésica, se lleva a cabo en el quirófano por el anestesiólogo y residente de anestesia en formación, durante la primera fase de la lista de verificación de cirugía segura y procedimiento correcto, antes de la inducción anestésica.

- 
 El anestesiólogo debe reportar en la nota de valoración preanestésica en el expediente clínico el tipo de anestesia, el plan anestésico que empleará para la cirugía del paciente, emitir los riesgos anestésicos pertinentes y el pronóstico.

- 
 El médico anestesiólogo debe llevar un control constante de los signos vitales del paciente cada 5 min. durante todo el tiempo quirúrgico y en el postquirúrgico cada 15 min, asentar los datos en el registro anestésico, y la hoja de cuidados postanestésicos correspondiente del expediente clínico.

- 
 Una vez finalizada la cirugía el médico anestesiólogo debe manejar el estado postanestésico del paciente y transferirlo al área de recuperación.

Paciente en recuperación:

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01 Hoja: 27	De: 31

-  Todo paciente que salga de cirugía debe pasar a la sala de recuperación y permanecer ahí mínimo una hora, hasta que el médico anesthesiólogo indique su transferencia a piso o lo de de alta del servicio de anestesia.
-  El médico anesthesiólogo debe dar manejo en recuperación al estado postanestésico del paciente con oxígeno, monitorización y alivio del dolor, reportar todo en el expediente clínico en el formato de cuidados postanestésicos.
-  Todo paciente debe contar con la hoja de cuidados postanestésicos en la sala de recuperación, la cual debe ser requisitada por el anesthesiólogo .
-  El Médico Anesthesiólogo debe ser el único que puede dar de alta un paciente de recuperación.
-  Si por algún motivo de atención del paciente en sala, el médico anesthesiólogo no se encuentra presente, enfermería debe comunicarse en forma efectiva con el médico y registrar la indicación de egreso cuando sea indicada por el anesthesiólogo responsable del caso.

Atención quirúrgica del paciente

-  El médico cirujano debe emitir un diagnóstico preoperatorio antes de que el paciente ingrese a quirófano.
-  El médico cirujano debe dejar asentado en el expediente clínico del paciente una nota de valoración preoperatoria, que incluye diagnóstico preoperatorio, cirugía proyectada, riesgo, cirujano responsable, resumen acerca del tipo de cirugía que se planea realizar con antecedentes personales heredofamiliares, no patológicos y patológicos, padecimiento actual, exploración física, laboratorio, plan, pronóstico, debidamente firmada por el cirujano responsable, antes de que el paciente ingrese a quirófano.
-  El médico debe explicar de manera clara y comprensible al paciente y/o familiar o representante legal acerca del procedimiento quirúrgico, así como sus riesgos, beneficios y alternativas.
-  El médico cirujano debe informar al paciente y/o familiar responsable acerca de la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas, también. en lo que respecta al uso de sangre y hemoderivados

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	
				Hoja: 28	De: 31

 Todo paciente que ingrese a quirófano a cualquier tipo de cirugía debe contar con un consentimiento informado, firmado por él o por el familiar o representante legal y el cirujano, el cual debe ser anexado al expediente clínico.

 Los procesos esenciales que conforman el *Protocolo Universal* son:

- Marcado del sitio anatómico, línea de 3 cm.
- Proceso de verificación pre-procedimiento, registro de entrada.
- Tiempo fuera o “time-out” que tiene lugar justo antes del comienzo del procedimiento.

Todo paciente sometido a cirugía debe contar con la hoja de Protocolo Universal, para registro de verificación de cirugía segura y procedimiento correcto. Siendo archivados en el expediente clínico.

 La hoja de verificación de cirugía segura y procedimiento correcto debe ser requisitada por la enfermera circulante de quirófano y firmada por el equipo de salud: cirujano, anesthesiólogo y enfermería.

 La enfermera circulante debe verificar que el sitio de cirugía este marcado en el paciente al recibir al paciente, antes de iniciar el procedimiento.

 De no estar marcado el sitio quirúrgico, la enfermera debe solicitar al médico cirujano que marque el sitio quirúrgico donde el paciente será intervenido.

Por ningún motivo debe iniciar algún procedimiento quirúrgico sin contar con todos los elementos necesarios para garantizar la seguridad del paciente.

Cirugía Segura

1. En todo Procedimiento Quirúrgico programado, para ser realizado debe cumplir con los criterios establecidos en el Protocolo Universal, la “Lista de Verificación para Cirugía Segura” INER-SC-01 (07-2015), en la fase de **Entrada**, o verificación preoperatoria, que se realiza momentos antes de la inducción de la anestesia; si no se cumple, el equipo quirúrgico debe detener el procedimiento por seguridad del Paciente.

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 29 De: 31

2. Para continuar con el Protocolo Universal, el Procedimiento Quirúrgico debe cumplir con los criterios de verificación de la fase de **“Tiempo fuera”** (Time out o Pausa Quirúrgica) donde se señala el sitio quirúrgico, procedimiento y paciente correctos, antes de realizar la incisión; si no se cumple, el equipo quirúrgico debe detener el acto quirúrgico por seguridad del Paciente.
3. Para finalizar el Procedimiento Quirúrgico y cumplir con la fase de **Salida** (antes de salir el paciente de Quirófano) no deben de existir aspectos críticos hemodinámicos ni complicaciones para su egreso a recuperación y/o terapia intensiva; si no se cumple, el equipo quirúrgico debe detener el egreso del paciente de la sala de cirugía por seguridad del mismo.
4. En los Procedimientos Quirúrgicos de Urgencia, al menos debe ser efectuada el Tiempo fuera (Pausa Quirúrgica).
5. La lista de verificación de la seguridad de la cirugía (INER-SAM 08-01-2015) también debe aplicar en procedimientos invasivos, terapéuticos y de alto riesgo que se realizan fuera de quirófano, en áreas como Hospitalización (Servicios clínicos), consulta externa (ORL), terapia intensiva, consultorio de estomatología y en áreas de urgencia, donde se requiere realizar al menos la pausa quirúrgica, en procedimientos como:

-  Fibrobronoscopías, endoscopias y fibrolaringoscopias
-  Procedimientos Hemodinámicos: cateterismo, embolización, otros
-  Colocación de Sondas endopleurales, catéteres (central, dialisis peritoneal)
-  Biopsias ganglionares, por aspiración en cuello o de cualquier otro tipo
-  Drenajes de abscesos
-  Cauterización de cornetes, taponamientos nasales
-  Traqueostomía abierta y percutánea
-  Gastroscopias, gastrostomía percutánea
-  Terapia de sustitución renal
-  Hemoterapia: biopsia médula ósea, transfusión
-  Imagenología: ultrasonido, biopsia dirigida por tomografía computarizada TC, medio de contraste.
-  Radioterapia: Yodo radioactivo, gammagrafia ventilatoria/perfusoria
-  Quimioterapia
-  Otros no especificados en esta lista

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 30 De: 31

6. La enfermera circulante o la responsable del paciente, es la encargada de realizar las tres fases de la “Lista de verificación para Cirugía Segura y procedimiento correcto” o la pausa quirúrgica en el quirófano y demás áreas de los servicios clínicos que corresponda. También verifica la firma del cirujano, anesthesiólogo y enfermera que participaron en el procedimiento.
7. Antes de cualquier Procedimiento Quirúrgico o procedimiento invasivo, el Paciente o familiar responsable debe otorgar de manera documental su consentimiento informado.
8. **El marcado del sitio anatómico involucra la participación del paciente y se lleva a cabo colocando una marca o señal estandarizada e inequívoca definida por el INER.**
 - a. En todo Procedimiento Quirúrgico, el sitio quirúrgico que se relacione con lateralidad o estructuras múltiples o que afecte la seguridad del paciente debe existir un marcaje en la piel del sitio quirúrgico documental y físico: **marcaje** en piel con **una línea de uno a tres cm. de longitud aproximadamente.**
9. Puede ser omitido el marcaje físico cuando la lesión es claramente visible, ejemplo fractura expuesta.
10. Todo Procedimiento de mínima invasión que implique la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural, se utilizará el marcaje documental.
11. El marcaje documental sin marcaje físico, debe ser permitido cuando:
 -  Los pacientes no aceptan el marcado en la piel y debe ser registrado en el Consentimiento informado.
 -  Cuando el marcado es técnica o anatómicamente imposible, por ejemplo en mucosas o perineo.
 -  En procedimientos estomatológicos o de maxilofacial.
 -  En menores de 2 años, ya que pudiera causar una marca permanente.
12. Si el Médico Tratante no efectúa el marcaje, será el responsable de designar a otro médico que lo realice, siempre y cuando conozca al Paciente.
13. Antes de realizar los procedimientos invasivos enlistados en Radioterapia, Hemoterapia, terapia de sustitución renal, endoscopia y otras áreas, la enfermera responsable del Paciente en colaboración

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL- ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día	Mes	Año	Rev. 01	
	15	01	2017	Hoja: 31	De: 31

con todo el equipo de salud que interviene, debe efectuar la Verificación de la lista para cirugía segura y procedimiento correcto.

De acuerdo a la morbilidad Hospitalaria, debe ser actualizada la lista de procedimientos que requieren verificación de cirugía segura.

 	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, ISMAEL COSÍO VILLEGAS				
DIRECCIÓN GENERAL	Fecha de Autorización			Código: INER-POL-ASC	
Anestesia y Atención Quirúrgica	Día 15	Mes 01	Año 2017	Rev. 01	Hoja: 32 De: 31

7 Integrantes de Grupo de Anestesia y Atención Quirúrgica.

Nombre	Cargo y Adscripción
Dra. Ma. Rosario Patricia Ledesma Ramírez.	Jefe Servicio de Anestesiología.
Dr. Juan Carlos Vázquez Minero	Jefe Servicio Cirugía Cardiorácica
Dr. Enrique Guzmán de Alba	Subdirector de Cirugía
Mtra. Martha Castillo Gonzáles	Jefa del Departamento de Enfermería
Lic. Jennie A. Camacho Velasquez	Adscrita al Departamento de Calidad
Ing. Karlos Ayala López	Jefe del Depto. de Calidad