INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas

Lineamiento para Valoración Preanestésica



Contenido

Introducción 2
Objetivos 2
Ámbito de aplicación 2
Marco normativo 2
Valoración Preanestésica en cirugía electiva 3
Primera evaluación 3
Segunda evaluación 5
Valoración Preanestésica en cirugía de emergencia 6
Cuadros 8
Cuadro 1. Estimación del riesgo del procedimiento quirúrgico 8
Cuadro 2. Escala de Apfel 8
Cuadro 3. Clasificación del Estado Físico ASA 9
Cuadro 4. Evaluación de la vía aérea 10
Cuadro 5. Tipos de anestesia 12
Cuadro 6. Recomendaciones de ayuno para anestesia general 13
Cuadro 7. Atención de condiciones identificadas en la segunda VPA en cirugía programada 14
Bibliografía 15
Directorio Instituto Mexicano del Seguro Social 17

Introducción

La valoración preanestésica (VPA) es el acto médico mediante el cual la o el especialista en anestesiología evalúa el estado de salud de la persona que será sometida a un procedimiento quirúrgico o diagnóstico que requiera anestesia, sedación o monitoreo/vigilancia con el propósito de identificar factores de riesgo y establecer el plan anestésico correspondiente. Su realización constituye una actividad normada y obligatoria para el personal médico especialista en anestesiología, de conformidad con la NOM-006-SSA3-2011.

Las sociedades internacionales como la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) y la *European Society of Anaesthesiology and Intensive Care* (ESAIC), establecen que una valoración preanestésica de alta calidad considera realizar: historia clínica, exploración física, revisión de las pruebas de laboratorio y/o gabinete con lo que establece el riesgo anestésico y finalmente elabora el plan anestésico.

La VPA tiene como finalidad:

- Establecer el riesgo anestésico
- Formular el plan anestésico-analgésico
- Establecer pautas perioperatorias
- Reducir la morbimortalidad perioperatoria
- Favorecer la seguridad del procedimiento anestésico
- Mitigar la ansiedad del paciente

Objetivos

- Estandarizar la valoración preanestésica de las personas candidatas a cirugía o procedimientos diagnósticos, para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia del proceso anestésico.
- Optimizar las condiciones médicas del paciente antes de la cirugía para disminuir posibles complicaciones derivadas del procedimiento anestésico.
- Contribuir a la optimización de la programación quirúrgica.
- Identificar los recursos necesarios para el proceso anestésico.

Ámbito de aplicación

El presente lineamiento es de observancia obligatoria en las Unidades Médicas de segundo, tercer nivel de atención y en las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA), que realizan la valoración preanestésica en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Marco normativo

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4º. Párrafo adicionado Diario Oficial de la Federación (DOF) 03-02-1983. Reformado DOF 08-05-2020.
- Ley General de Salud. Secretaría de Salud, publicado originalmente en el DOF el 7 de febrero de 1984.
- Ley del Seguro Social. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 texto vigente. Última reforma publicada DOF 15-01-2026.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986 texto vigente. Última reforma publicada DOF 17-07-2018.

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985 texto vigente. Última reforma publicada DOF 26-03-2014.
- Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS. Reglamento publicado en el DOF, el 30 de noviembre de 2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, cuando corresponda.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo del 2012.
- Procedimiento para la planeación, programación y atención preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria en unidades médicas de tercer nivel de atención, clave 2430-003-006.
- Procedimiento para la planeación, programación y atención preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria en unidades médicas de segundo nivel de atención, clave 2660-003-066.
- Procedimiento para la atención médica diagnóstica y terapéutica en las Unidades Médicas de Atención Ambulatoria (UMAA) 2660-003-05.

Valoración preanestésica en cirugía electiva

En cirugía electiva, la VPA deberá realizarse previo al procedimiento, considerando el riesgo quirúrgico, las comorbilidades y las condiciones clínicas del paciente. La primera VPA se realizará con suficiente anticipación al procedimiento quirúrgico. En los pacientes que hayan requerido valoración preoperatoria (VPO), se deberán revisar sus resultados y recomendaciones como parte de la evaluación integral. La segunda valoración se efectuará previo al procedimiento, con la finalidad de verificar las condiciones clínicas, la preparación del paciente y los recursos necesarios para la atención anestésica. (ASA Comité de Economía, 2023; Lamperti M. Guía ESAIC 2025; NOM-006-SSA3-2011; Procedimiento IMSS 2660-003-066).

Primera evaluación

¿En qué consiste la VPA para cirugía electiva?

- Analizar la nota quirúrgica de referencia.
- Analizar el resultado de la VPO (estratificación de riesgo, recomendaciones específicas, plan de medicamentos, resultados críticos), en los pacientes que la requirieron.
- Identificar la fecha probable o programada en que se realizará el procedimiento.
- Identificar las características del procedimiento a realizar como la duración de este, la posición en la que debe mantenerse el paciente durante el procedimiento, la pérdida sanguínea estimada y la posibilidad de requerir transfusión sanguínea.
- Identificar el riesgo del procedimiento quirúrgico (cuadro 1).

- Revisar o realizar la historia clínica dirigida a conocer:
  - Antecedentes personales patológicos.
  - Alergias y anafilaxia documentada (relajantes neuromusculares, látex, clorhexidina, adhesivos entre otros).
  - Comorbilidades relevantes para el procedimiento quirúrgico o anestésico.
  - Consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias.
  - Medicamentos en uso como anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, corticoesteroides, antiinflamatorios no esteroideos, antihipertensivos (inhibidores de la ECA y antagonistas de los receptores de angiotensina II), furosemida, metformina, sulfonilureas, insulina, agonistas de GLP-1, iSGLT2 y suplementos alimenticios (Ginkgo Biloba, Ginseng, Ajo concentrado, Jengibre, Vitamina E, Valeriana o la hierba de San Juan).
  - Cirugías previas.
  - Antecedente personal y/o heredofamiliar de anestesia previa (hipertermia maligna, dificultad de vía aérea, náuseas o vómitos postoperatorios).
  - El riesgo de náusea y vómitos postoperatorios (cuadro 2).
  - Dispositivos implantados como marcapasos, desfibrilador, neuro-estimuladores, bombas de infusión implantables.
  - Uso de prótesis dentales.
  - Peso y talla.
- Evaluar las pruebas diagnósticas (laboratorio y gabinete) disponibles.
- Solicitar estudios complementarios únicamente cuando exista una condición clínica que pueda influir en el plan y riesgo anestésico y documentar en el expediente clínico la justificación de cada estudio solicitado y programar la consulta para la valoración de los estudios.
- Solicitar interconsulta con el especialista que considere pertinente.
- Realizar la exploración física esencial antes de cualquier procedimiento de anestesia o sedación, con especial énfasis en conocer el estado:
  - Cardiopulmonar.
  - Neurológico.
  - La vía aérea.

    Pruebas clínicas para evaluar la vía aérea:

Distancia interincisiva o apertura oral
Evalúa la amplitud de apertura de la boca y el espacio disponible para introducir y manipular dispositivos en la vía aérea.

Mordida del labio superior
Valora la capacidad de protrusión /subluxación mandibular integrando la relación dentaria y la movilidad de los tejidos blandos del labio superior.

Protrusión mandibular
Explora movilidad mandibular.

Bellhouse-Doré
Evalúa la movilidad de la articulación atlanto-occipital (movilidad cervical).

Mallampati modificado
Evalúa la relación entre el tamaño de la lengua y el espacio disponible en la orofaringe.

Distancia tiro-mentoniana (Patil Aldreti)
Evalúa indirectamente el espacio mandibular disponible para el desplazamiento de la lengua durante la laringoscopia y la relación entre mandíbula y laringe.

Distancia esternomentoniana
Integra dimensiones faciales y cervicales, especialmente la capacidad de extensión de la cabeza y cuello.

Los detalles sobre la realización y valoración de las pruebas se encuentran en el cuadro 4.

- Registrar los hallazgos en la nota preanestésica en el expediente clínico, de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012, incluyendo:
  - Evaluación clínica del paciente, señalando los datos fundamentales en relación con la anestesia.
  - Plan anestésico, de acuerdo con las condiciones del paciente y del procedimiento planeado.
  - Valoración del riesgo anestésico-quirúrgico y en su caso, el pronóstico de la aplicación del procedimiento.
  - Indicaciones y recomendaciones del servicio de anestesiología.
- Programar sesión colegiada de los casos complejos, alto riesgo quirúrgico o anestésico, necesidad de recursos extraordinarios, evaluar el riesgo beneficio e identificar posibles alternativas con Cirugía, Medicina Interna y/o Cardiología (según el caso).
- Clasificar el estado físico mediante la escala ASA (cuadro 3).
- Establecer el plan anestésico-analgésico que incluye:
  - Técnica anestésica más adecuada (general, regional, local o sedación) (cuadro 5).
  - Estrategia de manejo de la vía aérea cuando se identifiquen factores predictivos de dificultad, considerando las técnicas, dispositivos y recursos necesarios para su atención segura.
  - Ayuno antes del procedimiento quirúrgico respecto a alimentos sólidos y líquidos (cuadro 6).
  - Medicación habitual (cuáles fármacos suspender, cuáles mantener el día de la cirugía y cuándo reiniciarlos).
  - Medicación preanestésica.
  - Tratamiento del dolor postoperatorio.
- Establecer una relación de confianza médico-paciente.
- Informar al paciente y/o persona legalmente responsable el tipo de anestesia que requiere, los riesgos y beneficios del procedimiento anestésico y las alternativas posibles en caso de existir.
- Resolver las dudas del paciente y/o persona legalmente responsable.
- Solicitar la firma del “Consentimiento informado” o en caso de no aceptar el procedimiento anestésico el de “Denegación del consentimiento informado para la realización de procedimientos anestésicos” e integrarlo al expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012).

Segunda evaluación

Se realiza previo al procedimiento.

¿En qué consiste la valoración?

- Corroborar identidad, diagnóstico y procedimiento quirúrgico programado.
- Verificar la nota de VPA previa y, si no existe, realizarla o actualizarla en ese momento.
- Identificar los cambios clínicos ocurridos desde la primera VPA y si tienen repercusión anestésica, que modifiquen el riesgo y el plan anestésico.
- Evaluar condición de los signos vitales.
- Realizar interrogatorio directo y dirigido además de exploración física.
- Identificar signos o síntomas de infección, así como descontrol o descompensación de enfermedades crónicas que puedan modificar el riesgo anestésico. Solicitar estudios complementarios cuando estén clínicamente indicados y establecer las medidas de atención correspondientes (cuadro 7).

- Confirmar el cumplimiento del ayuno de acuerdo con el tipo de alimento y procedimiento programado (cuadro 6).
- Verificar que la medicación habitual cumpla con lo establecido en el plan anestésico (fármacos suspendidos y los que se deben mantener el día de la cirugía) y corroborar la premedicación.
- Revisar resultados de estudios solicitados.
- Confirmar disponibilidad de sangre si fue recomendado o previsto su uso y gestionar una alternativa segura si no se dispone de la sangre.
- Reiterar al paciente la información sobre el procedimiento anestésico.
- Atender las condiciones del paciente (cuadro 7) y verificar que se cuente con los recursos necesarios para realizar el procedimiento, en caso de no disponer de algún recurso solicitado gestionar una alternativa segura.
- Establecer los riesgos y el plan anestésico.
- Verificar que cuente con la firma del "Consentimiento informado" o en caso de no aceptar el procedimiento anestésico el de "Denegación del consentimiento informado para la realización de procedimientos anestésicos" e integrarlo al expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012).

Valoración Preanestésica en cirugía de emergencia

La VPA en cirugía de emergencia debe realizarse de forma rápida y simultánea a la estabilización del paciente. Su objetivo principal es identificar riesgos vitales inmediatos, evaluar la posibilidad de una vía aérea difícil y establecer el plan anestésico más seguro, sin retrasar el tratamiento quirúrgico.

¿En qué consiste la VPA para cirugía de emergencia?

- Realizar interrogatorio con la mnemotecnia AMPLE si el estado clínico del paciente o la emergencia lo permite (a través del paciente o un familiar):

A	Alergias a medicamentos (especialmente analgésicos, antibióticos y anestésicos previos), látex o alimentos.
M	Medicamentos de uso habitual como anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, antihipertensivos, hipoglucemiantes o corticoides.
P	Enfermedades previas y actuales principalmente cardiovasculares, pulmonares, renales, hepáticas, metabólicas (diabetes) o antecedentes de hipertermia maligna/complicaciones anestésicas previas.
L	Última ingesta oral, especificando hora y tipo de alimento (sólidos o líquidos), para identificar el riesgo de estómago lleno y prevenir la broncoaspiración.
E	Eventos como la causa directa de la emergencia quirúrgica y mecanismo de trauma o inicio de los síntomas.

- Realizar la conciliación de medicamentos que consiste en revisar y verificar los medicamentos que toma una persona y compararlos con la prescripción actual, identificar los medicamentos que tengan interacciones con los anestésicos, así como el riesgo asociado a la interrupción de alguno de los medicamentos, para establecer qué debe continuar, cambiar o suspender con la finalidad de prevenir complicaciones como hemorragias graves, hipotensión o hipoglucemia principalmente.
- Los medicamentos que requieren evaluación son: anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, corticoesteroides, antiinflamatorios no esteroideos, antihipertensivos (inhibidores de la ECA y antagonistas de los receptores de angiotensina II), furosemida, metformina, sulfonilureas, insulina, agonistas de GLP-1, iSGLT2 y suplementos alimenticios (Ginkgo Biloba, Ginseng, Ajo concentrado, Jengibre, Vitamina E, Valeriana o la hierba de San Juan) entre los más frecuentes.

- Realizar exploración física dirigida:
  - Evaluar signos vitales, estado neurológico, respiratorio y hemodinámico.
  - Evaluar la condición de la vía aérea (cuadro 4).
  - Evaluar acceso venoso.
- Identificar sangrado activo.

- Solicitar estudios de laboratorio y gabinete según la condición del paciente, sin retrasar la atención quirúrgica de emergencia:
  - Biometría hemática completa: valorar prioritariamente hemoglobina, hematocrito y plaquetas.
  - Tiempos de coagulación (TP, TTPa, INR) para identificar coagulopatías o efecto de anticoagulantes.
  - Grupo sanguíneo, Rh y cruzamiento para reservar hemoderivados.
  - Química sanguínea y electrolitos (glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio).
  - Gasometría arterial y lactato para evaluar perfusión tisular, equilibrio ácido-base y estado de choque.
  - Estudios de gabinete: Electrocardiograma y radiografía de tórax si están indicados y la estabilidad del paciente lo permite.

- Establecer los riesgos.
- Clasificar el estado físico con la escala ASA (cuadro 3). Todo paciente que será intervenido de emergencia recibe la denominación “Emergencia” y se deberá adicionar una “E” después del grado (ASA III-E).

- Establecer el plan anestésico y manejo del riesgo:
  - Ratificar o rectificar el riesgo quirúrgico.
  - Considerar la inducción de secuencia rápida en pacientes sometidos a cirugía de emergencia que requieran anestesia general, de acuerdo con las condiciones clínicas y el riesgo de broncoaspiración.
  - Planear la estrategia de reanimación hemodinámica como el plan de fluidoterapia, preparación de hemoderivados, vasopresores o inotrópicos.

- Informar al equipo quirúrgico los riesgos perioperatorios relevantes, incluido el riesgo de mortalidad.

- Solicitar si es posible (condiciones clínicas del paciente o disponibilidad del especialista requerido), en pacientes de alto riesgo y condiciones como delirium, lesión renal aguda, diabetes con complicaciones agudas o cardiopatía isquémica valoración por el especialista médico correspondiente.

- Considerar e informar la posibilidad de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos.

- Solicitar la firma del “Consentimiento informado” o en caso de no aceptar el procedimiento de anestesia el de “Denegación del consentimiento informado para la realización de procedimientos anestésicos” e integrarlo al expediente clínico. Se obtienen del paciente o un familiar responsable. Si el paciente está inconsciente y sin familiares, prevalece el principio médico de emergencia para salvar la vida (NOM-004-SSA3-2012).

Cuadros

Cuadro 1. Estimación del riesgo del procedimiento quirúrgico

Estima el riesgo de muerte por cualquier causa dentro de los primeros 30 días después de la cirugía.		
Riesgo bajo (<1%)	**Riesgo intermedio (1-5%)**	**Riesgo alto (>5%)**
• Cirugía de mama. • Dental. • Endocrina (tiroides). • Ocular. • Ginecológica. • Ortopédica (meniscectomía). • Reconstructiva. • Cirugía superficial. • Urológica: resección transuretral de próstata. • CTAV (resección pulmonar).	• Carotídea asintomática (endarterectomía o stent carotídeo). • Carotídea sintomática (endarterectomía). • Reparación endovascular de aneurisma de aorta. • Cirugía de cabeza y cuello. • Intraperitoneal: esplenectomía, reparación de hernia de hiato, colecistectomía. • Intratorácica. • Neurológica u ortopédica (cirugía de cadera y columna). • Angioplastia arterial periférica. • Trasplante renal. • Urológica o ginecológica.	• Resección de glándulas suprarrenales. • Cirugía aórtica y vascular. • Carotídea sintomática (stent carotídeo). • Cirugía de duodeno y páncreas. • Resección de hígado, cirugía de vías biliares. • Esofagectomía. • Revascularización abierta de extremidades inferiores por isquemia aguda o amputación. • Neumonectomía (CTAV o cirugía abierta). • Trasplante pulmonar o hepático. • Reparación de perforación intestinal. • Cistectomía total.

CTAV cirugía torácica asistida por vídeo.

Fuente: Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, Hall TS, Abdelhamid M, Barbato E, et al. ESC Scientific Document Group. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. Eur Heart J. 2022;43(39):3826-3924. doi:10.1093/eurheartj/ehac270.

Cuadro 2. Escala de Apfel simplificada para náusea y vómitos postoperatorios

Estima el riesgo de náusea y vómitos postoperatorios en adultos.		
Factor de riesgo	**Presente**	**Ausente**
Sexo femenino	1	0
Antecedente de nausea y vómitos postoperatorios o cinetosis (mareo por movimiento)	1	0
No fumador/a	1	0
Uso previsto de opioides postoperatorios	1	0
Total	0–4 puntos	

Interpretación del puntaje total		
Puntaje	Probabilidad de nausea y vómito postoperatorio	Clasificación
0	10%	Bajo
1	21%	
2	39%	Moderado
3	61%	Alto
4	79%	

Fuentes: Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. 1999;91(3):693–700. doi:10.1097/00000542-199909000-00022. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg. 2020;131(2):411–448. doi:10.1213/ANE.0000000000004833

Cuadro 3. Clasificación del Estado Físico mediante la escala ASA (*ASA Physical Status*)

Clasificación	Descripción	Ejemplos
ASA I	Paciente sano, sin enfermedad sistémica.	Adulto sano, no fumador, consumo mínimo o nulo de alcohol.
ASA II	Paciente con enfermedad sistémica leve, sin limitación funcional importante.	Hipertensión o diabetes bien controladas, tabaquismo, obesidad (IMC 30–39.9), embarazo.
ASA III	Paciente con enfermedad sistémica grave con limitación funcional sustancial.	Diabetes o hipertensión mal controladas, EPOC, obesidad mórbida (IMC ≥40), ERC en diálisis, Hepatitis activa, cáncer activo, inmunosupresión, alcoholismo, marcapasos implantado, así como antecedente de infarto de miocardio, EVC y accidente isquémico transitorio y Stent coronario mayor de 3 meses.
ASA IV	Paciente con enfermedad sistémica grave que constituye una amenaza constante para la vida.	Insuficiencia cardiaca descompensada, angina inestable, sepsis, disfunción multiorgánica.
ASA V	Paciente moribundo que probablemente no sobrevivirá sin la operación.	Rotura de aneurisma, traumatismo masivo, isquemia intestinal con choque.
ASA VI	Paciente con muerte cerebral cuyos órganos serán extraídos para donación.	Donador de órganos con muerte cerebral declarada.
Modificador de emergencia: La letra 'E' se agrega a cualquier categoría ASA cuando el procedimiento se realiza en condición de emergencia (por ejemplo: ASA III-E).		

Fuente: American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System [Internet]. Schaumburg (IL): American Society of Anesthesiologists; 2020 [actualizado 13 dic 2020; acceso el 31 jul 2026].

Cuadro 4. Evaluación de la vía aérea

El objetivo es identificar las características anatómicas y funcionales asociadas con una mayor dificultad para la ventilación, laringoscopia o intubación, para lo cual se requiere identificar:

Antecedentes de dificultad en el manejo de la vía aérea

- Intubación previa difícil o fallida.
- Suspensión o diferimiento de algún procedimiento debido a imposibilidad de asegurar la vía aérea.
- Antecedente de traqueostomía o cricotiroidotomía.
- Cirugía o radioterapia en boca, cuello o vía aérea.
- Ingreso no previsto a cuidados intensivos relacionado con intentos de intubación.
- Enfermedad o cirugía glótica o subglótica.

Hipoxemia

- Preexistente por lesión pulmonar aguda o síndrome de distrés respiratorio.
- Condiciones asociadas con hipoxemia o disminución de la reserva y disponibilidad de oxígeno (ej. anemia severa).
- Disminución de la reserva de oxígeno por cortocircuito intrapulmonar o cardiaco (derecha – izquierda).

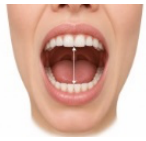
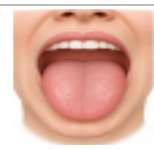
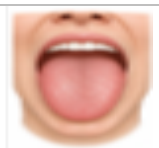
Malformaciones y variedades anatómicas de la vía aérea

- Incisivos prominentes, limitación en la apertura oral, mandíbula corta, paladar ojival, espacio faríngeo anterior disminuido, cuello corto y musculado, reducción de la flexión cervical o articulación atlanto-occipital.
- Tumoraciones maxilofaciales o cervicales (flemones, abscesos, nódulos, pólipos, bocio).
- Malformaciones congénitas maxilofaciales: Labio paladar hendido, Acondroplasia, Síndrome de Down, Pierre Robin, Turner.
- Rigidez articular a nivel cervical secundaria a traumatismos o patología reumática.

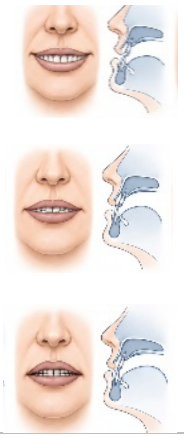
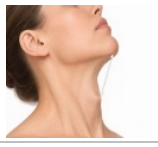
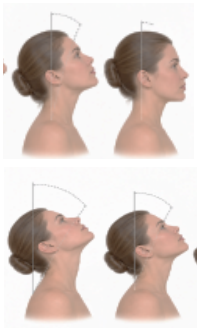
Condiciones como: Obesidad, embarazo a término y Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño

Pruebas clínicas para valorar la vía aérea

Ninguna prueba por sí sola tiene capacidad para identificar una vía aérea difícil.

Prueba	Descripción		Clasificación		Predicción
			Clase	Características	
Distancia interincisivos	• Medir la distancia existente entre los incisivos superiores e inferiores con la boca completamente abierta • En adoncia, medir entre encía superior e inferior.		I	> 3.0 cm	Clase II a IV constituyen hallazgos anatómicos asociados con potencial dificultad para el manejo de la vía aérea.
			II	2.6 – 3.0 cm	
			III	2.0 – 2.5 cm	
			IV	< 2.0 cm	
Mallampati modificado	• Cabeza del paciente en posición neutral. • Solicita abrir y sacar la lengua. • Se observa la visibilidad de las estructuras orofaríngeas.		I	Visible paladar blando, toda la úvula, fauces y pilares de la amígdala.	Clase III y IV se consideran predictivas de intubación difícil
			II	Solo visible el paladar blando y úvula hasta extremo distal.	
			III	Solo visible el paladar blando y la base de la úvula.	
			IV	Solo es visible la lengua y paladar duro.	

Continua cuadro 4

Mordida del labio superior	• Paciente sentado con la cabeza en posición neutral. • Llevar la mandíbula inferior hacia adelante. • Solicitar al paciente morder el labio superior con los incisivos inferiores, tan arriba como sea posible.		I	Incisivos inferiores pueden morder el labio superior por encima del borde bermellón	Clase III se considera predictiva de intubación difícil
			II	Incisivos inferiores pueden morder el labio superior, pero por debajo del borde bermellón	
			III	Incisivos inferiores no pueden morder el labio superior.	
Distancia tiro-mentoniana (Patil Aldreti)	• Cabeza del paciente en extensión completa. • Medir distancia entre la escotadura tiroidea y la punta de la mandíbula.		I	> 6.5 cm	Clase II y III se consideran predictivas de intubación difícil.
			II	6.0 – 6.5 cm	
			III	< 6.0 cm	
Distancia esterno-mentoniana	• Paciente sentado con la boca cerrada y cabeza y cuello en extensión completa. • Medir línea recta desde el borde superior del manubrio esternal hasta la punta del mentón		I	> 13 cm	Clase III y IV se consideran predictivas de intubación difícil.
			II	De 12 a 13 cm	
			III	De 11 a 12 cm	
			III	< 11 cm	
Protrusión mandibular	• Cabeza del paciente en posición neutra • Solicitar desplazamiento de la mandíbula inferior hacia adelante tanto como sea posible. • Comparar posición de incisivos inferiores respecto a los superiores.		A / I	Incisivos inferiores pueden avanzar por delante de los superiores	Clase III se consideran limitación de protrusión y se asocia a intubación difícil.
			B / II	Incisivos inferiores llegan borde a borde con los superiores	
			C / III	Incisivos inferiores no alcanzan el borde los superiores	
Bellhouse-Doré	• Paciente sentado • Valorar la posición de la cabeza en neutro y solicitar extensión máxima. • La movilidad atlantooccipital normal es de aprox. 35°. • Estimar reducción de esta capacidad de extensión.		I	Sin reducción apreciable	
			II	Reducción aprox. de 1/3	
			III	Reducción aprox. de 2/3	Se asocian con laringoscopia o intubación difícil
			IV	Ausencia completa de extensión	

Fuentes: Lamperti M, et al. Preoperative assessment of adults undergoing elective noncardiac surgery: updated guidelines from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol. 2025;42:1-35. doi:10.1097/EJA.0000000000002069. Carrillo Ramírez E, Valoración preanestésica: Predictor de una vía área difícil. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2008.

Cuadro 5. Tipos de anestesia

- La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) define a la anestesia como el uso de medicamentos para bloquear la sensibilidad táctil y el dolor durante cirugías o procedimientos médicos.
- La elección del tipo de anestesia depende de la complejidad de la cirugía, la zona del cuerpo a intervenir, la duración del procedimiento y el estado de salud del paciente.

Tipo de anestesia	Características	Indicación	Condición del paciente	Ayuno requerido
General	Produce un estado controlado de inconsciencia total e insensibilidad inducido por medicamentos (intravenosos, gases o ambos). Suele requerir asistencia mecánica a la respiración.	• Cirugías mayores. • Cirugías de emergencia • Intervenciones complejas o de larga duración. • Cirugías de tórax, abdomen superior o cerebro. • Necesidad de inmovilidad absoluta. • Control total de la vía aérea.	• Personas con mucha ansiedad. • Niños pequeños. • Contraindicaciones para técnicas regionales por infecciones o trastornos de la coagulación.	• Lo establecido en el cuadro 6
Regional: • Raquídea. • Epidural. • Bloqueo nervioso periférico.	Bloquea el dolor en una región amplia del cuerpo, usualmente una extremidad o la mitad inferior del cuerpo, la región queda completamente adormecida e inmóvil. El medicamento se inyecta cerca de un grupo específico de nervios (plexos) o de la médula espinal.	• Cirugías en la parte inferior del cuerpo: abdomen inferior, pelvis, extremidades inferiores o superiores. • Partos o cesáreas. • Reemplazos articulares.	• Condiciones médicas complejas. • Enfermedades respiratorias graves. • Adultos mayores y pacientes frágiles. • Problemas cardíacos o circulatorios. • Riesgo alto de náuseas y vómitos postoperatorios. • Requieren rehabilitación inmediata	• Con sedación o posibilidad de conversión a anestesia general, observar lo establecido en el cuadro 6.
Local	Produce pérdida temporal de la sensibilidad en una zona pequeña del cuerpo como un diente o un fragmento de piel. El medicamento se aplica directamente en el tejido mediante una inyección subcutánea, espray, pomada o gotas.	• Procedimientos menores, ambulatorios de superficie reducida como: biopsias, suturas, extirpación de lunares, procedimientos oftalmológicos y odontológicos.	• La persona debe ser capaz de mantenerse quieto y seguir instrucciones durante la intervención. • Personas muy ansiosas o con infecciones activas en la zona.	• Anestesia local, sin sedación y con baja probabilidad de conversión, podrán efectuarse sin ayuno.
Sedación	Disminuye la ansiedad, induce relajación y produce somnolencia durante un procedimiento. Los medicamentos se administran por vía intravenosa. La combinación de sedación con anestesia local o regional es una práctica médica común conocida como Cuidado Anestésico Monitorizado (CAM). Tipos de sedación: • Sedación mínima: se mantiene el estado de despierto, pero se siente más relajado. • Sedación moderada o consciente: puede estar somnoliento responde cuando se le habla o se le toca. • Sedación profunda: aletargado y sólo responder a estímulos fuertes o repetidos.	• Se usa en procedimientos prolongados, posturas quirúrgicas incómodas, ruidos y manipulación excesivos propios del procedimiento quirúrgico. • Por ejemplo, en colonoscopia, endoscopia y algunos procedimientos dentales complejos.	• Con ansiedad severa, pánico o fobias (claustrofobia), niños pequeños (como operaciones de ojos o maxilofaciales). • Pacientes que no pueden cooperar o permanecer quietos, trastornos neurológicos o cognitivos • Pacientes con comorbilidades médicas (por protección de su salud)	• Lo establecido en el cuadro 6

Fuentes: ASA Comité de Gestión de Calidad y Administración Departamental. Declaración sobre el continuo de profundidad de la sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia. Última modificación: 23 de octubre de 2024 (Aprobación original: 13 de octubre de 1999). Acceso a página 1 de octubre de 2026. Disponible en: https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia
Rüggeberg A, et al. Peri-operative fasting in adults: an international, multidisciplinary consensus statement. Anaesthesia. 2026 Jun;81(6):840-851. doi: 10.1111/anae.70130. Epub 2026 Feb 9. PMID: 41657234; PMCID: PMC13161736.

Cuadro 6. Recomendaciones de ayuno previo a la anestesia

- Objetivo: Disminución del riesgo de broncoaspiración de contenido gástrico o de aparición de neumonitis por aspiración de contenido gástrico (pH < 2.5 y con volúmenes superiores a 25 mL o 0.4 ml/Kg).

- Identificar factores de riesgo y valorar necesidad de indicación de procinéticos o antieméticos de forma individualizada:
  - Embarazo o trabajo de parto, hernia de hiato, síntomas de reflujo gastroesofágico (pirosis), depresión del SNC, alteración de la vía aérea, íleo paralítico, obesidad y diabetes (con disautonomía).
  - Pacientes que serán sometidos a cirugía gástrica o esofágica o laparoscópica.
  - Pacientes con alimentación enteral continua.
  - Condiciones que retrasan el vaciamiento gástrico y el tratamiento de pacientes con agonistas del receptor GLP-1.
  - Procedimientos de emergencia.

Característica del alimento	Alimentos	Consideraciones	Ayuno recomendado
Líquidos claros	• Agua simple o mineral. • té, café sin leche ni crema, solución de rehidratación oral, bebidas isotónicas, bebidas claras con carbohidratos. • Jugo de frutas sin pulpa,	• Se eliminan de la cavidad gástrica en < 1 h. • Estimulan el vaciamiento gástrico. • Debe poder verse a través del líquido y no contener grasa, fibra ni partículas.	Al menos 2 horas.
Leche materna	• Lactancia materna. • Leche humana extraída.	• Contiene grasa y proteína.	Al menos 4 horas.
Sucedáneos de la leche materna	• Formulas infantiles comerciales. • Papillas y pures.	• La leche no humana se comporta como sólido por su composición de grasa y proteína.	Al menos 6 horas.
Alimentos sólidos ligeros	• Pan tostado, galletas o cereal simple. • Arroz blanco hervido y pasta simple • Plátano, manzana y pera sin cascara ni semillas.	• Alimentos con muy bajo o nulo contenido de grasa y fibra compleja.	Al menos 6 horas.
Alimentos sólidos pesados	• Carne (res, cerdo, pollo, pescado y embutidos). • Alimentos fritos. • Quesos, crema, mantequilla y yogur. • Huevo y verduras crudas. • Frijoles, lentejas, nueces y almendras.	• Las proteínas y grasas retrasan el vaciamiento gástrico.	Al menos 8 horas.

Fuentes: Rüggeberg A, et al. Peri-operative fasting in adults: an international, multidisciplinary consensus statement. Anaesthesia. 2026 Jun;81(6):840-851. doi: 10.1111/anae.70130. Epub 2026 Feb 9. PMID: 41657234; PMCID: PMC13161736. Joshi GP, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for preoperative fasting: carbohydrate-containing clear liquids with or without protein, chewing gum, and pediatric fasting duration. Anesthesiology. 2023;138(2):132-151. doi:10.1097/ALN.0000000000004381. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. Anesthesiology. 2017;126(3):376-393. doi:10.1097/ALN.0000000000001452. Frykholm P, et al. Pre-operative fasting in children: a guideline from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol. 2022;39(1):4-25. doi:10.1097/EJA.0000000000001599.

Cuadro 7. Atención de condiciones identificadas en la segunda VPA en cirugía programada

- La identificación de las siguientes condiciones o situaciones no implica automáticamente cancelación.
- La o el especialista en anestesiología determinará si el procedimiento puede realizarse con el plan previsto, requiere modificación del plan anestésico, precisa evaluación u optimización adicional o debe diferirse.
- La conducta deberá individualizarse considerando la emergencia, beneficio esperado, riesgo de diferimiento y posibilidad de mitigación del riesgo.
- La decisión y su fundamento deberán documentarse en el expediente clínico.

Condición identificada		Acción sugerida	Posibles desenlaces
Cambio o deterioro del estado clínico	• Enfermedad aguda intercurrente. • Descompensación de una enfermedad crónica. • Aparición de signos o síntomas nuevos relevantes o • Deterioro respecto de la valoración previa.	Reevaluar y determinar repercusión sobre el riesgo anestésico y quirúrgico.	Según la gravedad y el riesgo: • Proceder con plan previsto. • Modificar el plan anestésico. • Optimizar y reevaluar después del ajuste. • Diferir o reprogramar la cirugía.
Infección o enfermedad aguda	Infección clínicamente relevante con repercusión sistémica o respiratoria o asociada al evento o sitio quirúrgico.	Determinar gravedad, repercusión sistémica y efecto sobre el procedimiento quirúrgico y anestésico.	Según cada caso: • Proceder con ajuste o tratamiento específico. • Diferir o reprogramar la cirugía cuando el riesgo agregado sea clínicamente relevante y superior al riesgo de realizar el procedimiento en ese momento.
Preparación preoperatoria insuficiente	Incumplimiento del ayuno u otras indicaciones indispensables para el procedimiento anestésico o quirúrgico.	Determinar el tipo o grado de incumplimiento, en caso de ayuno verificar duración mínima requerida.	• Modificar la técnica o estrategia anestésica si es posible. • Reprogramar la cirugía al momento de cumplir el ayuno.
Vía aérea o riesgo de aspiración	Hallazgo nuevo de posible vía aérea difícil, cambio anatómico relevante o reciente o condición que incrementa el riesgo de aspiración.	Reevaluar la estrategia de manejo de la vía aérea, recursos y técnica anestésica	• Proceder con plan anestésico modificado. • Diferir si no se dispone de recursos, experiencia o condiciones suficientes para el manejo de la vía aérea segura.
Fármacos con implicaciones peri-operatorias	Anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios u otros medicamentos cuyo manejo sea incompatible con el procedimiento o técnica anestésica prevista.	Verificar y ajustar el manejo perioperatorio de los medicamentos conforme a sus características farmacológicas, condiciones clínicas del paciente, riesgo de suspensión y el procedimiento anestésico-quirúrgico previsto, considerando los intervalos específicos de suspensión y reinicio cuando corresponda.	• Proceder con modificación del plan. • Posponer hasta cumplir con el tiempo requerido. • En caso de no poder suspender por la repercusión del estado del paciente hacer los ajustes necesarios (antídotos, transfusión, vasopresor, etc.).
Alteraciones metabólicas, hematológicas o hemodinámicas	Cambios clínicamente significativos en hemoglobina, plaquetas, tiempos de coagulación, glucosa, electrolitos, función renal o otros parámetros que puedan influir en el proceso y resultado anestésico y/o quirúrgico.	Confirmar relevancia clínica y valorar posibilidades de corrección o manejo inmediato.	• Corregir a la brevedad y revalorar para proceder. • Modificar el plan anestésico. • Diferir si la alteración es un riesgo inaceptable y que no podrá ser controlado en lo próximo.
Recursos para la atención peri-operatoria	Falta de hemoderivados, equipo especializado, monitorización avanzada, apoyo de otras especialidades o nivel de vigilancia postoperatoria necesaria.	Verificar disponibilidad o gestionar recursos requeridos	• Modificar las condiciones de atención • Referir al sitio con condiciones adecuadas según prioridad. • Diferir o reprogramar.
Consentimiento o condiciones para la toma de decisiones	Ausencia de consentimiento informado, negativa o retiro de consentimiento al procedimiento anestésico o imposibilidad de completar adecuadamente el proceso de consentimiento	Completar el proceso de información y consentimiento o aclarar las dudas y alternativas disponibles	• Proceder cuando exista consentimiento válido o • Diferir el procedimiento electivo hasta obtener el consentimiento informado.

Fuente: Lamperti M, et al. Preoperative assessment of adults undergoing elective noncardiac surgery: updated guidelines from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol. 2025;42(1):1-35. Apfelbaum JL, et al.; Committee on Standards and Practice Parameters; American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology. 2012;116(3):522-538.

Bibliografía

1. Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. 1999;91(3):693–700. doi:10.1097/00000542-199909000-00022.
2. American College of Surgeons. Committee on Trauma. ATLS: Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. 10a ed. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2018.
3. American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System [Internet]. Schaumburg (IL): American Society of Anesthesiologists; 2020 [actualizado 13 dic 2020; acceso el 31 jul 2026].
4. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. Anesthesiology. 2017 Mar;126(3):376-393. doi: 10.1097/ALN.0000000000001452. PMID: 28045707.
5. Apfelbaum JL, Connis RT, Nickinovich DG, et al.; Committee on Standards and Practice Parameters; American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology. 2012;116(3):522-538. doi:10.1097/ALN.0b013e31823c1067.
6. ASA Committee on Economics. Distinguishing Between a Pre-Anesthesia Evaluation and a Separately Reportable Evaluation and Management Service: disponible en: https://www.asahq.org/quality-and-practice-management/managing-your-practice/timely-topics-in-payment-and-practice-management/distinguishing-between-a-pre-anesthesia-evaluation-and-a-separately-reportable-evaluation-and-management-service
7. ASA Comité de Gestión de Calidad y Administración Departamental. Declaración sobre el continuo de profundidad de la sedación: definición de anestesia general y niveles de sedación/analgesia. Última modificación: 23 de octubre de 2024 (Aprobación original: 13 de octubre de 1999). Acceso a página 1 de octubre de 2026. Disponible en: https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia
8. De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, et al. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective non-cardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. 2018;35(6):407-465.
9. Frykholm P, Disma N, Andersson H, Beck C, Bouvet L, Cercueil E, et al. Pre-operative fasting in children: a guideline from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol. 2022;39(1):4-25. doi:10.1097/EJA.0000000000001599.
10. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg. 2020;131(2):411–448. doi:10.1213/ANE.0000000000004833
11. Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, Hall TS, Abdelhamid M, Barbato E, et al. ESC Scientific Document Group. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. Eur Heart J. 2022;43(39):3826-3924. doi:10.1093/eurheartj/ehac270.
12. Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, Harbell MW, Kuo CI, Soriano SG, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for preoperative fasting: carbohydrate-containing clear liquids with or without protein, chewing gum, and pediatric fasting duration. Anesthesiology. 2023;138(2):132-151. doi:10.1097/ALN.0000000000004381.
13. Lamperti M, Romero CS, Guarracino F, Cammarota G, Vetrugno L, Tufegdzic B, et al. Preoperative assessment of adults undergoing elective noncardiac surgery: updated guidelines from the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol. 2025;42(1):1-35. doi:10.1097/EJA.0000000000002069.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Perioperative care in adults. NICE guideline NG180 [Internet]. London: NICE; 2020 [acceso el 31 jul 2026].

15. National Institute for Health and Care Excellence. Preoperative assessment and management. Quality standard QS216 [Internet]. London: NICE; 2022 [acceso el 31 jul 2026].
16. National Institute for Health and Care Excellence. Routine preoperative tests for elective surgery. NICE guideline NG45 [Internet]. London: NICE; 2016 [acceso el 31 jul 2026].
17. Rüggeberg A, El-Boghdadly K, Bilotta F, Vaz MD, Camilleri Podesta AM, Jammer I, Schindler E, Elmawieh J, Nagrebetsky A; Stakeholders. Peri-operative fasting in adults: an international, multidisciplinary consensus statement. Anaesthesia. 2026 Jun;81(6):840-851. doi: 10.1111/anae.70130. Epub 2026 Feb 9. PMID: 41657234; PMCID: PMC13161736.
18. Thompson A, Fleischmann KE, et al. 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM guideline for perioperative cardiovascular management for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2024;84(19):1869-1969.

Directorio Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo	Dirección de Prestaciones Médicas
Dr. Alejandro Manuel Vargas García	Unidad de Planeación e Innovación en Salud
Dr. Efraín Arizmendi Uribe	Unidad de Atención Médica
Dra. Rosana Pelayo Camacho	Unidad de Educación e Investigación
Lic. Susana Gabriela Negrón Rodríguez	Unidad de Infraestructura, Servicios Médicos Indirectos e Integración Sectorial
Dra. Araceli Gudiño Turrubiartes	Coordinación de Innovación en Salud
Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias	Coordinación de Enfermería
Dra. Adriana Josefina Toriz Saldaña	Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Dr. Carlos Díaz Jiménez	Coordinación de Calidad de Insumos y Laboratorios Especializados
Dr. Arturo Juárez Flores	Coordinación de Información e Inteligencia en Salud
Dra. Natividad Neri Muñoz	Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dra. Beatriz Pérez Antonio	Coordinación de Unidades de Segundo Nivel
Dr. Ernesto Krug Llamas	Coordinación de Unidades de Primer Nivel
Dr. Javier Enrique López Aguilar	Coordinación de Atención Oncológica, Donación y Trasplantes
Dra. Carolina del Carmen Ortega Franco	Coordinación de Educación en Salud
Dra. Laura Cecilia Bonifaz Alfonzo	Coordinación de Investigación en Salud
Dra. Norma Magdalena Palacios Jiménez	Coordinación de Salud Mental y Adicciones
Dra. Janett Alvarado González	Coordinación de Proyectos Especiales en Salud

Autores

Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo	Dr. Daniel Gonzaga González
Dr. Jesús Ojino Sosa García	Dr. León Ramírez Víctor
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Dra. Laura Zacarías Fernández
Dra. Paulina Herrera Reyna	Dra. Patricia Margarita Ramírez Alcazar
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Dra. Leslian Janet Mejía Gómez
Dra. María del Pilar Rangel Mejía	Dr. Manuel Alberto Guerrero Gutierrez

Lineamiento para Valoración Preanestésica

Dirección de Prestaciones Médicas

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL