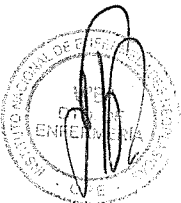


REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 30 de NOVIEMBRE del 2023



VISTOS:

El Informe N° 000890-2023-DICON/INEN, de la Dirección de Control del Cáncer, Memorando N° 002345-2023-OGPP/INEN de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, Informe N° 000253-2023-OO-OGPP/INEN de la Oficina de Organización, Informe N° 000797-2023-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Memorando N° 000262-2023-DARC-DICIR/INEN del Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico y el Informe N° 001588-2023-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

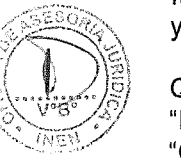


CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 28748, crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;



Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueba el documento denominado: "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", y en su numeral 6.1.3 "Guía Técnica" señala que es: *El Documento Normativo del Ministerio de Salud, con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se establecen metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y al desarrollo de una buena práctica;* y con Resolución Jefatural N° 276-2019-J/INEN, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-INEN/DICON-DNCC "Lineamientos para la Elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN;



Que, mediante Memorando N° 000262-2023-DARC-DICIR/INEN, el Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico, remite la "GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS", el cual tiene como finalidad contribuir a una administración segura y disminución de riesgos de la anestesia en el paciente oncológico que será programado para procedimientos médicos y quirúrgicos con fines terapéuticos y diagnósticos, a través del manejo de la vía aérea difícil (VAD);



Que, con Memorando N° 002345-2023-OGPP/INEN, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, alcanza el Informe N° 000253-2023-OO-OGPP/INEN, mediante el cual la Oficina de Organización, emite Opinión Técnica Favorable al proyecto de documento normativo denominado "GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS";





Que, a través del Informe N° 000890-2023-DICON/INEN, la Dirección de Control del Cáncer, alcanza, el Informe N° 000797-2023-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, mediante el cual da su conformidad para que se continúe con el proceso de aprobación del proyecto denominado “GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS”, del Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico de la Dirección de Cirugía;

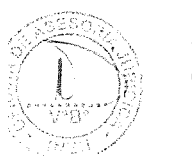


Que, tomando en cuenta el sustento técnico por la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, se aprecia que la Oficina de Organización, el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y la Dirección de Control del Cáncer, han revisado y emiten opinión técnica favorable al proyecto en mención, el mismo que recomiendan su aprobación;



Que, con documento de vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual cumple con formular y visar la Resolución Jefatural, en merito a lo solicitado al respecto;

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, Gerencia General, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, Oficina de Organización, Dirección de Control del Cáncer, Dirección de Cirugía, Departamento de Enfermería, Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA; y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

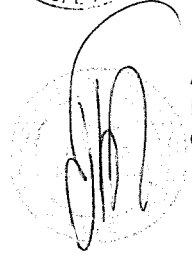


SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - Aprobar la GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS, del Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico de la Dirección de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.

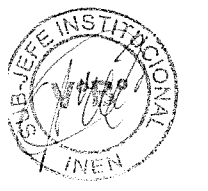
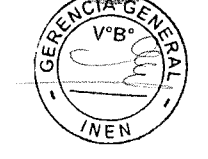
ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLIQUESE.



Francisco E.M. Berrospi Espinoza

 MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA
 Jefe Institucional
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

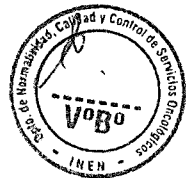
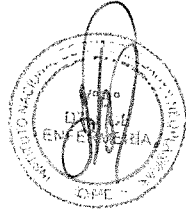
GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS

DIRECCIÓN DE CIRUGÍA

DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA REANIMACIÓN Y CENTRO QUIRÚRGICO

Lima – Perú

2023





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

Jefe Institucional

M.C. Mg. Francisco Berrospi Espinoza.

Subjefe Institucional

M.C. Adela Heredia Zelaya

Director General de la Dirección de Cirugía

Dr. Carlos Emilio Luque Vásquez Vásquez

Director Ejecutivo del Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico.

M.C. Mg. Lizeth Magaly Huamán Ochoa

Autores:

- **Departamento de Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico.**

M. C. Juan Bailetti Sotelo

M.C. Jenny Cedrón Custodio

M.C. José Carlos Medina Cana

M.C. Diana Pacheco Briceño

M.C. Mg. Lizeth Magaly Huamán Ochoa

Revisión y validación:

- **Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos**

M.C. Essy Milagros Maradiegue Chirinos

M.C. Mg. Carmela Barrantes Serrano

Bach. Hans Palma Cruzatt

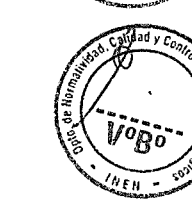
- **Departamento de Enfermería**

Mg. María Ibis Rivera Morales

- **Oficina de Organización**

Mg. Angel Winston Riquez Quispe

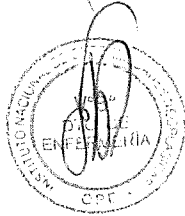
Mg. Douglas Antonio Mayta Vivar





GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS



I. FINALIDAD:

Contribuir a una administración segura y disminución de riesgos de la anestesia en el paciente oncológico que será programado para procedimientos médicos y quirúrgicos con fines terapéuticos y diagnósticos, a través del manejo de la vía aérea difícil (VAD).

II. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Estandarizar el manejo de la vía aérea difícil (VAD) durante la inducción anestésica de un paciente oncológico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.2.1. Brindar los lineamientos del abordaje efectivo de la vía aérea difícil tanto predecibles como no predecibles en el paciente oncológico.

2.2.2. Establecer los criterios médicos para el manejo de una vía aérea difícil en el paciente oncológico.

2.2.3. Instruir las destrezas en el uso de los diferentes dispositivos médicos para una maniobra eficaz de la vía aérea difícil.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

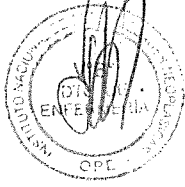
La presente Guía Técnica será de aplicación obligatoria por parte del personal asistencial del Departamento de Anestesiología, Analgesia y Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Así como también para el personal asistencial del Departamento de Enfermería.

IV. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 28343, Ley que declara de interés y necesidad pública la descentralización de los servicios médicos oncológicos.
- Ley N° 28748, Ley que crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del INEN.
- Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, que califica al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como Organismo Público Ejecutor.



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01



- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2022-SA Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer.
- Decreto Supremo N° 103-2022-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- Resolución Ministerial N° 486-2005-MINSA, que aprobó la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.0.1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".
- Resolución Ministerial N° 022-2011-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°089-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica"
- Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 091-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales".
- Resolución Ministerial 862-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 539-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°123-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud que regula las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios".
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N° 721-2016/MINSA, que modifica la NTS N° 091-MINSA/DIGEMID-V.01 "Normas Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales" aprobada por R.M. N° 540-2011/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA, Norma Técnica "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
- Resolución Ministerial N° 670-2019-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales para el Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 633-2023/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.
- Resolución Directoral N° 144-2016-DIGEMID-DG-MINSA, que aprueba los formatos de notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos por los profesionales de la salud.
- Resolución Directoral N° 101-2019-DIGEMID-DG-MINSA, que aprueba los formatos de Notificación de sospechas de incidentes adversos a dispositivos médicos por los titulares de registro sanitario y certificado de registro sanitario y por los profesionales de la salud.
- Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".
- Resolución Jefatural N° 762-2018-J/INEN, que aprueba el Manual de Bioseguridad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

- Resolución Jefatural N° 276-2019-J/INEN, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-INEN/DICON-DNCC Lineamientos para la elaboración de Documentos Normativos en el Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas-INEN.

V. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

5.1 SIGLAS

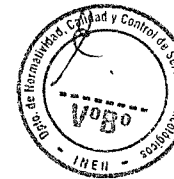
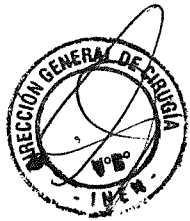
- ASA:** *American Society of Anesthesiologists (Sociedad Americana de Anestesiólogos).*
- BIS:** *Bispectral Index Monitor (Monitor de Índice Biespectral).*
- BNM:** Bloqueo Neuromuscular.
- CAM:** Concentración Alveolar Mínima.
- ECMO:** *Extra Corporeal Membrane Oxygenation (Oxigenación por membrana extracorpórea).*
- INEN:** Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- TIVA:** *Total intravenous anaesthesia (Anestesia Intra Venosa Total).*
- TOF:** Train Of Four (Tren de Cuatro).
- VAD:** Vía Aérea Díficil

5.2 DEFINICIONES OPERATIVAS

- Edema laríngeo:** Acumulación anormal de líquido en los tejidos de cualquier parte de la laringe. En el manejo de la vía aérea difícil, se puede originar después de tener intentos de intubación fallidos, presentando hinchazón, irritabilidad de la vía aérea y sangrado.
- Extubación traqueal difícil o fallida:** La pérdida de la permeabilidad de las vías respiratorias y la ventilación adecuada después de la extracción de un tubo traqueal o una vía aérea supraglótica del paciente con una vía aérea difícil conocida o sospechada (extubación "en riesgo").
- Intubación traqueal difícil o fallida:** La intubación traqueal va a requerir más de tres intentos o falla después de estos intentos.
- Laringoscopia difícil:** No es posible visualizar ninguna porción de las cuerdas vocales después de múltiples intentos de laringoscopia.
- Manejo de vía aérea:** Se define como la realización de maniobras y la utilización de dispositivos que permiten una ventilación adecuada y segura a pacientes que lo necesitan.
- Monitorización básica:** Consiste en medir pulsioximetría, presión arterial no invasiva (PANI), electrocardiografía, temperatura, monitorización de la fracción inspirada de oxígeno, capnografía o fracción espirada de CO₂.
- Técnicas individuales:** Son las técnicas no invasivas que se utiliza en el manejo de la vía aérea. Entre ellos tenemos la laringoscopia directa, la video laringoscopia, la fibrobroncoscopia rígida o flexible, la guía, el alambre para la intubación retrógrada, entre otros.
- Técnicas combinadas de manejo de vía aérea difícil:** Es el conjunto de las técnicas no invasivas individuales. Por ejemplo: laringoscopia directa o video laringoscopia combinada con estilete óptico, fibrobroncoscopio flexible, el catéter de intercambio de vía aérea (guía), alambre guía colocado retrógradamente o colocación de vía aérea supraglótica. Otro tipo de combinación es vía aérea supraglótica combinada con estilete óptico/video o sonda de intubación flexible (con o sin catéter de guía).
- TIVA:** *Total intravenous anaesthesia (Anestesia Intra Venosa Total).* Es definida como la técnica de anestesia general, donde la inducción y mantenimiento anestésico se consiguen a partir de fármacos administrados por vía endovenosa de forma exclusiva.



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01



- j) **Ventilación difícil con mascarilla:** Se presenta cuando no es posible proporcionar una ventilación adecuada (que ha sido confirmada por detección del dióxido de carbono al final de la espiración) por sellado inadecuado de la máscara, por fuga excesiva del gas, o por resistencia excesiva a la entrada o salida del gas.
- k) **Ventilación de vía aérea supraglótica difícil:** No es posible proporcionar una ventilación adecuada a causa de la colocación difícil de un dispositivo supraglótico, que requiere múltiples intentos, sellado inadecuado de la vía aérea supraglótica, fuga excesiva de gas o resistencia excesiva a la entrada o salida de gas.
- l) **Vía aérea difícil:** Se define como aquella situación clínica en la cual un anestesiólogo capacitado experimenta una dificultad o falla anticipada o no anticipada, que incluye, entre otros, uno o más de los siguientes: ventilación con máscara facial, laringoscopia, ventilación con un dispositivo supraglótico, intubación traqueal, extubación o vía aérea invasiva.
- m) **Manejo invasivo de la vía aérea difícil o fallida:** Existen características o anomalías anatómicas que van a reducir o impedir la posibilidad de colocar con éxito una vía aérea en la tráquea, para lo cual se hará uso de vías invasivas a través de la parte frontal del cuello.

VI. RECURSOS E INSUMOS:

6.1 RECURSOS HUMANOS:

- Médico especialista en anestesiología.
- Enfermera/o Especialista.
- Técnica /o en enfermería.

6.2 RECURSOS MATERIALES:

6.2.1 FORMATOS DE REGISTRO:

- Hoja de evaluación preanestésica.
- Consentimientos informados.
- Hoja de monitoreo anestésico.
- Recetas simples y recetas para medicamentos especiales.
- Formato notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos por los profesionales de la salud.
- Formato de notificación de sospechas de incidentes adversos a dispositivos médicos por los profesionales de salud.
- Formato de registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.
- Lista de verificación de cirugía segura.

6.2.2 EQUIPAMIENTO MÉDICO:

- Desfibrilador.
- Máquina de anestesia.
- Monitor de funciones vitales de 7 parámetros.
- Capnógrafo.
- Monitor de niveles de profundidad anestésica.
- Monitor neuromuscular.
- Aspirador de secreciones.
- Bomba de Infusión o perfusión para jeringa que contenga algún modelo farmacocinético en la cual se pueda seleccionar el fármaco.



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

- Video laringoscopios y/o laringoscopios pediátricos y de adultos.
- Fibrobroncoscopio pediátrico y de adulto.
- Computadora.
- Contenedor de eliminación de residuos biológicos.
- Contenedor de eliminación de punzocortantes.
- Mesa de operaciones hidráulica/eléctrica.
- Resucitador manual de adulto y pediátrico.
- Ultrasonografía.
- Bomba de infusión con jeringa (MARSH, KATARIA, Schneider, etc.).
- Analizador de gases y electrolitos portátil.

6.2.3 DISPOSITIVOS MÉDICOS:

- Coche de anestesia.
- Coche de paro.
- Coche para intubación difícil (Coche de manejo de vía aérea difícil sugerido por la ASA):
 - ❖ Laringoscopio rígido con hojas de diferentes tamaños y formas.
 - ❖ Tubos endotraqueales de diferentes tamaños, tubos microlaringeos.
 - ❖ Dispositivos supraglóticos (máscaras laríngeas de 2da y 3era generación)
 - ❖ Introdutores e intercambiadores de tubos endotraqueales: Gum elastic bougie.
 - ❖ Equipo de ventilación no invasiva de emergencia: Manu jet transtraqueal, equipo de intubación retrógrada.
 - ❖ Al menos un equipo para ventilación invasiva de emergencia: cricotirotomía.
 - ❖ Detector de CO2 exhalado.
- Mascarilla facial transparente de varios tamaños.
- Sistema y sonda de aspiración N° 8, 10, 12, 14.
- Estetoscopio adulto y pediátrico.
- Líneas de infusión a través del cual se administra TIVA (debe tener un conector Luer-Lock, en cada extremo una válvula antisifón en las líneas de administración de medicamentos y una válvula antirreflujo en cualquier línea de administración de fluidos).
- Jeringas descartables de 50cc, 20cc, 10cc, 5cc.
- Aguja descartables 18,20,23.
- Catéter Intravenoso periférico 16 al 24.

6.2.4 FÁRMACOS:

- Propofol 200 mg/20ml y 500 mg/50 ml.
- Remifentanilo 2 mg y 5 mg.
- Dexmedetomidina 200mg/ 2ml.
- Ketamina Racémica 50 mg / ml x 10ml.
- Rocuronio (bromuro) 50 mg/ 5ml.
- Succinil colina 500 mg (amp.).
- Sugammadex 200 mg/ 2ml.
- Lidocaína 10% AER TOP.
- Lidocaína 2-4% GEL TOP/ JAL TOP.
- Lidocaína clorhidrato sin epinefrina 2% INY.



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

- Tiopental Sódico 1g.
- Hidrocortisona (como succinato sódico) 100 mg INY.
- Hidrocortisona 250 mg.
- Epinefrina 1mg/ml.
- Dexametasona 4 mg/ 2ml.
- Magnesio Sulfato 200 mg/ml.
- Sevoflurano 250 ml p/inh.

VII. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

7.1 ANTES DEL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO:

En esta etapa previa al procedimiento anestésico, el médico especializado en anestesiología realiza una evaluación preoperatoria del paciente, ya sea para una cirugía programada o un procedimiento ambulatorio. Idealmente, esta evaluación debe llevarse a cabo en el consultorio de anestesia. Sin embargo, en situaciones de cirugías de emergencia, la evaluación se realizará en la cama, camilla o silla de ruedas del paciente.

7.1.1. EVALUACIÓN DE LA VÍA AÉREA:

- En la anamnesis se debe identificar factores de riesgo del paciente, médicos, quirúrgicos, ambientales y anestésicos (por ejemplo, antecedente de riesgo de aspiración) que puedan indicar la posibilidad de vía aérea difícil, en la historia clínica se evalúa la información demográfica, las condiciones clínicas, los resultados de las pruebas diagnósticas y de laboratorio, las entrevistas con el paciente/familia. En este punto también se considerará el estado físico según la ASA y las pautas de manejo pertinentes.
- En el examen físico debe incluir la evaluación de los rasgos faciales y la evaluación de las medidas anatómicas y los puntos de referencia; evaluar las múltiples características de las vías respiratorias para determinar el potencial de un paciente para una vía respiratoria difícil. (Ver ANEXO 1 técnica de evaluación).
- Se solicita la firma del consentimiento informado del paciente. En caso este no pueda realizarlo, lo realiza el representante legal o familiar más cercano, informando los riesgos individuales y generales del procedimiento.

7.1.2. PREPARACIÓN PARA EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL

- El paciente programado llega al lugar determinado UPSS Centro Quirúrgico (quirófano), en donde la enfermera de turno le coloca una vía endovenosa con Cloruro de Sodio 9% y la pre-medicación indicada.
- El médico especializado en anestesiología realiza la preparación para el manejo de vía aérea difícil prevista o sospecha:
 - ❖ Asegurar la disponibilidad de equipos para el manejo de las vías respiratorias (coche de manejo de vía aérea difícil)
 - ❖ Recordar al paciente o a la persona responsable acerca de los riesgos y procedimientos especiales relativos al manejo de la vía aérea difícil.
 - ❖ Asegurarse de que esté disponible de inmediato una unidad de almacenamiento portátil que contenga equipo especializado para el manejo de vía aérea difícil (fibrobroncoscopio).



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

- ❖ En caso sea necesario, asegurarse de que un médico especialista (anestesiología) esté presente o disponible de inmediato para ayudar con el manejo de las vías respiratorias cuando sea posible.
- ❖ Posicionar adecuadamente al paciente, administrar oxígeno suplementario que sea factible durante todo el proceso de manejo de la vía aérea difícil, incluyendo la extubación.
- ❖ Disponer los insumos para la administración de anestesia local en vía aérea, así como de sedantes endovenosos.

c) El médico especializado en anestesiología debe asegurar que la monitorización se realice de acuerdo con las Normas de la ASA para la monitorización básica de la anestesia inmediatamente después del manejo de la vía aérea de todos los pacientes. Asimismo, puede emplear diversas opciones para administrar oxígeno suplementario, como cánulas nasales, mascarillas faciales o insuflación supraglótica.

7.2 DURANTE EL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO:

7.2.1 MANEJO ANTICIPADO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL:

En esta fase, se ha formulado una estrategia previa teniendo en cuenta diferentes factores como el tipo de cirugía, la condición del paciente, su cooperación o consentimiento, su edad correspondiente y las habilidades y preferencias del anestesiólogo.

La estrategia previa incluye planes para abordar distintos escenarios:

- **Escenario A (Intubación despierta):** Si se sospecha que el paciente presentará dificultades para la intubación, el médico especializado en anestesiología puede optar por realizarla mientras el paciente está despierto. Esto se aplicará si se cumple uno o más de los siguientes criterios:
 - ❖ Dificultad para la ventilación con máscara facial y/o vía aérea supraglótica.
 - ❖ Mayor riesgo de aspiración.
 - ❖ Probabilidad de que el paciente no tolere un breve episodio de apnea.
 - ❖ Probabilidad de aparición de dificultades con el rescate invasivo de emergencia de las vías respiratorias.
 - ❖ Historia previa de intubación difícil.
 - ❖ Traumatismo en cara, en vía aérea superior, columna cervical.
 - ❖ Insuficiencia respiratoria severa.

Pueden existir momentos donde el manejo de la vía aérea difícil se restrinja, sobre todo cuando involucra la intubación despierta en pacientes pediátricos o pacientes no cooperantes. Para estos casos, se puede requerir un enfoque distinto; por ejemplo, intentos de intubación después de la inducción de la anestesia general; y en estos casos no son considerados como enfoque primario en un paciente cooperativo. (**VER ANEXO 2 y 3**).

Si el médico especializado en anestesiología estima que los beneficios a obtener superan a los riesgos probables, debe considerar continuar con el manejo de la vía aérea.

En primera instancia, el médico especialista (anestesiología) determina las técnicas de intubación en paciente despierto: laringoscopia directa convencional, intubación oro o



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01

naso traqueal, videolaringoscopia, intubación por fibroscopio, intubación por broncoscopio rígido, estiletes, intubación retrógrada, intubación con mascarilla laríngea, acceso transtraqueal, traqueostomía.

De acuerdo con el diagnóstico, el procedimiento quirúrgico y características anatómicas identificadas en el examen físico realizado, el médico especializado en anestesiología determina el tipo de intubación, sea orotraqueal o nasotraqueal y se escoge la técnica más factible para el procedimiento.

Esta técnica tiene que ir acompañada de medicación:

- ❖ **Antisialogogos:** Administración de atropina (según sea el caso), para disminuir las secreciones antes de la intubación. Se administra 30 minutos antes del procedimiento.
- ❖ **Sedación:** El objetivo es que el paciente se encuentre respirando espontáneamente y sea capaz de mantener una oxigenación y ventilación apropiados. Se pueden utilizar medicamentos como:
 - Midazolam: 0.05 mg/kg iv lento.
 - Remifentanilo: 0.1 mcg/kg/min iv perfusión continua (Manual o TIVA).
 - Propofol: 0.3 – 4.0 mg/kg/hr (Manual o TIVA).
 - Dexmedetomidina: dosis carga 0.5-1.0 mcg/kg en 10 minutos, y luego perfusión continua de 0.2-1.0 mcg/kg/hr (Manual o TIVA).
 - Ketamina iv 0.5-1 mg/kg/hr.
 - Sevoflurano inhalatorio.

La sedación se realizará con el respectivo monitoreo del nivel de profundidad anestésica (por ejemplo: con BIS, entropía, entre otros), o anestésicos inhalatorios bajo la guía del CAM (Concentración Alveolar Mínima).

- ❖ **Anestesia tópica:** la mucosa de la tráquea y la laringe se pueden anestésicar utilizando diferentes técnicas:
 - Atomizador de lidocaína (concentración del 10%): cada atomización libera 10mg de lidocaína. Se usa para anestesia tópicamente la mucosa oral y orofaríngea. Se puede usar dosis superiores a 2mg/kg por su poca absorción sistémica.
 - Lidocaína a concentración del 2% en solución produce anestesia tópica a nivel de laringe y tráquea.
- ❖ **Anestesia regional:** bloqueos nerviosos entre ellos tenemos:
 - Bloqueo del nervio glossofaríngeo.
 - Bloqueo del nervio laríngeo superior.
 - Bloqueo del nervio laríngeo recurrente (translaríngeo).
- ❖ **Bloqueo neuromuscular** (si amerita el caso):
 - Succinilcolina a dosis 1mg/kg.
 - Rocuronio a dosis 0.6 – 1.2 mg/kg.



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01

El bloqueo neuromuscular adecuado será guiado por el monitor de bloqueo neuromuscular (TOF).

❖ **Revertor de bloqueo neuromuscular:**

- Sugammadex para bloqueo superficial: 2mg/kg iv, bloqueo moderado: 4 mg/kg iv, y bloqueo profundo: 16 mg/kg iv.

- **Escenario B (Ventilación adecuada pero difícil de intubar):** Si el paciente puede ser ventilado adecuadamente, pero la intubación resulta complicada, el médico especializado en anestesiología debe ejecutar maniobras de vía aérea para facilitar la intubación. Para más información, revisar los **(ANEXOS 2 y 3)**.

Se tiene en cuenta el enfoque no invasivo para el manejo de la vía aérea difícil:

- ❖ Se emplea el laringoscopio convencional, mascarilla laríngea como conducto de intubación (con o sin guía de fibra óptica), videolaringoscopio, guías, fibrobroncoscopio (flexible o rígido), tubo laríngeo, ventilación esofágico-traqueal mediante combitubo o intubación retrógrada.
- ❖ Si se encuentran dificultades con las técnicas individuales, se pueden realizar técnicas combinadas de manejo de vía aérea difícil.
- ❖ Tener en cuenta el paso del tiempo, el número de intentos y la saturación de oxígeno.
- ❖ Proporcionar y probar la ventilación con mascarilla después de cada intento, cuando sea posible.
- ❖ Limitar el número de intentos de intubación traqueal o colocación de vía aérea supraglótica para evitar posibles lesiones y complicaciones.

La técnica elegida por el médico especializado en anestesiología va a ir acompañada de medicación:

- ❖ **Antisialogogos:** administración de atropina (según sea el caso), para disminuir las secreciones antes de la intubación. Se administra 30 minutos antes del procedimiento.
- ❖ **Sedación:** el objetivo es que el paciente se encuentre respirando espontáneamente y sea capaz de mantener una oxigenación y ventilación apropiados. Se pueden utilizar medicamentos como:
 - Midazolam: 0.05 mg/kg iv lento.
 - Remifentanilo: 0.1 mcg/kg/min iv perfusión continua (Manual o TIVA).
 - Propofol: 0.3 – 4.0 mg/kg/hr (Manual o TIVA).
 - Dexmedetomidina: dosis carga 0.5-1.0 mcg/kg en 10 minutos, y luego perfusión continua de 0.2-1.0 mcg/kg/hr (Manual o TIVA).
 - Sevoflurano inhalatorio.



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01

La sedación se realizará con el respectivo monitoreo del nivel de profundidad anestésica (por ejemplo, con BIS, entropía, entre otros), o anestésicos inhalatorios bajo la guía del CAM (concentración alveolar mínima).

❖ **Bloqueo neuromuscular (si amerita el caso):**

- Succinilcolina a dosis 1mg/kg.
- Rocuronio a dosis 0.6 – 1.2 mg/kg.

El bloqueo neuromuscular adecuado será guiado por el monitor de bloqueo neuromuscular (TOF).

❖ **Revertor de bloqueo neuromuscular:**

- Sugammadex para bloqueo superficial: 2mg/kg iv, bloqueo moderado: 4 mg/kg iv, y bloqueo profundo: 16 mg/kg iv.

- **Escenario C (Pacientes que no pueden ser ventilados o intubados):** Como son en los casos en que el paciente presente ventilación difícil con mascarilla, laringoscopia difícil, ventilación de vía aérea supraglótica difícil o intubación traqueal difícil o fallida, el médico especializado en anestesiología opta por un abordaje invasivo para resolver la dificultad en la vía aérea. Las opciones incluyen:

- La cricotirotomía quirúrgica
- La cricotirotomía con aguja con un dispositivo de presión regulada.
- La cricotirotomía con cánula de gran calibre.
- La traqueotomía quirúrgica.

Estas intervenciones deben ser realizadas por personal capacitado en técnicas de vía aérea invasiva.

La técnica elegida por el médico especializado en anestesiología va a ir acompañada de medicación:

- ❖ **Antisialagogos:** administración de atropina (según sea el caso), para disminuir las secreciones antes de la intubación. Se administra 30 minutos antes del procedimiento.
- ❖ **Sedación:** el objetivo es que el paciente se encuentre respirando espontáneamente y sea capaz de mantener una oxigenación y ventilación apropiados. Se pueden utilizar medicamentos como:
 - Midazolam: 0.05 mg/kg iv lento
 - Remifentanilo: 0.1 mcg/kg/min iv perfusión continua (Manual o TIVA)
 - Propofol: 0.3 – 4.0 mg/kg/hr (Manual o TIVA)
 - Dexmedetomidina: Dosis carga 0.5-1.0 mcg/kg en 10 minutos, y luego perfusión continua de 0.2-1.0 mcg/kg/hr (Manual o TIVA)
 - Sevofluorano Inhalatorio



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01

La sedación se realiza con el respectivo monitoreo del nivel de profundidad anestésica (por ejemplo, con BIS, entropía, entre otros), o anestésicos inhalatorios bajo la guía del CAM (Concentración Alveolar Mínima).

- **Escenario D (Dificultad con el rescate invasivo de la vía aérea):** Si el enfoque previsto no funciona o no es factible, el médico especializado en anestesiología considera intervenciones invasivas alternativas. En algunos casos, puede ser necesario iniciar ECMO (Oxigenación por Membrana Extracorpórea) si es apropiado y está disponible.

En general, es fundamental contar con una estrategia predefinida y estar preparado para manejar cualquier complicación en la vía aérea durante el procedimiento anestésico. La seguridad y el bienestar del paciente son prioritarios, y se tomarán todas las precauciones necesarias para garantizar un manejo óptimo de la vía aérea en cada situación.

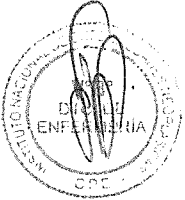
En caso de haberse presentado reacciones adversas a medicamentos o al uso del equipamiento médico, por favor, revisar los **ANEXOS 04; 05 y 06** o sus equivalentes legales vigentes.

7.2.2. MANEJO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL IMPREVISTO Y DE EMERGENCIA

- Pedir ayuda:** Ante una vía aérea difícil imprevista, es crucial solicitar asistencia de personal médico especializado en anestesiología para abordar la situación de manera efectiva.
- Optimización de la oxigenación:** Se enfoca en mejorar la oxigenación del paciente, garantizando un adecuado suministro de oxígeno durante el procedimiento.
- Uso de una ayuda cognitiva y/o algoritmo (ANEXO 2 y ANEXO 3):** Se emplea una guía o un algoritmo diseñado para el manejo de situaciones de vía aérea difícil, lo que facilita la toma de decisiones y la aplicación de las estrategias adecuadas.
- Al encontrarse con una vía aérea difícil imprevista:**
 - ❖ Determinar el beneficio de despertar y/o restaurar la respiración espontánea: Se evalúa si es más conveniente despertar al paciente o permitir que respire de forma espontánea, dependiendo de la situación.
 - ❖ Determinar el beneficio de un enfoque no invasivo frente al invasivo para el manejo de la vía aérea: Se decide si es mejor optar por un enfoque no invasivo o si se requiere una intervención más invasiva.
 - ❖ Se selecciona un enfoque no invasivo en paciente (B) si ventila, pero no es intubable, se identifica una secuencia preferida de dispositivos no invasivos a utilizar para el manejo de la vía aérea. Si se enfrentan dificultades con las técnicas individuales, se pueden combinar varias técnicas para abordar la situación. Se considera el tiempo transcurrido, el número de intentos y la saturación de oxígeno. Se evalúa la posibilidad de limitar el número de intentos de intubación traqueal o colocación de la vía aérea supraglótica para evitar posibles complicaciones. Se considera la sedación.
 - ❖ Sedación: El objetivo es que el paciente se encuentre respirando espontáneamente y sea capaz de mantener una oxigenación y ventilación apropiados. Se pueden utilizar medicamentos como:



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01



- Midazolam: 0.05 mg/kg iv lento.
- Remifentanilo: 0.1 mcg/kg/min iv perfusión continua.
- Propofol: 0.3 – 4.0 mg/kg/hr.
- Dexmedetomidina: dosis carga 0.5-1.0 mcg/kg en 10 minutos, y luego perfusión continua de 0.2-1.0 mcg/kg/hr.
- Sevoflurano inhalatorio.

e) Si es necesario un enfoque invasivo de la vía aérea (C) paciente no se puede intubar, no se puede ventilar), la intervención de emergencia es la Cricotiroidotomía.

- ❖ Asegurarse de que una vía aérea invasiva sea realizada por una persona entrenada en técnicas invasivas de la vía aérea.
- ❖ Asegurarse que la vía invasiva se realice lo más rápidamente posible.
- ❖ Cricotiroidotomía:

- Identificar membrana cricotiroidoidea
- Si la membrana es palpable: Realizar una incisión transversa a través de la membrana cricotiroidoidea. Giro de 90° del bisturí. Introducir guía (Estilete) a lo largo del mango dentro de la tráquea. Colocar un tubo de 6mm encarrilado y lubricado dentro de la tráquea. Ventilar, inflar el manguito y confirmar posición con capnógrafo. Asegurar el tubo.
- Si la membrana no es palpable: Incisión vertical de 8-10cm de caudal a cefálico. Usar los dedos de ambas manos para separar los tejidos. Identificar y estabilizar laringe. Proceder con la técnica de membrana palpable, expuesta arriba.

f) En caso de falla de la vía aérea invasiva difícil o fallida (D) se considera el paciente con dificultad con rescate invasivo de vía aérea, iniciando ECMO cuando sea apropiado y si éste se encuentra disponible.

7.2.3. RECOMENDACIONES PARA LA CONFIRMACIÓN DE LA INTUBACIÓN TRAQUEAL

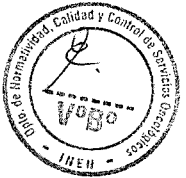
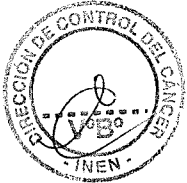
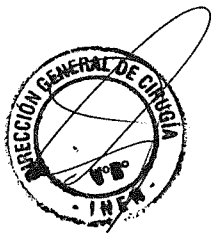
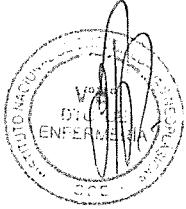
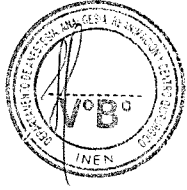
- a) Se confirma la intubación traqueal con capnografía, o la monitorización del dióxido de carbono al final de la espiración (EtCO₂).
- b) Si el médico especialista (anestesiología) no está seguro de la ubicación del tubo endotraqueal, se va a precisar si este se retira y se intenta la ventilación, o se utilizan técnicas adicionales para confirmar la posición del tubo endotraqueal. Dentro de las técnicas adicionales se encuentran: La visualización, la broncoscopia flexible, la ultrasonografía, o la radiografía.

7.2.4. RECOMENDACIONES PARA LA EXTUBACIÓN DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL

- a) Asegurar una estrategia pre formulada para la extubación y el posterior manejo de la vía aérea: La estrategia va a depender en parte de la cirugía o el procedimiento, de otras circunstancias peroperatorias, del estado del paciente, y de las habilidades y preferencias del médico.
- b) Evaluar la preparación del paciente para la extubación.



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01



- c) Se asegura de que haya una persona capacitada para ayudar a la extubación cuando sea posible.
- d) Determinar el momento y lugar adecuados para la extubación.
- e) Evaluar la condición clínica del paciente para la viabilidad del uso de una guía de intercambio de vía aérea y/o vía aérea supraglótica que pueda servir de guía para una reintubación rápida. Se va a minimizar el uso de una guía de intercambio de vía aérea en pacientes pediátricos.
- f) Antes de intentar la extubación, se deberá anticipar el riesgo de extubación traqueal difícil o fallida, evaluando los riesgos y beneficios para una traqueotomía quirúrgica electiva.
- g) Se evalúan los riesgos y beneficios de la extubación completamente despierta frente a la extubación antes de la recuperación de la conciencia (dormido).
- h) Usar oxígeno suplementario durante todo el proceso de extubación.
- i) Valorar los factores clínicos que pueden producir un impacto adverso en la ventilación tras la extubación del paciente: Hipoventilación, depresión respiratoria, estridor, relajación muscular residual, broncoespasmo, alteración del nivel de conciencia, riesgo de aspiración, edema laríngeo post extubación.
- j) Si se decide extubar y se ha usado un relajante muscular (rocuronio o vecuronio), es imperativo utilizar el agente antagonista de elección que es el sugammadex (para bloqueo superficial: 2mg/kg iv, bloqueo moderado: 4 mg/kg iv, y bloqueo profundo: 16 mg/kg iv). Si se ha usado otro relajante no-despolarizante (atracurio, cisatracurio), se debe mantener la ventilación y el nivel de anestesia hasta que el bloqueo pueda ser antagonizado adecuadamente.

7.3 CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

- a) Utilizar corticoides post extubación o epinefrina racémica si es apropiado.
- b) Informar al paciente o familiar (responsable del paciente) acerca de la dificultad de la vía aérea, con el fin de proporcionar al paciente o familiar responsable un papel que pueda guiar y facilitar la prestación de futuros cuidados.
- c) Documentar la presencia y naturaleza de la dificultad de la vía aérea en la historia clínica: La información abarca la presencia de una vía aérea difícil, las razones de la dificultad de la vía aérea, como se realizó la intubación (N° del tubo traqueal, número de intentos, uso detallado del enfoque no invasivo o invasivo) y sus implicaciones futuras.



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: TEST APLICABLES

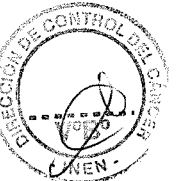
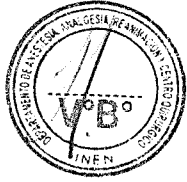
ANEXO 2: ALGORITMO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL: PACIENTES ADULTOS ASA 2022

ANEXO 3: ALGORITMO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL: PACIENTES PEDIÁTRICOS ASA 2022

ANEXO 4: FORMATO NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A
MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD

ANEXO 5: FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A
DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE SALUD

ANEXO 6: FORMATO DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS
CENTINELAS





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

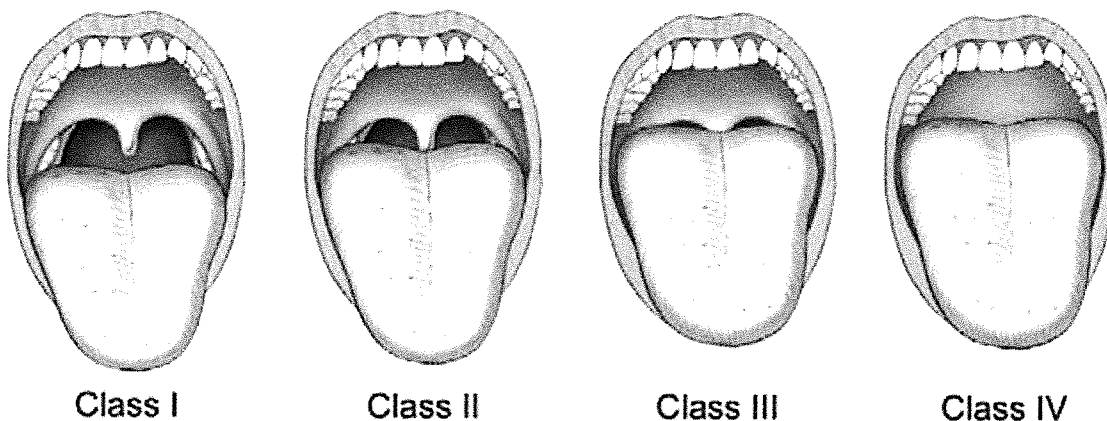


GUIA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

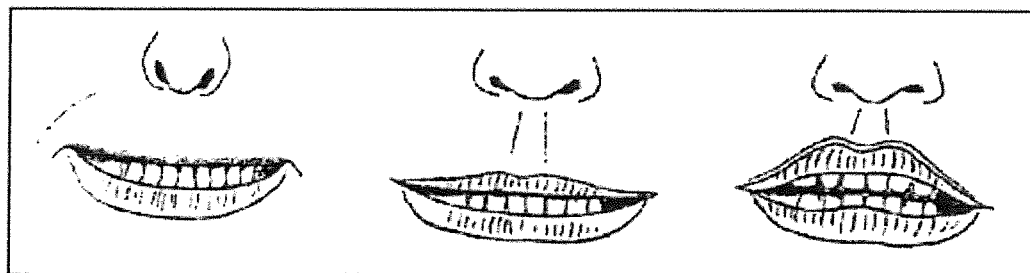
ANEXO 1: TEST APLICABLES

a) Test de Mallampati, Samsoon y Young

- Clase 1: fauces, úvula, paladar blando
- Clase 2: úvula, paladar blando
- Clase 3: base de úvula, paladar blando
- Clase 4: paladar duro



b) Test de Mordida



Clase 1

Clase 2

Clase 3

- Clase 1: >1 Incisivos superiores muerden labio superior
- Clase 2: $=0$ Visión parcial de la mucosa del labio superior
- Clase 3: <0 Incapacidad de morder el labio superior con los incisivos inferiores (Relacionada con intubación difícil).

Fuente: Guiracocha J, Ortiz L, Leonardo J, Ortiz L, León J, Bellorin N. Difficult Airway. Rev Recimauc. 2022; vol 6 (1): 348-358.



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



GUIA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01

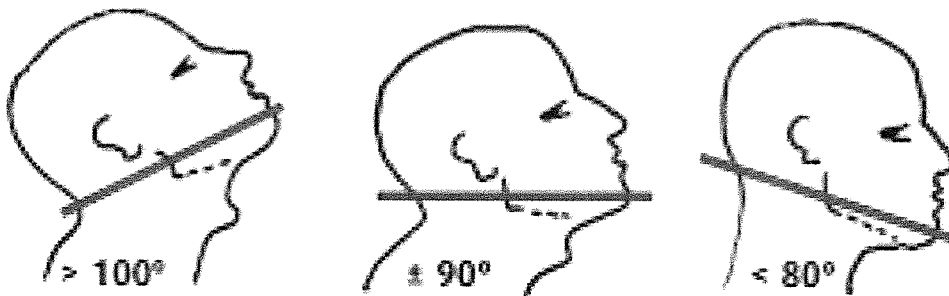
c) Test Lemon



Distancia por traveses de dedo:

- 1: Distancia interincisivos (<3 traveses de dedo)
- 2: Distancia mentohioidea (<3 traveses de dedo)
- 3: Distancia cartílago tiroideos – hioides (<2 traveses de dedo)

d) Distancia goniométrica (rango de movimiento)



- > 100° El dedo índice colocado en el mentón se eleva más que el de la prominencia occipital.
- + - 90° Los dos dedos índices quedan situados en el mismo plano.
- < 80° El dedo índice del mentón queda por debajo del de la prominencia occipital.

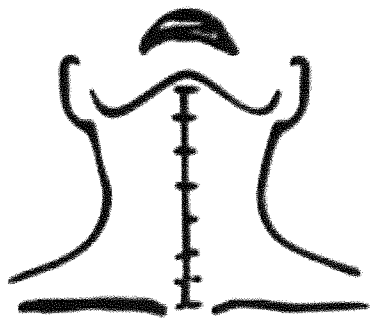
Fuente: Guiracocha J, Ortiz L, Leonardo J, Ortiz L, León J, Bellorin N. Difficult Airway. Rev Recimauc. 2022; vol 6 (1): 348-358.



GUIA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO	Implementación 2023	Versión V.01



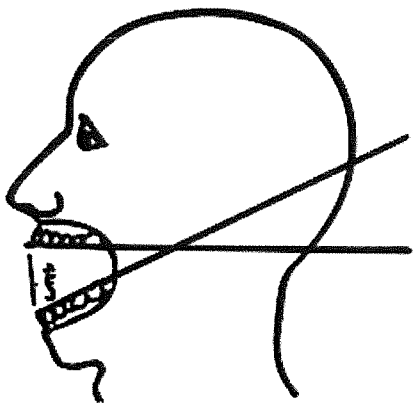
e) Escala de Patil-Aldrete (distancia tiromentoniana)



- Clase I > 6.5 cm
- Clase II 6 – 6.4 cm
- Clase III < 6 cm



f) Apertura bucal (distancia interincisivos)



- Clase I: más de 3 cm
- Clase II: de 2.6 a 3 cm
- Clase III: de 2 a 2.5 cm
- Clase IV: menos de 2 cm

Fuente: Guiracocha J, Ortiz L, Leonardo J, Ortiz L, León J, Bellorin N. Difficult Airway. Rev Recimauc. 2022; vol 6 (1): 348-358.

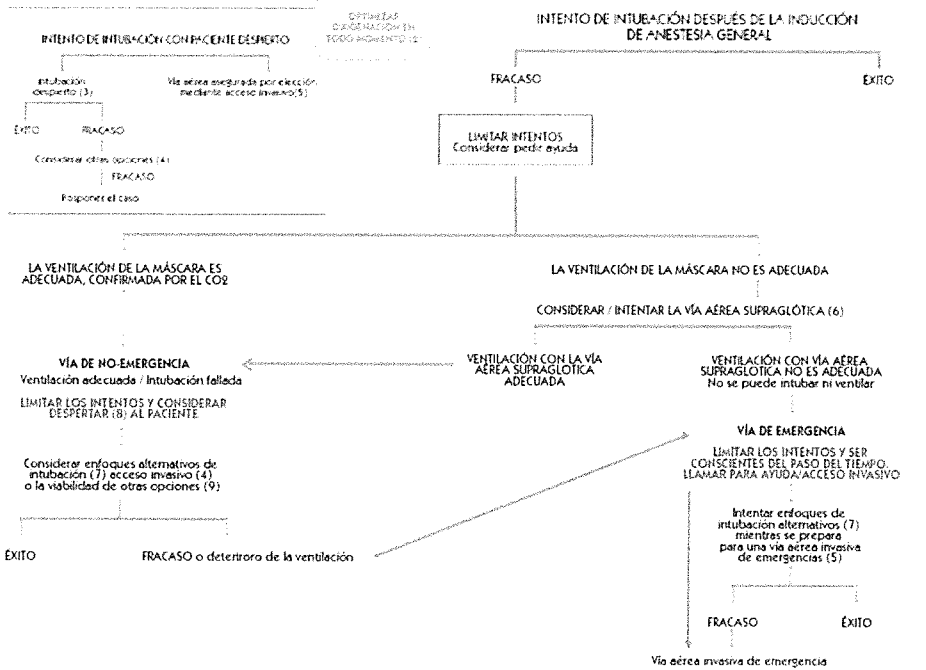
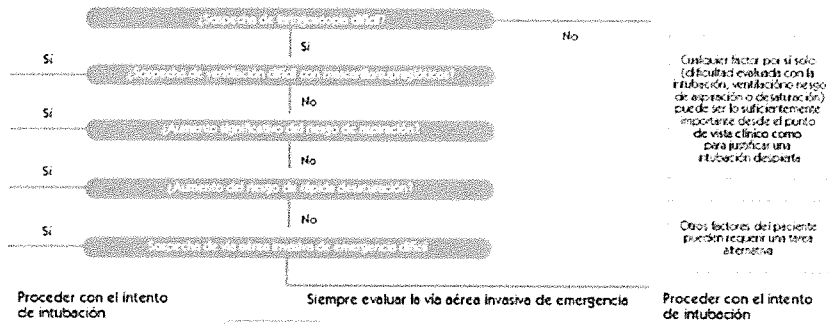


<p>GUIA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS</p>		<p>Código:GT.DNCC.INEN.012</p>
<p>Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO</p>	<p>Implementación 2023</p>	<p>Versión V.01</p>

ANEXO 2: ALGORITMO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL: PACIENTES ADULTOS ASA 2022

ALGORITMO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL: PACIENTES ADULTOS ASA 2022

Preintubación: antes de intentar la intubación, debemos elegir entre una estrategia de vía aérea despierta o postintubación. La elección de la estrategia y la técnica debe hacerla el clínico que gestiona la vía aérea (1)



1. La elección de la estrategia y las técnicas de la vía aérea por parte del profesional debe basarse en su experiencia previa, los recursos disponibles, incluido el equipo, la disponibilidad y la competencia de la ayuda, el contexto en el que se producirá el manejo de la vía aérea.
2. Cándula nasal de bajo o alto flujo, posición elevada de la cabeza durante todo el procedimiento. Ventilación no invasiva durante la preoxygenación.
3. Las técnicas de intubación al despertar incluyen el broncoscopio flexible, la videolaringoscopia directa, las técnicas combinadas y la intubación retrógrada con guía.
4. Otras opciones son, entre otras, la técnica alternativa con el paciente despierto, la vía aérea electiva con el paciente despierto técnicas anestésicas alternativas, inducción de la anestesia (si es inestable o no puede suspenderse) con propofol para una vía aérea invasiva de emergencia, y posponer el caso sin intentar las opciones anteriores.
5. Las técnicas invasivas de la vía aérea incluyen la escintorionia quirúrgica, la escintorionia con agua con un dispositivo de presión regulada, la escintorionia con cándula de gran calibre o la traqueotomía quirúrgica.
6. Las técnicas invasivas electivas de la vía aérea incluyen las antenas y la intubación retrógrada guiada por guía melélica y la traqueotomía percutánea. También hay que considerar la broncoscopia rígida y la ECMO.
7. Considerar el tamaño, el diseño, la posición y el uso de dispositivos supraglóticos de primera o segunda generación pueden mejorar la capacidad de ventilación.
8. Las alternativas de intubación difícil incluyen, entre otros, la laringoscopia guiada por vídeo, los palos de laringoscopia alternativos. Las técnicas combinadas, la intubación de la vía aérea supraglótica (con o sin guía broncoscópica flexible), broncoscopia flexible, introductor y estilete o guía luminosa. Medios auxiliares que pueden emplearse durante los intentos de intubación incluyen introductores de tubos traqueales, estiletes rígidos, estiletes de intubación o combinadores de tubos y manipulación laringea caliente.
9. Incluye el aplazamiento del caso o la postergación de la intubación y el regreso con los recursos adecuados (por ejemplo, personal equipo, preparación del paciente, intubación despierta).
10. Otras opciones incluyen, entre otras, proceder con el procedimiento utilizando máscara facial o la ventilación supraglótica de la vía aérea. La búsqueda de estas opciones suele implicar que la ventilación no será problemática.

Fuente: Apfelbaum J, Hagberg C, Connis R, Abdelmalak B, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice guidelines for management of the difficult airway. Rev Anesthesiology. 2022; vol 136 (1): 31 - 81.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

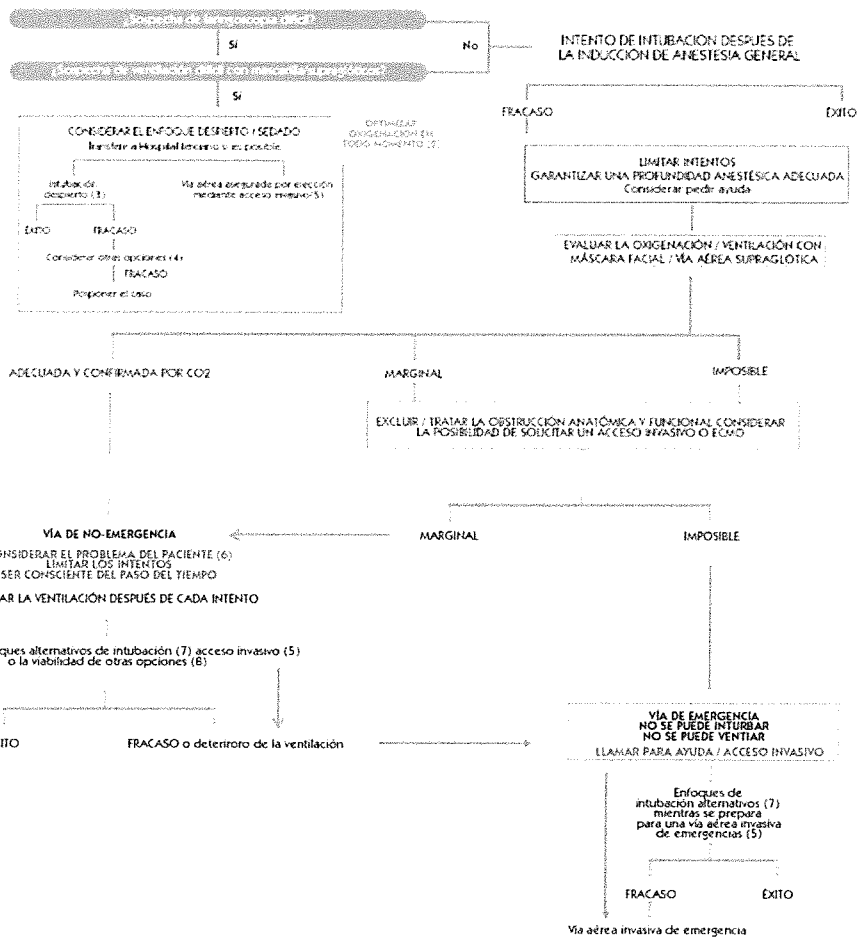


<p>GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS</p>		<p>Código:GT.DNCC.INEN.012</p>
<p>Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO</p>	<p>Implementación 2023</p>	<p>Versión V.01</p>

ANEXO 3: ALGORITMO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL; PACIENTES PEDIÁTRICOS ASA 2022

ALGORITMO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL: PACIENTES PEDIÁTRICOS ASA 2022

Preintubación: antes de intentar la intubación, debemos elegir entre una estrategia de vía aérea despierto o postintubación. La elección de la estrategia y la técnica debe hacerla el clínico que gestiona la vía aérea (1).



- 1- La evaluación del riesgo de la vía aérea y la elección de las técnicas deben basarse en su experiencia pre-ya, en los recursos disponibles, incluidos el equipo, la disponibilidad y la competencia de la ayuda, y en el contexto en el que se realizará el manejo de la vía aérea.
- 2- Cirugía nasal de bajo o alto flujo, posición elevada de la cabeza durante todo el procedimiento. Ventilación no invasiva durante la preoxygenación.
- 3- Las técnicas de intubación despierta incluyen el broncoscopio flexible, la videolaringoscopia, la laringoscopia directa, las técnicas combinadas, y la intubación retrógrada asistida por cable.
- 4- Otras opciones son, entre otras, la técnica alternativa con el paciente despierto, la vía aérea invasiva electiva con el paciente despierto, las técnicas anestésicas alternativas, la inducción de la anestesia (si es estable o no puede postponerse) con los preparativos para la vía aérea invasiva de emergencia, o el aplazamiento del caso sin intentar las opciones anteriores.
- 5- Las técnicas invasivas de la vía aérea incluyen la cricotomía quirúrgica, la intubación endotraqueal con agua fría asociada para la entel con un dispositivo de presión regulada, la cricoalotomía con cánula de gran calibre, la traqueostomía quirúrgica. Las técnicas invasivas electivas de la vía aérea incluyen las arteriores y la intubación retrógrada guiada por una guía ca y la traqueostomía percutánea. También hay que considerar la broncoscopia rígida y la ECMO.
- 6- Incluye el aplazamiento del caso o la postergación de la intubación y el regreso con los recursos adecuados (por ejemplo, personal, equipo, preparación del paciente, intubación despierta).
- 7- Los enfoques alternativos de intubación difícil incluyen, entre otros, la laringoscopia asistida por video, las palas de laringoscopia alternativas, las técnicas combinadas de la vía aérea supraglótica intubada (con o sin guía broncoscópica flexible), la broncoscopia flexible, el introductor y el estilete sumado. Entre los de real medida auxiliares que pueden emplearse durante los intentos de intubación se encuentran los introductores de tubos traqueales, los estiletes rígidos, los estiletes de intubación o los intercambiadores de tubos y la manipulación externa.
- 8- Otras opciones incluyen, pero no se limitan a, proceder con el procedimiento utilizando máscara facial o ventilación supraglótica de la vía aérea. La búsqueda de estas opciones surge al aplicar que la ventilación no sea problemática.

Fuente: Apfelbaum J, Hagberg C, Connis R, Abdelmalak B, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice guidelines for management of the difficult airway. Rev Anesthesiology. 2022; vol 136 (1): 31 - 81.



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 4: FORMATO NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

FORMATO NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS U OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

CONFIDENCIAL

A. DATOS DEL PACIENTE											
Nombres o Iniciales(*):											
Edad (*):		Sexo (*) <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Peso(Kg):		Historia Clínica y/o DNI:					
Establecimiento(*):											
Diagnóstico Principal o CIE10:											
B. REACCIONES ADVERSAS SOSPECHADAS											
Marcar con "X" si la notificación corresponde a : <input type="checkbox"/> Reacción adversa <input type="checkbox"/> Error de medicación <input type="checkbox"/> Problema de calidad <input type="checkbox"/> Otro(Especifique).....											
Describir la reacción adversa (*)						Fecha de inicio de RAM (*): ___/___/___ Fecha final de RAM: ___/___/___ Gravedad de la RAM(Marcar con X) <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave Solo para RAM grave (Marcar con X) <input type="checkbox"/> Muerte. Fecha ___/___/___ <input type="checkbox"/> Puso en grave riesgo la vida del paciente <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó su hospitalización <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad/incapacidad <input type="checkbox"/> Produjo anomalía congénita Desenlace(Marcar con X) <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado con secuela <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Mortal <input type="checkbox"/> Desconocido					
Resultados relevantes de exámenes de laboratorio (incluir fechas):											
Otros datos importantes de la historia clínica, incluyendo condiciones médicas preexistentes, patologías concomitantes (ejemplo: Alergias, embarazo, consumo de alcohol, tabaco, disfunción renal/hepática, etc.)											
C. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) SOSPECHOSO(S) (En el caso de productos biológicos es necesario registrar el nombre comercial, laboratorio fabricante, número de registro sanitario y número de lote)											
Nombre comercial y genérico(*)	Laboratorio	Lote	Dosis/ Frecuencia(*)	Vía de Adm. (*)	Fecha inicio(*)	Fecha final(*)	Motivo de prescripción o CIE 10				
Suspensión(Marcar con X)			SI	No	No aplica	Reexposición(Marcar con X)			SI	No	No aplica
(1)¿Desapareció la reacción adversa al suspender el medicamento u otro producto farmacéutico?						(1)¿Reapareció la reacción adversa al administrar nuevamente el medicamento u otro producto farmacéutico?					
(2)¿Desapareció la reacción adversa al disminuir la dosis?						(2)¿El paciente ha presentado anteriormente la reacción adversa al medicamento u otro producto farmacéutico?					
El paciente recibió tratamiento para la reacción adversa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Especifique:											
En caso de sospecha de problemas de calidad indicar: N° Registro Sanitario: _____ Fecha de vencimiento ___/___/___											
D. MEDICAMENTO(S) U OTRO(S) PRODUCTO(S) FARMACÉUTICO(S) CONCOMITANTE(S) UTILIZADO(S) EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES (excluir medicamento(s) u otro(s) producto(s) farmacéutico(s) para tratar la reacción adversa)											
Nombre comercial y genérico	Dosis/ frecuencia	Vía de Adm.	Fecha inicio	Fecha final	Motivo de prescripción						
E. DATOS DEL NOTIFICADOR											
Nombres y apellidos(*):											
Teléfono o Correo electrónico(*):											
Profesión(*):			Fecha de notificación ___/___/___			N° Notificación:					

Los campos (*) son obligatorios

Correo electrónico: farmacovigilancia@digemid.minsa.gob.pe

Fuente: Resolución Directoral N° 144-2016-DIGEMID-DG-MINSA, que aprueba los formatos de notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos u otros productos farmacéuticos por los profesionales de la salud.



GUIA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01

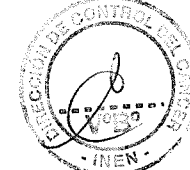
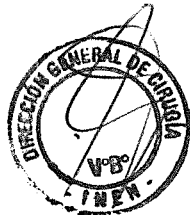
ANEXO 5: FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE SALUD

SISTEMA PERUANO DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA

FORMATO NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CONFIDENCIAL			
N° de notificación:			Fecha: / /
I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE :			
Iniciales del paciente:			Edad:
Historia clínica y/o DNI:		Sexo: F ()	M ()
Diagnóstico principal o CIE10:			
II. DATOS DEL DISPOSITIVO MÉDICO (DM)			
Nombre común:			
Nombre comercial y/o marca:			
Registro sanitario	Lote	Modelo	
Serie	Fecha de fabricación	Fecha de expiración	
Nombre del sitio de fabricación:			País:
Nombre del fabricante:			País:
Nombre del importador y/o distribuidor:			
Indique si el dispositivo médico de un solo uso ha sido utilizado más de una vez		SI ()	NO ()
III. DATOS DE LA SOSPECHA DE INCIDENTE ADVERSO			
1. Detección de la temporalidad del incidente adverso:			
Antes del uso del DM ()	Durante el uso del DM ()	Después del uso del DM ()	
Área y/o servicio donde se produjo el incidente adverso:			
2. Tipo de afectado:			
Paciente ()	Operario ()	Otros (especificar):	
3. Descripción de la sospecha del incidente adverso			
4. Clasificación de la sospecha del incidente adverso			
Leve ()	Moderado ()	Grave ()	
5. Consecuencia:			
Muerte ()	Lesión permanente ()	Lesión temporal ()	Requiere intervención quirúrgica ()
Produjo o prolongó su hospitalización ()	No tuvo consecuencias ()		
Otros (especificar):			
6. Causa probable			
Mala calidad ()	Error de uso ()	Condiciones de almacenamiento ()	Mantenimiento ()
Ambiente inapropiado ()	Condición del paciente ()	Otros (especificar)	
7. Acciones correctivas y preventivas iniciadas			
IV. DATOS DEL NOTIFICADOR			
Nombre y apellidos:			
Profesión/ocupación:	Teléfono:	e-mail:	
V. LUGAR DONDE SE PRESENTO EL INCIDENTE ADVERSO			
Nombre de la institución/organismo/centro de trabajo:			
Dirección:	Ciudad:	Región:	
	e-mail:	Teléfono:	

* Todos los datos del reporte deben ser llenados conforme el instructivo

Fuente: Resolución Directoral N° 101-2019-DIGEMID-DG-MINSA, que aprueba los formatos de Notificación de sospechas de incidentes adversos a dispositivos médicos por los profesionales de la salud.





GUIA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012	
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023	Versión V.01

ANEXO 6: FORMATO DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

PERÚ Ministerio de Salud		
FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS		
N° DE FICHA <input type="text"/>		
FECHA DE NOTIFICACIÓN	<input type="text"/>	
CODIGO RENIPRESS DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="text"/>	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	<input type="text"/>	
MICRORED DE SALUD	<input type="text"/>	
RED DE SALUD	<input type="text"/>	
DIRESA/GERESA/DIRIS	<input type="text"/>	
ADATOS GENERALES DEL PACIENTE		
N° DE HISTORIA CLINICA	<input type="text"/>	
TIPO DE SEGURO	<input type="text"/>	
SEXO DEL PACIENTE	<input type="text"/>	
EDAD	<input type="text"/>	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL (CIE10)	<input type="text"/>	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	<input type="text"/>	
BUBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE		
UPSS/SERVICIO	<input type="text"/>	
C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)		
INCIDENTE* <input type="checkbox"/>	EVENTO ADVERSO** <input type="checkbox"/>	EVENTO CENTINELA*** <input type="checkbox"/>
<small>* Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente ** Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente *** Es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función.</small>		
D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO		
FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO	<input type="text"/>	
HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO	<input type="text"/>	
CATEGORIA	<input type="text"/>	
TIPO	<input type="text"/>	
BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/ EVENTO ADVERSO	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		

Fuente: Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".



GUÍA TÉCNICA: MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS		Código:GT.DNCC.INEN.012
Emisor: DEPARTAMENTO DE ANESTESIA, ANALGESIA, REANIMACION Y CENTRO QUIRURGICO		Implementación 2023
		Versión V.01

IX. BIBLIOGRAFIA:

1. Guiracocha Landetta, J. A., Ortiz Andrade, L. A., León García, J. L., & Bellorin Rivas, N. C. (2022). Vía Aérea Dificil. RECIAMUC, 6(1), 348-358. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6. \(1\). Enero 2022.348-358](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6. (1). Enero 2022.348-358).
2. Kornas R, Owyang C, Sakles J, Foley L, Mosier J. Evaluation and management of the physiologically difficult airway: consensus recommendations from society for airway management. Rev narrat rev. 2021; 132 (1): 395 – 405.
3. Xu Z, Ma W, Hester D, Jiang Y. Anticipated and unanticipated difficult airway management. Curr Opin Anaesthesiol. Febrero 2018;31(1):96-103.
4. Frerk C, Mitchell V, McNarry A, Mendonca C, Bhagrath R, Patel A et al. Difficult Airway Society intubation guidelines working group. Rev Br J Anaesth. 2015; vol 115 (6): 827–848.
5. Apfelbaum J, Hagberg C, Connis R, Abdelmalak B, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice guidelines for management of the difficult airway. Rev Anesthesiology. 2022; vol 136 (1): 31 - 81.
6. Altun D, Kara H, Bozboru E, Ali A, Dinc T, Sonmez S, et al. The role of indirect laryngoscopy, clinical and ultrasonographic assessment in prediction of difficult airway. Rev Laryngoscope. 2021; vol 131: 555–560.
7. Gomez R, Gaitini L, Matter I, Somri M. Guías y algoritmos para el manejo de la vía aérea difícil. Rev Esp de Anest y Rean. 2018; vol 65 (1): 41 - 48.
8. Norskov A, Rosenstock C, Wetterslev J, Astrup G, Afshari A. Diagnostic accuracy of anaesthesiologists' prediction of difficult airway management in daily clinical practice: a cohort study. Rev Anaesthesia. 2015; vol 70 (3): 272–281.
9. Guiracocha J, Ortiz L, León J, Bellorin N. Difficult airway. Rev reciamuc. 2022; 6 (1): 348-358.

