



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA



# MANEJO ANESTÉSICO EN LA PACIENTE OBSTÉTRICA - ÚLTIMAS GUÍAS -

Dra. Ana Broseta  
Dra. Clara Fernández  
Dra. Alba Montagud

**Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor  
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia**



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016

# INDEX

- EVALUACIÓN PREANESTÉSICA / PREPARACIÓN
- PREVENCIÓN DE LA ASPIRACIÓN
- ANESTESIA EN PARTO VAGINAL
- ANESTESIA EN CESÁREA
- OTRAS RECOMENDACIONES
- VASOCONSTRICTORES
- RCP EN GESTANTES
- MANEJO VÍA AÉREA



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016**

# Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia\*

Anesthesiology. 2016 Feb



## The use of remifentanyl during general anesthesia for caesarean section

Van de Velde, Marc

**Current Opinion in Anaesthesiology**

Número: Volume 29(3), June 2016, p 257–260



## Airway management and training in obstetric anaesthesia

Mushambi, Mary C.; Jaladi, Sahana

**Current Opinion in Anaesthesiology**

Número: Volume 29(3), June 2016, p 261–267



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016**

# **Maternal haemodynamic changes during spinal anaesthesia for caesarean section**

**Current Opinion in Anesthesiology** 2011

**Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics.**

Anaesthesia. 2015 Nov;

**European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015  
Section 4. Cardiac arrest in special circumstances**

2015 European Resuscitation Council.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016**

# Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia\*

Anesthesiology. 2016 Feb

- ❑ **ANESTESIA OBSTÉTRICA:** Anestesia y actividades analgésicas realizadas durante el parto englobando parto vaginal, cesárea y eliminación de placenta retenida.
- ❑ **PROPÓSITO:** Mejorar la seguridad de las pacientes reduciendo las complicaciones derivadas de la anestesia.
- ❑ **¿POR QUÉ ESTAS GUÍAS?:** Integran los resultados obtenidos de una revisión de la literatura científica y la opinión de expertos tanto de la ASA como de la Sociedad de Anestesia Obstétrica y Perinatología.



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada  
Valencia 25 de Octubre de 2016

# EVALUACIÓN PREANESTÉSICA Y PREPARACIÓN

- **Historia clínica y examen físico.**
  - Identificar fx de riesgo.
  - Manejo multidisciplinar.
- **Recuento de plaquetas .**
  - En estados hipertensivos del embarazo, aumento de enzimas hepáticas, estados coagulopáticos...
  - No hay evidencia en ASA I y sin antecedentes
- **Pruebas cruzadas.**
  - Solo si hay antecedentes de complicaciones hemorrágicas.
  - Política institucional.
- **Monitorización de la FC cardiaca fetal.**
  - En todos los casos antes y después de la epidural, durante no tiene porque ser necesario.



# PREVENCIÓN DE LA ASPIRACIÓN

## LÍQUIDOS CLAROS

- No particulados.
- Máximo 150 ml/h.
- Durante el trabajo de parto sin complicaciones.
- Cesárea electiva: ingesta hasta 2 h antes.
- NO si hay fx de riesgo de broncoaspiración ( obesidad, DM, VAD)

## ANTIÁCIDOS

- Citrato de sodio 0.3M 30 ml oral.
- Ranitidina 50 mg.
- Metroclorpramida 10 mg IV.



# ANESTESIA EN PARTO VAGINAL

- **Epidural**
- **Intradural: Opioides +/- AL**
- **Combinada (Intradural + epidural)**





# EPIDURAL

- Si hay disponibilidad, administrar con  $< 5$  cm de dilatación.
- Inserción temprana de un catéter epidural en parturientas complicadas: cesárea previa, posible dificultad de vía aérea, preeclampsia...



- Combinar AL + opiáceos para disminuir bloqueo motor.
- Analgesia epidural controlada por el paciente. **(A1)**.
  - Metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados.
  - Cantidad de analgesia utilizada o bloqueo motor.
  - Con o sin infusión fija previa de AL.

Evidence Linkages	N	Fisher Chi-square	P Value	Weighted Stouffer Z <sub>c</sub>	P Value	Effect Size	Mantel-Haenszel OR	CI	Heterogeneity	
									Significance	Effect Size
<b>PCEA vs. CIE<sup>102-116</sup></b>										
Analgesic use	6	84.98	0.001	-8.61	0.001	0.47			0.109	0.001
Duration of labor first stage	6	22.41	0.033	-0.46	0.323	0.01			0.272	0.233
Duration of labor second stage	7	21.24	0.096	0.34	0.367	0.01			0.496	0.525
Spontaneous delivery*	8						1.49	0.94-2.36		0.506
Motor block†	7						0.52	0.15-3.44		0.001
1 min Apgar	6						0.63	0.27-1.50		0.602
5 min Apgar	5						2.00	0.44-9.02		0.639
<b>PCEA with background infusion vs. PCEA<sup>117-122</sup></b>										
Analgesia (pain relief)	5						3.33	1.87-5.92		0.399
Spontaneous delivery	5						0.83	0.41-1.69		0.935
Motor block	5						1.18	0.47-2.97		0.546



# ANESTESIA EN LA CESÁREA

- Dotación personal y material igual que en quirófano.
- Recuperación postanestésica.



## **Table 1.** Suggested Resources for Obstetric Hemorrhagic Emergencies

---

Large-bore IV catheters

Fluid warmer

Forced-air body warmer

Availability of blood bank resources

Massive transfusion protocol

Equipment for infusing IV fluids and blood products rapidly.

Examples include, but are not limited to, hand-squeezed fluid chambers, hand-inflated pressure bags, and automatic infusion devices.

---

The items listed represent suggestions. The items should be customized to meet the specific needs, preferences, and skills of the practitioner and healthcare facility.



**Table 2.** Suggested Resources for Airway Management during Initial Provision of Neuraxial Analgesia in a Labor Delivery Room Setting

---

Laryngoscope and assorted blades

Endotracheal tubes, with stylets

Oxygen source

Suction source with tubing and tonsil suction tip

Self-inflating bag and mask for positive-pressure ventilation

Medications for blood pressure support, muscle relaxation, and hypnosis

---

The items listed represent suggestions. The items should be customized to meet the specific needs, preferences, and skills of the practitioner and healthcare facility.

**Table 3.** Suggested Contents of a Portable Storage Unit for Difficult Airway Management for Cesarean Section Rooms

---

Rigid laryngoscope blades of alternate design and size

Videolaryngoscopic devices

Endotracheal tubes of assorted size

Endotracheal tube guides. Examples include (but are not limited to) semirigid stylets, light wands, and forceps designed to manipulate the distal portion of the endotracheal tube.

At least one device suitable for emergency nonsurgical airway ventilation consisting of a face mask or supraglottic airway device (e.g., laryngeal mask airway, intubating laryngeal mask airway, and laryngeal tube).

Equipment suitable for emergency surgical airway access (e.g., cricothyrotomy)

---

© 2016 American Society of Anesthesiologists

# TÉCNICA ANESTÉSICA DE ELECCIÓN

\*Individualizar\*


-Cesárea electiva (grado 4) → Anestesia neuroaxial

-Cesáreas urgentes (grado 2-3) → Epidural, Intradural

-Cesárea emergente (grado 1) → Anestesia general

Bradicardia fetal, ruptura uterina, situaciones de hemorragia severa, abrupcio placentae, prolapso cordón

**Figure 1. A classification relating the degree of urgency to the presence or absence of maternal or fetal compromise**

Urgency	Definition	Category
 Maternal or fetal compromise	Immediate threat to life of woman or fetus	1
	No immediate threat to life of woman or fetus Requires early delivery	2 3
No maternal or fetal compromise	At a time to suit the woman and maternity services	4



## ENSAYOS CLÍNICOS

A. Epidural vs A. General	A. General con A. intradural	A. Epidural vs A. intradural
<p>APGAR al minuto y las 5 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ A. EPIDURAL.</li><li>➤ <b>A2 evidencia E.</b></li></ul>	<p>APGAR y ph de arteria umbilical Tiempo en el paritorio</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ A.INTRADURAL.</li><li>➤ <b>A1-A2 evidencia E.</b></li></ul>	<p>Hipotensión, Ph de la arteria umbilical, APGAR.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ CONTRADICTORIOS</li></ul>





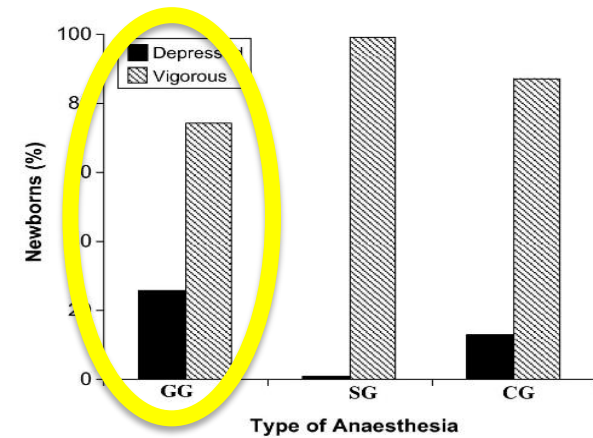
## General versus spinal anaesthesia for elective caesarean sections: effects on neonatal short-term outcome. A prospective randomised study.

Table III. Apgar score factors at 5 min.

	Spinal group (%)			General group (%)			Conversion group (%)			Total p	SG vs. GG	GG vs. CG	SG vs. CG
	0	1	2	0	1	2	0	1	2				
Scores	0	1	2	0	1	2	0	1	2				
Activity	-	3.3	96.7	-	25.9	74.1	-	4.8	95.2	0.001	0.001	0.002	0.9
Pulse	-	-	100	-	-	100	-	-	100	1	-	-	-
Grimace	-	3.3	96.7	-	7.4	92.6	-	4.8	95.2	0.47	-	-	-
Appearance	-	20.0	80.0	-	25.9	74.1	-	19.0	81.0	0.5	-	-	-
Respiration	-	-	100	-	-	100	-	-	100	1	-	-	-

Table II. Apgar score factors at 1 min.

	Spinal group (%)			General group (%)			Conversion group (%)			Total p	SG vs. GG	GG vs. CG	SG vs. CG
	0	1	2	0	1	2	0	1	2				
Scores	0	1	2	0	1	2	0	1	2				
Activity	-	16.7	83.3	-	63.0	37.0	-	30.1	69.9	0.01	0.001	0.001	0.07
Pulse	-	-	100	-	11.1	88.9	-	4.8	95.2	0.016	0.01	0.28	0.38
Grimace	-	6.7	93.3	-	55.6	44.4	-	17.5	82.5	0.001	0.001	0.001	0.6
Appearance	3.3	76.7	20.0	3.7	92.6	3.7	14.2	81.0	4.8	0.001	0.005	0.06	0.002
Respiration	-	-	100	-	33.3	66.7	-	7.9	92.1	0.001	0.001	0.02	0.08



No había diferencias en la supervivencia materno fetal



# Otras recomendaciones

## **COCARGA DE FLUIDOS IV**

- Disminuir hipotensión materna tras anestesia intradural.
- No hay diferencias entre coloides y cristaloides .
- Co-carga: 500- 1000 ml cristaloides.
- PREcarga → no previene la hipotensión espinal

## **ANALGESIA POSTOPERATORIA:**

- Tras una NA, recomiendan el uso de analgesia por el cateter epidural en lugar de opioides IV.
- Dosis: vía epidural 1-2 mg, vía intratecal 100 mcg.
- Reportan una mejor analgesia cuando esta es controlada por la propia paciente. ( A2- evidencia B)



## VASOCONSTRICTORES:

- Efedrina y fenilefrina adecuadas.
- Cambios fisiológicos embarazo: ↓RVP ↑GC
- En ausencia de bradicardia materna, mejor fenilefrina (no afecta al estado ácido base fetal).
- Bradycardia materna: Efedrina y/o anticolinérgicos + volumen.

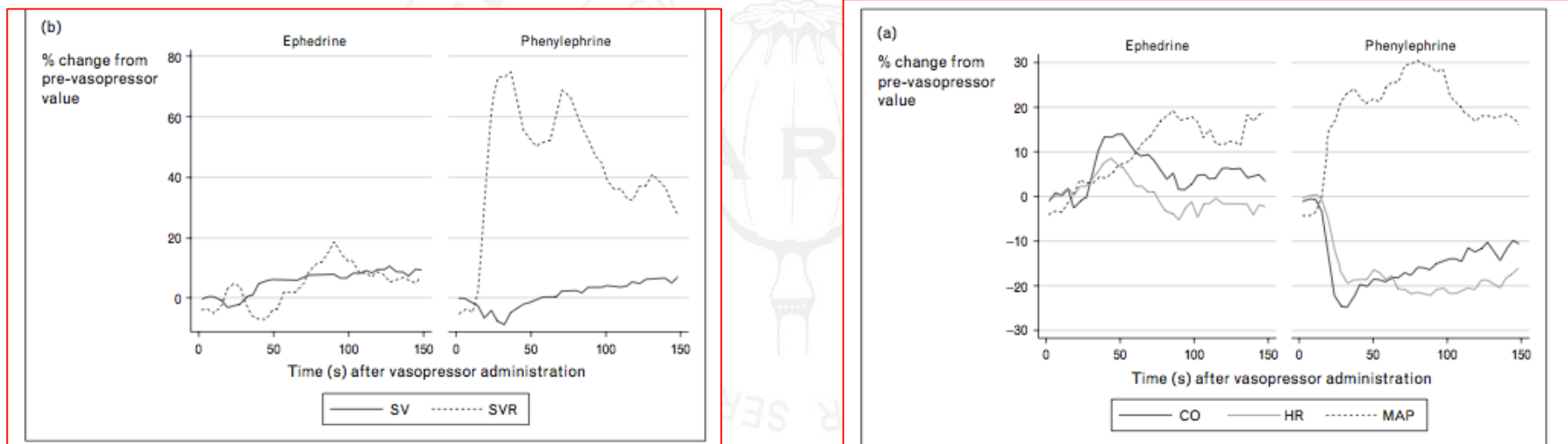


Figure 1 Percentage changes from pre-vasopressor values after the administration of ephedrine 10 mg or phenylephrine 80 µg

# Maternal haemodynamic changes during spinal anaesthesia for caesarean section

Current Opinion in Anesthesiology 2011

# RCP EN GESTANTE

- **Supervivencia general** → Supervivencia de la madre y la reanimación precoz.
- **Cambios fisiológicos en el embarazo.**
- **Compresión de los vasos por el útero** → GC → HipoTA.

**ABCDE (Emergencia)**

## **PREVENCIÓN**

- Colocar una cuña en el lado derecho para desplazar el útero hacia la izquierda.
- Administrar O<sub>2</sub> si es necesario.
- Fluidoterapia si evidencia de hipovolemia.
- Identificar causa subadyacente.

## **SOPORTE VITAL BÁSICO**

- Pedir ayuda.
- Seguir directrices estándar.
- Asegurar compresiones torácicas.
- Desplazar manualmente el útero a la izquierda.
- Angulación 15-30 °.
- Preparar una cesárea.

## **SOPORTE VITAL AVANZADO**

- Desfibrilar.
- TET 0.5 -1 mm menor.
- Acceso vascular temprano.
- Identificar causas reversibles.
  - HEMORRAGIA.
  - ECV.
  - PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA.
  - TEP.
  - EMBOLISMO L. AMNIÓTIO.

- Si no hay retorno de la circulación materna en 4 minutos → **cesárea urgente.**

- > 20- 23 semanas de gestación: histerectomía.



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016**

# MANEJO DE LA VÍA AÉREA



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016



# VÍA AÉREA EN OBSTETRICIA

**Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics.**

Anaesthesia. 2015 Nov;

- **The Obstetric Anaesthetist's Association**
- **Difficult Airway Society**
- **Primera guía obstétrica específica de fallo en intubación**
- **693 artículos revisados**

Primera guía en UK en manejo de la vía aérea en pacientes obstétricas



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada  
Valencia 25 de Octubre de 2016**

# VÍA AÉREA EN OBSTETRICIA

**Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia\***

**Anesthesiology**

Número: Volume 106(4), April 2007,

- **American Society of Anesthesiologists ( ASA )**
- **Revisión de artículos publicados entre 2005-2015**
- **Basada en 478 artículos**



Revisión de la  
del 2007



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016**



# VÍA AÉREA EN OBSTETRICIA

## Airway management and training in obstetric anaesthesia

Mushambi, Mary C.; Jaladi, Sahana

- Revisión publicada en 2016
- Current opinion
- Basada en “ OAA DAS Obstetric failed intubation guidelines ”



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada  
Valencia 25 de Octubre de 2016

# PACIENTES OBSTÉTRICAS

## 1. Mucosa vía aérea más vascularizada y edematosa

Mayor riesgo de sangrado

Incremento Mallampati

## 2. Edematización vía aérea →

Oxitocina/ Preeclapsia  
Fluidoterapia/Maniobras de Valsalva

## 3. Descenso en la capacidad residual funcional

## 4. Incremento requerimientos de Oxígeno

**RÁPIDA DESATURACIÓN**

## 5. Disminución tono esfínter esofágico → RGE

## 6. Dificultad en la inserción del laringoscopio → Aumento de las mamas

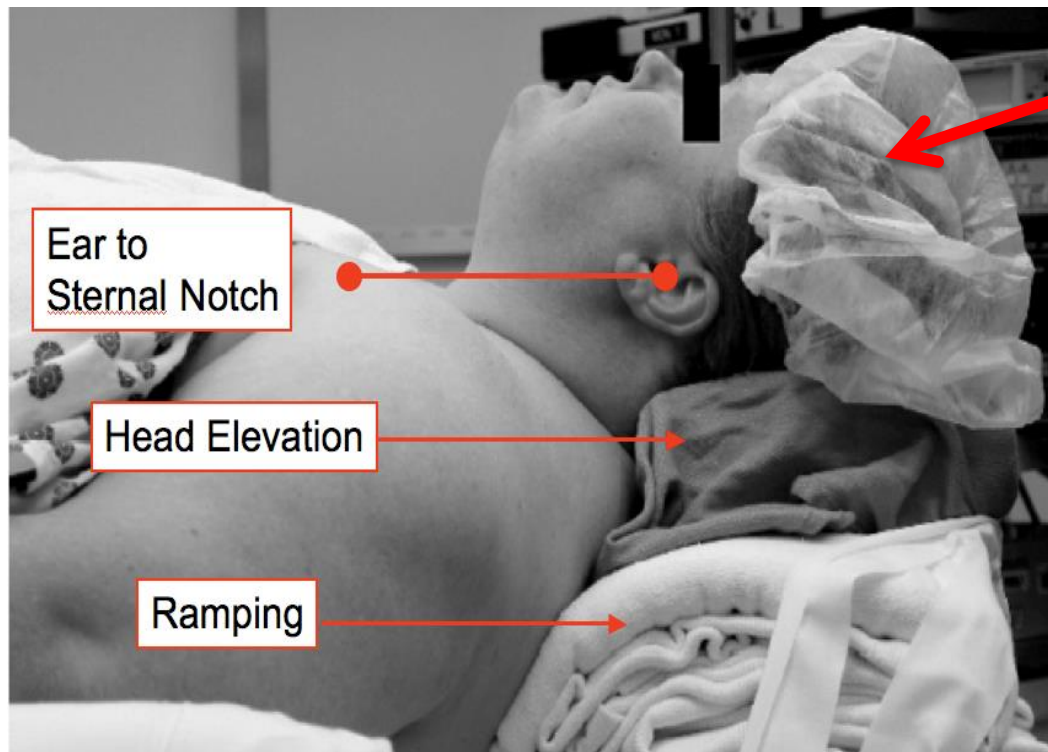


# 1. PLANING Y PREPARACIÓN

- Conocer las diferencias fisiológicas durante el embarazo
- Conocer el material disponible de vía aérea
- Buena comunicación entre los diferentes equipos
- Estandarización en la actuación
- Conocimiento de la Historia clínica de las pacientes



# 2. POSICIÓN



HEAD-UP 20-30°

Ear to  
Sternal Notch

Head Elevation

Ramping

Posición en  
“RAMPA”

VS

POSICIÓN  
“OLFATEO”



# 3. PRESIÓN CRICOIDEA



**Inicio:** Fuerza 10N

**Tras pérdida consciencia:** 30N

**En Head-up:** 20N

- Realizarla hasta asegurar la vía aérea
- Excepto durante la inserción de DSG

# 4. PREOXIGENACIÓN / VENTILACIÓN

## PREOXIGENACIÓN

- $F_{ET} O_2 \geq 0.9$  / Flujo de gas fresco  $\geq 10$  l.min
- Buen sellado de la mascarilla facial
- Embarazadas a término 2 min de pre-oxigenación son suficientes
- OBESOS: Oxigenación apnéica con GN O2 5lpm
- GN alto flujo para oxigenación apnéica

## VENTILACIÓN

- Ventilación suave con límite máximo 20cmH2O  
+
- Presión cricoidea

Menos riesgo de aspiración que si

- Ventilación con MF tras desaturación

Valorar en pacientes obstétricas obesas



# 5. INDUCCIÓN ANESTÉSICA

## TIOPENTAL

- El más usado en pacientes obstétricas
- Alta incidencia de despertar intraoperatorio por infradosificación ( < 4mg.Kg )

## PROPOFOL

Familiaridad

Fácil preparación → Pocos errores

Mejor supresión de reflejos vía aérea

Menos despertares intraoperatorios





# 5. INDUCCIÓN ANESTÉSICA

## SUCCINILCOLINA

- El más usado por su rápida acción y corta duración
- Aparece antes de la recuperación de la ventilación espontánea
- Incremento consumo de O<sub>2</sub> por su efecto despolarizante

**HIPOXIA**



## ROCURONIO

- **Alternativa:** Usado a altas dosis ( 1.0-1.2 mg.Kg )
- 3 minutos en recuperar ventilación espontánea ( Tras sugammadex ( 16 mg.Kg ) )

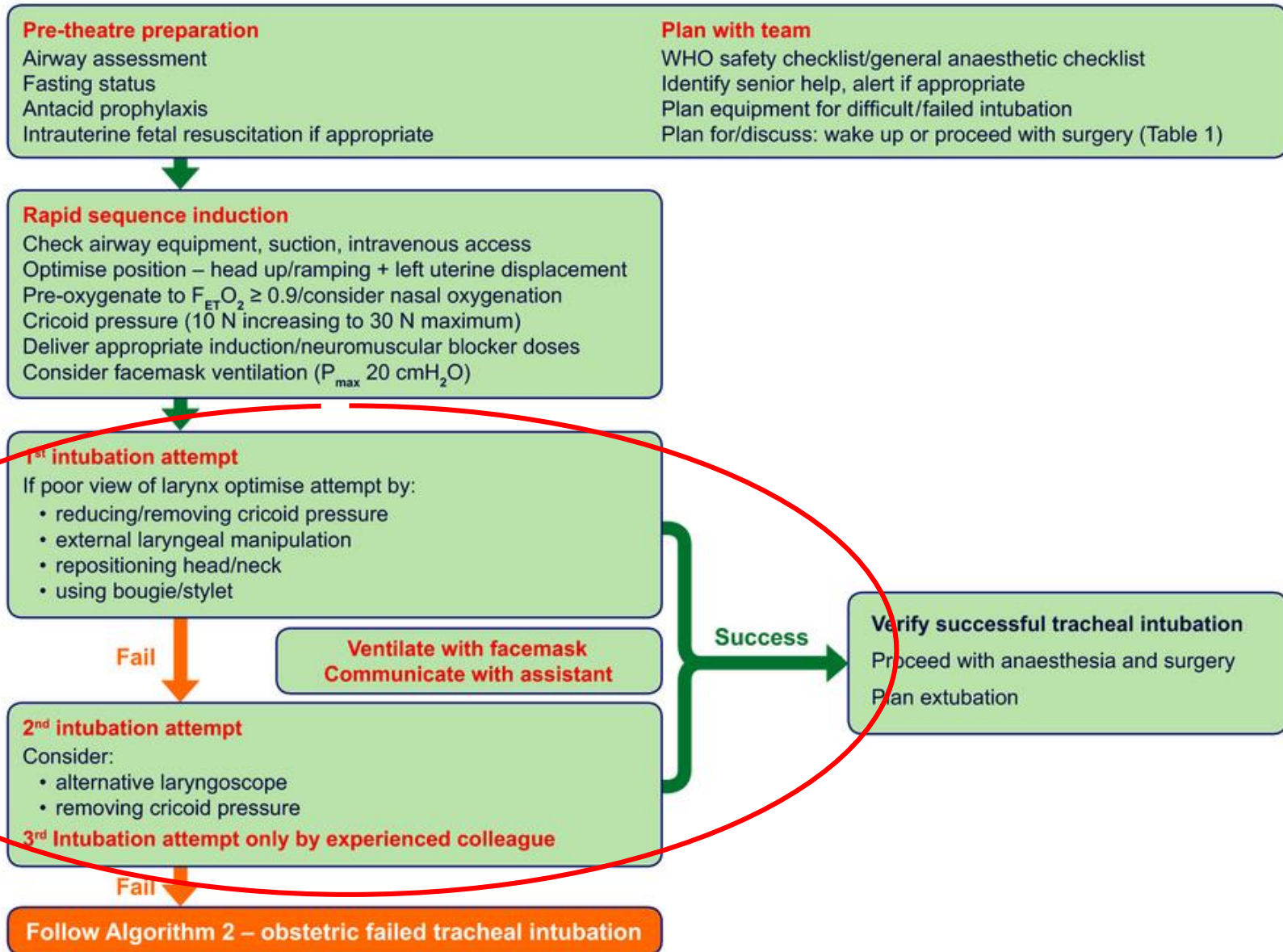
### **INCONVENIENTES**

- Alto coste
- Pérdida de tiempo en su preparación





# Algorithm 1 – safe obstetric general anaesthesia



# Master algorithm – obstetric general anaesthesia and failed tracheal intubation

**Algorithm 1**  
Safe obstetric general anaesthesia

**Pre-induction planning and preparation**  
Team discussion

**Rapid sequence induction**  
Consider facemask ventilation ( $P_{max} < 20 \text{ cmH}_2\text{O}$ )

**Laryngoscopy**  
(maximum 2 intubation attempts; 3<sup>rd</sup> intubation attempt only by experienced colleague)

Verify **successful** tracheal intubation and proceed  
Plan extubation

**Algorithm 2**  
Obstetric failed tracheal intubation

**Declare failed intubation**  
Call for help  
Maintain oxygenation  
Supraglottic airway device (maximum 2 attempts) or facemask

**Algorithm 3**  
Can't intubate, can't oxygenate

**Declare CICO**  
Give 100% oxygen  
Exclude laryngospasm – ensure neuromuscular blockade  
Front-of-neck access



\*See Table 1, §See Table 2

© Obstetric Anaesthetists' Association / Difficult Airway Society (2015)



# 6. DISPOSITIVOS RESCATE



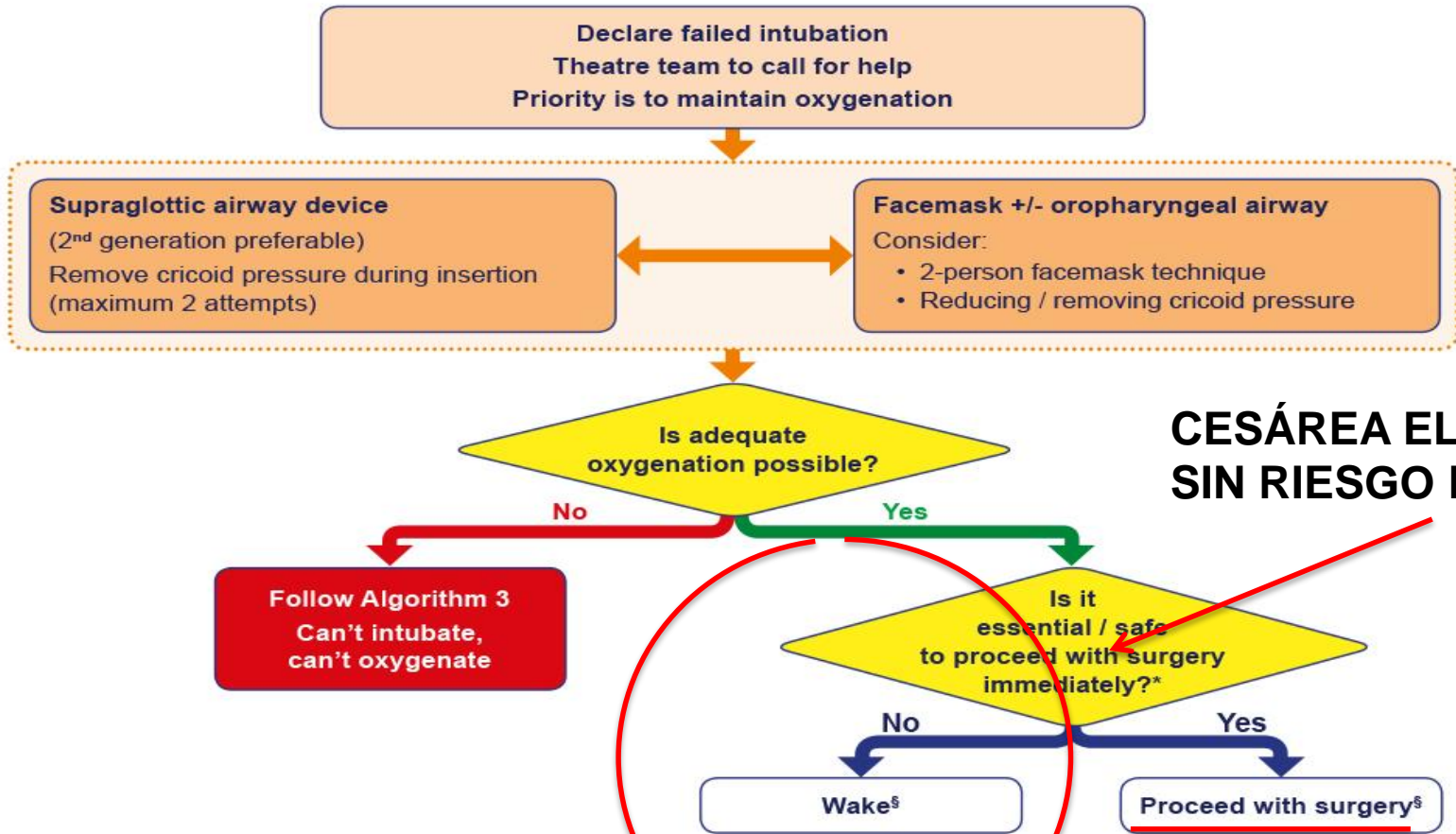
**TUBO LARINGEO**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016**



# Algorithm 2 – obstetric failed tracheal intubation



**CESÁREA ELECTIVA  
SIN RIESGO FETAL**

\*See Table 1, §See Table 2

© Obstetric Anaesthetists' Association / Difficult Airway Society (2015)



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016**

# Algorithm 3 – can't intubate, can't oxygenate

Declare emergency to theatre team  
Call additional specialist help (ENT surgeon, intensivist)  
Give 100% oxygen  
Exclude laryngospasm – ensure neuromuscular blockade

Perform front-of-neck procedure

Is oxygenation restored?

No

Yes

Maternal advanced life support  
Perimortem caesarean section

Is it essential/safe to proceed with surgery immediately?

No

Yes

Wake

Proceed with surgery

SITUACIÓN POCO HABITUAL EN NUESTRO MEDIO

© Obstetric Anaesthetists' Association/Difficult Airway Society (2015)

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua  
Valencia 25 de Octubre de 2016



# 7. DESPETAR VS SEGUIR

**Table 1 – proceed with surgery?**

Factors to consider		WAKE	←	→	PROCEED
Before induction	Maternal condition	• No compromise	• Mild acute compromise	• Haemorrhage responsive to resuscitation	• Hypovolaemia requiring corrective surgery • Critical cardiac or respiratory compromise, cardiac arrest
	Fetal condition	• No compromise	• Compromise corrected with intrauterine resuscitation, pH < 7.2 but > 7.15	• Continuing fetal heart rate abnormality despite intrauterine resuscitation, pH < 7.15	• Sustained bradycardia • Fetal haemorrhage • Suspected uterine rupture
	Anaesthetist	• Novice	• Junior trainee	• Senior trainee	• Consultant/specialist
	Obesity	• Supermorbid	• Morbid	• Obese	• Normal
	Surgical factors	• Complex surgery or major haemorrhage anticipated	• Multiple uterine scars • Some surgical difficulties expected	• Single uterine scar	• No risk factors
	Aspiration risk	• Recent food	• No recent food • In labour • Opioids given • Antacids not given	• No recent food • In labour • Opioids not given • Antacids given	• Fasted • Not in labour • Antacids given
	Alternative anaesthesia • regional • securing airway awake	• No anticipated difficulty	• Predicted difficulty	• Relatively contraindicated	• Absolutely contraindicated or has failed • Surgery started
After failed intubation	Airway device/ventilation	• Difficult facemask ventilation • Front-of-neck	• Adequate facemask ventilation	• First generation supraglottic airway device	• Second generation supraglottic airway device
	Airway hazards	• Laryngeal oedema • Stridor	• Bleeding • Trauma	• Secretions	• None evident



© Obstetric Anaesthetists' Association/Difficult Airway Society (2015)



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua**  
**Valencia 25 de Octubre de 2016**



# Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics

## Table 2 – management after failed tracheal intubation

### Wake

- Maintain oxygenation
- Maintain cricoid pressure if not impeding ventilation
- Either maintain head-up position or turn left lateral recumbent
- If rocuronium used, reverse with sugammadex
- Assess neuromuscular blockade and manage awareness if paralysis is prolonged
- Anticipate laryngospasm/can't intubate, can't oxygenate

### After waking

- Review urgency of surgery with obstetric team
- Intrauterine fetal resuscitation as appropriate
- For repeat anaesthesia, manage with two anaesthetists
- Anaesthetic options:
  - Regional anaesthesia preferably inserted in lateral position
  - Secure airway awake before repeat general anaesthesia

### Proceed with surgery

- Maintain anaesthesia
- Maintain ventilation - consider merits of:
  - controlled or spontaneous ventilation
  - paralysis with rocuronium if sugammadex available
- Anticipate laryngospasm/can't intubate, can't oxygenate
- Minimise aspiration risk:
  - maintain cricoid pressure until delivery (if not impeding ventilation)
  - after delivery maintain vigilance and reapply cricoid pressure if signs of regurgitation
  - empty stomach with gastric drain tube if using second-generation supraglottic airway device
  - minimise fundal pressure
  - administer H<sub>2</sub> receptor blocker i.v. if not already given
- Senior obstetrician to operate
- Inform neonatal team about failed intubation
- Consider total intravenous anaesthesia

# EXTUBACIÓN

**BUENA  
PREPARACIÓN**

→ Ocurren el 30% de las complicaciones

→ Broncoaspiración

→ Obstrucción vía aérea

→ Hipoventilación

→ **EXTUBACIÓN**

( Mujer despierta, que responde a estímulos, buen volumen tidal, mantenimiento saturación oxígeno )

→ **Decúbito lateral VS Decúbito supino**

→ **Tenerlo todo preparado para RE-INTUBAR**





# SEGUIMIENTO PACIENTE

1. SEGUIRLOS EN LOS SIGUIENTES DÍAS TRAS LA CIRUGÍA
2. REVISIÓN POR ORL ( Trauma vía aérea , enfisema ... )
3. PREGUNTAR POR DESPERTAR INTRAOPERATORIO
4. DOCUMENTAR EL PROCESO DE VENTILACIÓN/INTUBACIÓN



**FACILITAR LA ACTUACIÓN EN LAS FUTURAS ANESTESIAS**



# ENTRENAMIENTO HABILIDADES



**ESTANDARIZACIÓN  
ACTUACIONES**

**SIMULACIÓN**

**CONOCIMIENTO DEL  
CARRO DE VÍA  
AÉREA**

**AMBIENTES PARECIDOS:**

- OBESOS
- CESÁREAS ELECTIVAS

**ENTRENAMIENTO  
HABILIDADES:**

- PRÁCTICAS
- TOMA DECISIONES



# CONCLUSIONES MANEJO VÍA AÉREA

- 1. Estandarización / Preparación / Conocimiento**
- 2. Posicionamiento correcto**
- 3. Proceder a 2 intentos de intubación**
- 4. No ventilación / No oxigenación → Acceso quirúrgico**
- 5. Preparación extubación**

# GRACIAS

