

	PROTOCOLO ANTICONCEPCIÓN PERMANENTE FEMENINA_GINECOLOGÍA	CÓDIGO: PO-GS-QX-008
		VIGENCIA: 30/OCT/2018
		VERSIÓN: 1

1. OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos para realizar Anticoncepción permanente femenina por medio de la OCLUSIÓN TUBARICA BILATERAL (OTB), por laparoscopia o laparotomía con el fin de garantizar la calidad del procedimiento, el trato humanizado y la seguridad de la usuaria.

2. ALCANCE

Inicia con el ingreso de la usuaria a salas de cirugía y finaliza con el alta de la misma de la institución tras la realización del procedimiento.

Este documento aplica a todo el equipo quirúrgico que este inmerso en el procedimiento de anticoncepción permanente femenina en las clínicas Profamilia.

3. DEFINICIONES

Atención en salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Actividad o procedimiento quirúrgico: es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.

Oclusión tubárica bilateral: Es un método anticonceptivo permanente para la mujer que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas con el fin de evitar la fertilización; constituye una barrera mecánica que impide la interacción de los gametos. (óvulo – espermatozoide).

Laparotomía exploratoria: Apertura quirúrgica del abdomen, y revisión de los órganos abdominales y pélvicos.

Laparoscopia: Procedimiento que permite visualizar la cavidad peritoneal, a la vez que realizar diversas intervenciones ginecológicas, mediante la introducción del instrumental necesario a través de pequeñas incisiones abdominales. Hay tres tipos de laparoscopia: Laparoscopia diagnóstica pura: Decidir que no era necesario el tratamiento quirúrgico resolviendo la duda diagnóstica y finalizando la intervención lo que evita el daño de la Laparotomía exploradora en Blanco. Laparotomía y/o Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen agudo no Traumático en el adulto 9 - Cirugía asistida por laparoscopia: Conversión a Laparotomía una vez efectuado el diagnóstico por Laparoscopia eligiendo la laparotomía más adecuada (localización y tamaño) al caso individual, con la posibilidad de un lavado del resto de la cavidad peritoneal.

4. RESPONSABLES

- Ginecólogo
- Anestesiólogo
- Instrumentadora
- Auxiliar de enfermería

5. RECOMENDACIONES

5.1 Todas las usuarias programadas para procedimientos de oclusión tubárica bilateral, deben tener valoración previa por médico general o ginecólogo, quien valorara y explicara todo el procedimiento así mismo indicara requerimiento de consulta preanestésica, diligenciará FO-GS-QX-012 Consentimiento informado para la anticoncepción permanente femenina y lo pertinente al procedimiento.

5.2 Las usuarias que requieran anestesia general deben ser valoradas por anestesiólogo previamente a la programación quirúrgica, de acuerdo al PO-GS-QX-010 Protocolo valoración preanestésica.

5.3 Todas las pacientes serán programadas en el área de programación quirúrgica, de acuerdo al PO-GS-QX-006 protocolo para programación de cirugía.

5.4 Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil mayores de edad, que deseen un método permanente de anticoncepción, verificando que no esté en gestación al momento del procedimiento.

5.5 Este procedimiento está contemplado para usuarias que de acuerdo a la escala de la asociación americana de anestesiólogos sean ASA I o ASA II.

5.6 La usuaria que refiera no estar segura de realizarse el procedimiento, este se suspenderá y el ginecólogo deberá diligenciar FO-GS-CE-083 Desistimiento Informado para la No realización de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos y la usuaria debe leer y firmar el mismo.

5.7 A todas las usuarias se les debe verificar que tengan la prueba de embarazo realizada, en caso de no ser así se les debe realizar prueba rápida de embarazo previo a la cirugía para descartar un embarazo preexistente, sin embargo una prueba negativa no descarta la posibilidad de un embarazo en fase lútea.

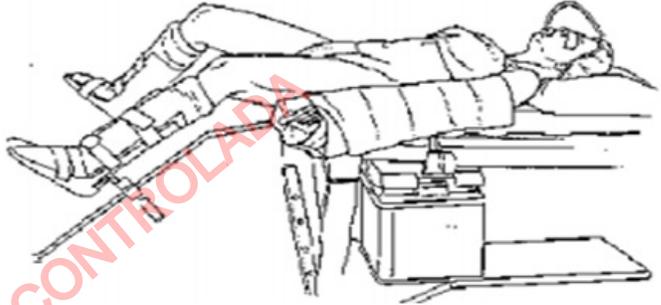
5.8 Al ingresar por vía Laparoscópica y evidenciar hallazgos intraoperatorios como adherencias severas, pelvis sellada, masa pélvica y otros adicionales que no permitan realizar la oclusión tubárica bilateral, ingresará por vía de laparotomía y si definitivamente no se logra el procedimiento (OTB) suspenderá el mismo e informara a la usuaria de la situación presentada y posteriormente lo registrara en historia clínica.

6. RIESGOS Y MITIGACIÓN

RIESGOS		MITIGACIÓN
HUMANOS	1. Lesión de víscera hueca (vejiga, intestino, estomago) y grandes vasos.	1.1 El director médico garantizara el adecuado entrenamiento en la técnica de Oclusión tubárica bilateral y la verificación del mismo. 1.2 El ginecólogo realizará revisión sistemática de cavidad abdominal una vez se logre adecuado neumoperitoneo, con el fin de identificar lesiones inadvertidas, en caso de evidenciarse se procederá a su corrección o referencia de la usuaria de acuerdo a criterio médico y se notificara en el aplicativo de eventos adversos.
	2. Alojamiento de aguja de sutura en pared abdominal	2. La instrumentadora realizará Previo al uso de la sutura: verificar fecha de vencimiento e integridad del empaque, al sacar la misma se verificará ensamble de la seda en la aguja.
TECNOLÓGICOS	1. Falla del equipo de laparoscopia e instrumental o máquina de anestesia 2. No disponibilidad del carro de vía área difícil.	1. La instrumentadora verificará el equipo de laparoscopia y su adecuado ensamblaje previo inicio de jornada quirúrgica y entre procedimientos, así mismo el instrumental. 2. El administrador deberá gestionar presupuesto con el fin de incluir el carro de vía aérea difícil.
FÍSICOS/INFRAESTRUCTURA	1. Falla de la mesa quirúrgica	1. El equipo de electromedicina realizará chequeos preventivos de acuerdo al cronograma establecido por dicha área.
OTRO	Hallazgos intraoperatorios que impidan realizar la técnica (adherencias severas, pelvis sellada o masas pélvicas	El ginecólogo cambiará la técnica de acuerdo a hallazgos y criterio médico y en caso de no lograr la oclusión tubárica por vía de laparoscopia ni laparotomía se suspende el mismo y se informa a la usuaria y se registra detalladamente en historia clínica la situación presentada.

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (PROCEDIMIENTO)

Responsable	Actividad
FACTURACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saluda al usuario. 2. Usuario de EAPB: Solicitar presentar autorización del procedimiento dirigido a Profamilia y documento de identidad. (según tipo de contratación con las EAPB presentaran autorización del procedimiento o únicamente el documento de identidad). 3. Verificar derechos al usuario de EAPB. 4. Usuario Particular: Solicitar documento de identidad y corroborar pago del procedimiento. 5. En las dos opciones de usuarios generar factura, la cual entrega a los mismos y realiza apertura de historia Clínica. 6. Indica a pasar a salas de cirugía.
Auxiliar de enfermería (Recepción de la usuaria en área de admisión del paciente)	<ol style="list-style-type: none"> 1. El personal de enfermería deberá saludar y presentarse al usuario y acompañante (si está presente) generando ambiente de confianza y tranquilidad. 2. Recepcionar a la usuaria de acuerdo al protocolo de preparación y traslado del paciente al quirófano.

<p>PERSONAL DE ENFERMERÍA. (Ingreso de la usuaria y acomodación en el quirófano)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El personal de enfermería deberá saludar y presentarse a la usuaria. 2. Verificar datos de la usuaria: identificación, procedimiento a realizar y revisa FO-GS-QX-012Consentimiento informado para la anticoncepción permanente femenina informado debidamente diligenciado por la usuaria y por el ginecólogo. 3. La usuaria ingresa a la sala de cirugía identificada con manilla verde (color asignado para usuarias de esterilización femenina) en muñeca derecha y con vena periférica canalizada, la vejiga evacuada por micción espontánea. 4. Si la usuaria presenta algún tipo de patología, incluidas alergias, debe ser identificada con una manilla roja adicional en la muñeca derecha. 5. Para cualquier procedimiento laparoscópico, la usuaria se debe ubicar en la mesa de cirugía en posición de litotomía, modificada por angulación del muslo sobre abdomen mayor a 145 grados, para permitir mayor movilización del cirujano en el campo operatorio abdominal, aunque esto es más aplicable para casos en que se practican punciones accesorias en hipogastrio. 6. Los miembros inferiores se deben colocar en estribos de apoyo poplíteo, protegidos por material acolchado para prevenir lesiones por compresión de nervios periféricos y con correas de amarre a nivel del tercio superior de la pierna, para fijación de éstos. Los glúteos de la paciente deben estar salidos entre 5 y 10 cm. del borde de la mesa para permitir una completa movilidad del manipulador uterino, utilizado para visualización de las estructuras pélvicas. 7. El miembro superior derecho, donde se canaliza la vena, se debe colocar en extensión a 90 grados del tronco, sobre un apoyo acolchado y aseQUIBLE al anestesiólogo para la aplicación de las soluciones anestésicas Intravenosas; el miembro superior izquierdo se coloca (paralelo) a lo largo del tronco, fijándolo con un campo operatorio o con la bata de la paciente, facilitando la movilidad del cirujano. Figura 1: Posición de la usuaria en la mesa quirúrgica el lado izquierdo de la mesa y evitar así, lesiones del plexo braquial por hiperextensión forzada del brazo sobre hombro (Fig. 1). 8. Ratificar la comodidad de la usuaria dentro de la sala de cirugía. 
<p>INSTRUMENTADOR (Verificación de instrumental y dispositivos médicos)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar la funcionalidad de los equipos biomédicos, indicador químico de esterilidad del paquete de ropa e instrumental, insumos medicoquirúrgicos los cuales deben estar disponibles y listos dentro de la sala quirúrgica, en la mesa del instrumental. 2. Al ingresar la usuaria, saludar y presentarse cordialmente. 3. Al iniciar el procedimiento realizar recuento de instrumental en presencia del equipo quirúrgico. 4. Asistir al ginecólogo durante el procedimiento de acuerdo al instrumental requerido. 5. En caso de que se obtenga muestra de tejido, lo entrega a circulante para conservación en formol y debida rotulación para envío a estudio anatomopatológico. De acuerdo al protocolo de patología
<p>GINECÓLOGO (confirmación de procedimiento)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Previo ingreso a la sala de cirugía, realizar lavado de manos quirúrgico según indicaciones del MA-TH-ST-04 Manual de Bioseguridad. 2. Ingresa a la sala : <ul style="list-style-type: none"> o Presentarse con nombre completo a la usuaria. o Verificar nombre, procedimiento a realizar y vía de abordaje. o Verificar FO-GS-QX-012Consentimiento informado para la anticoncepción permanente femenina y procedimientos adicionales a realizar (retiro de DIU si aplica) o Identificar riesgos potenciales según historia clínica y estado de salud de la usuaria.
<p>ANESTESIÓLOGO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. revio ingreso a la sala de cirugía, realizar lavado de manos quirúrgico según indicaciones del MA-TH-ST-04 Manual de Bioseguridad. 2. Al ingresar a la sala de cirugía saluda a la usuaria cordialmente, se presenta con nombre completo y le recuerda la técnica de anestesia a utilizar, generando ambiente de seguridad y confianza. 3. Verificar y completar la monitorización de la usuaria. 4. Verificar la administración de profilaxis para broncoaspiración y tromboembolica de acuerdo al riesgo detectado en la valoración preanestésica; teniendo en cuenta el PO-GS-QX-003protocolo de tromboprofilaxis. 5. Administrar técnica de anestesia según criterio médico y condición clínica de la usuaria. La técnica de elección para la oclusión tubárica bilateral por vía Laparoscópica es la anestesia general. <p>Durante la anestesia general se busca:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Analgesia profunda: puede ser conseguida a través del uso de opioides potentes como el fentanilo,

(Inducción anestésica)	<p>remifentanilo, meperidina o de analgésicos con otros sitios de acción como la ketamina.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hipnosis: para lo cual se utilizarán agentes inductores como el propofol, Midazolam o ketamina. o Relajación muscular: en casos seleccionados se requiere de relajación muscular. El agente de elección para cirugías cortas como la anticoncepción permanente femenina es la succinilcolina. o Las dosis de los agentes variarán de acuerdo a factores antropométricos de la usuaria y a los requerimientos observados en el transoperatorio. <ol style="list-style-type: none"> 1. En caso de presentarse dificultades en la ventilación de la usuaria durante la inducción o mantenimiento anestésico se procederá a aplicar el algoritmo de vía aérea difícil. (anexo 3) 2. Verificar monitoria de signos vitales y evolución de procedimiento junto con el ginecólogo. 3. Llevar la mesa a posición de Trendelenburg (entre 15-25 grados) lo cual desplaza las asas intestinales en sentido cefálico, dejando la pelvis libre para la inspección visual. Debe tenerse cuidado en no llevar esta posición a ángulos mayores de 30 grados, porque puede verse comprometida la excursión diafragmática que junto con el neumoperitoneo, pueden alterar la ventilación pulmonar de la usuaria, aun en procedimientos de corta duración como lo es la cirugía de anticoncepción permanente.
CIRCULANTE (Preparación de piel área quirúrgica)	Realizar preparación de zona quirúrgica: asepsia con yodopovidona, de acuerdo al MA-TH-ST-04 Manual de Bioseguridad.
	<p><u>OCLUSION TUBARICA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA: Inserción del trocar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Colocar manipulador uterino vía vaginal: Una vez visualizado el cérvix, se pinza en su labio anterior con tenáculo uterino y se tracciona para corregir la versión del cuerpo uterino, colocándolo en posición indiferente. Se identifica el orificio cervical externo, se coloca la cánula de manipulación uterina. Esta cánula se fija al tenáculo uterino y se coloca el útero en anteversión forzada, facilitando así la visualización de la cara posterior del útero, los anexos y el fondo de Douglas. La cánula puede ser retenida en la posición deseada mediante una banda elástica, que se fija en el borde inferior de la mesa quirúrgica (Fig. 2) <div data-bbox="500 856 1149 1226" style="text-align: center;"> </div> <ul style="list-style-type: none"> o Junto a la instrumentadora se debe colocar campos estériles en el sitio operatorio. o Infiltrar la piel en región periumbilical y Pinzar la misma y el tejido celular subcutáneo: se infiltra el espacio subdérmico con 5-10 cc de lidocaína al 1% sin epinefrina, para reforzar la analgesia durante el procedimiento o con epinefrina si se requiere evitar un leve sangrado por la herida en recuperación. o Con la mano izquierda, el cirujano debe levantar la piel y colocará una o dos pinzas de campo, haciendo una toma amplia y firme de toda la pared abdominal elevándola, mientras con la mano derecha hará una incisión de aproximadamente 1 cm, con un bisturí #15, que por su forma puntiaguda, permite realizar incisiones pequeñas. Se aplica la punta del trocar sobre la incisión y se avanza 1-2 cm, en el espacio subdérmico para realizar la entrada en Z que evita la aparición de hernias incisionales. Se apoya la punta del trocar sobre la fascia y se continúa el avance con movimientos de giro y contragiro de la muñeca derecha, dirigiendo la punta del trocar hacia la sínfisis del pubis, buscando atravesar la fascia de los músculos rectos abdominales, manteniendo todo el tiempo la elevación de la pared abdominal con la pinza de campo en la mano izquierda. Al ir avanzando el trocar, se puede sentir el paso por los planos aponeuróticos y finalmente el paso del peritoneo parietal. En ese momento se pierde la resistencia al trocar, se retira 1 a 2 cm la punta del trocar se avanza la camisa del mismo hasta la posición intrabdominal. El trocar empleado es de 11-12mm de diámetro.



Si no hay patología abdominal previa:

- Realizar incisión en la línea media, 1-3 cm. por encima o por debajo del ombligo, aprovechando la poca vasculatura y escaso pániculo adiposo, de esta región, lo cual acerca la fascia de los rectos abdominales a la piel.
- Cuando este sitio presenta cicatrices por cirugía o quemaduras, o procesos inflamatorios, debe buscar un sitio alternativo para la inserción del trocar, teniendo como opciones la línea media entre el ombligo y el pubis, la línea media supraumbilical alta entre el mesogastrio y el epigastrio, esta última útil en los casos de puerperio inmediato con involución parcial de útero, o a nivel paramediano, 1 ó 2 cm. por fuera del borde externo del recto abdominal anterior, a nivel umbilical.

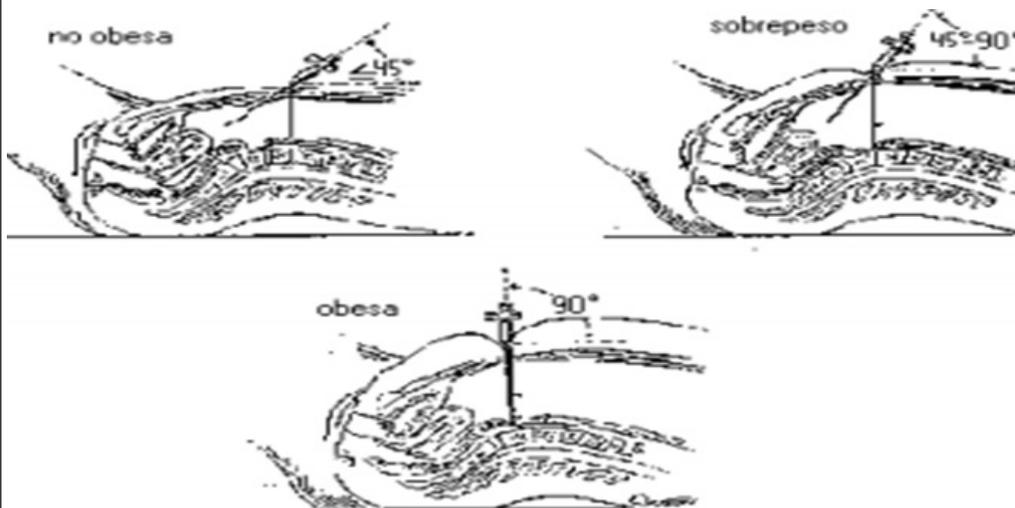


GINECÓLOGO
(Inicio
procedimiento)

Durante el procedimiento de inserción del trocar debe tenerse presente las siguientes recomendaciones:

- Durante la inserción, siempre se debe colocar el dedo índice de la mano derecha extendido a lo largo del trocar, de forma tal, que si se pierde súbitamente la resistencia de la pared abdominal, sirva como tope en la piel y evite un ingreso brusco e incontrolado de éste al abdomen.
- En las pacientes muy obesas, la dirección del trocar será levemente más perpendicular al plano del abdomen, en tanto que en las pacientes delgadas esta angulación será más paralela al abdomen, apuntando aún más hacia la sínfisis del pubis para evitar lesión del retroperitoneo o los grandes vasos (Fig. 5).

Figura 5: Angulo de entrada del trocar según el peso de la paciente



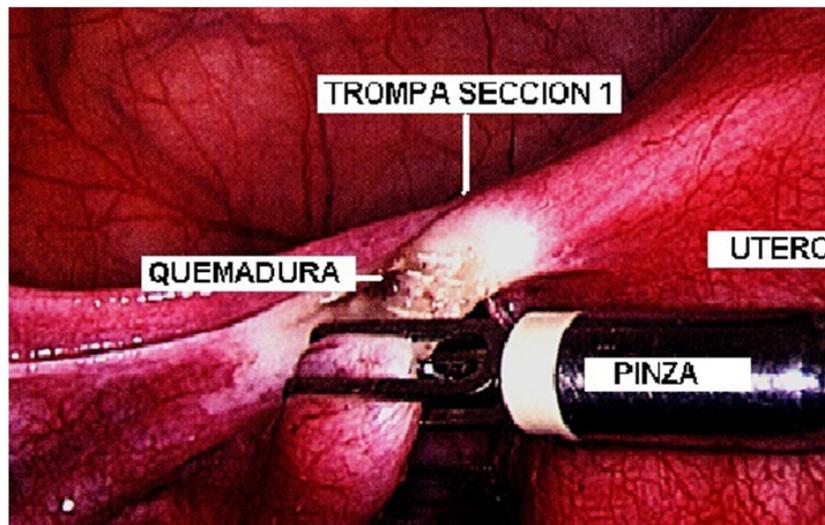
- Terminada la aplicación del trócar, se vigila la presión intrabdominal que registre el insuflador, la cual debe ser menor de 10 mmHg; si es mayor, debe pensarse en rutas preperitoneales, obliteración de la punta de la camisa por vísceras o epiplón, o penetración a una víscera hueca. Todo ésto se debe confirmar de inmediato por inspección visual con el lente del laparoscopio y corrección inmediata de cada situación en particular

Si la usuaria presenta antecedentes quirúrgicos abdominal (laparotomias previas, peritonitis entre otros) que aumenten el riesgo de lesion de organos intraabdominales durante la inserción del trocar según criterio médico esta la opcion de realizar de laparoscopia de tecnica abierta.

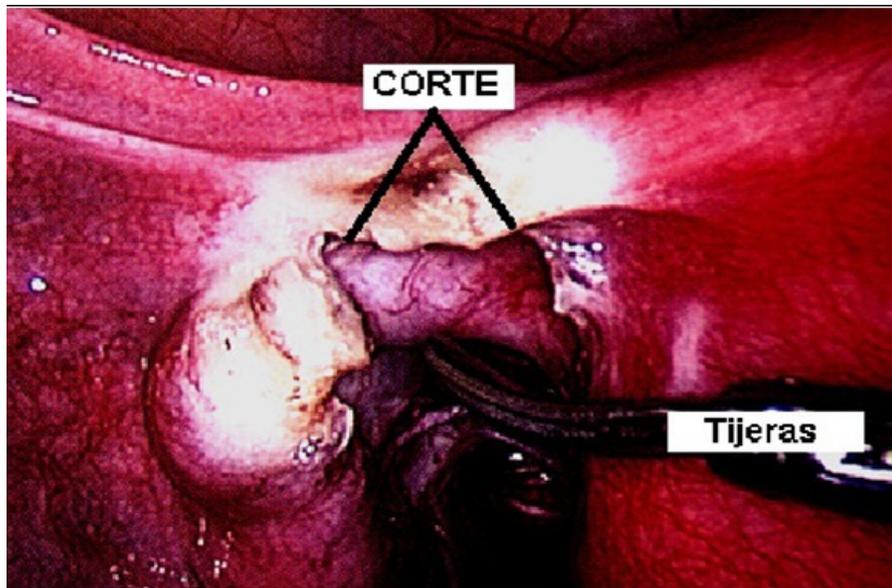
- Describir esta técnica en forma separada, por su aplicación específica en pacientes que presentan antecedentes quirúrgicos abdominales complicados, con infección o reintervención, o procedimientos múltiples. Posterior a la incisión en piel, sin hacer elevación con pinzas de campo, se hace disección de los planos subcutáneos, manteniendo la piel separada con valvas pequeñas, hasta llegar a la aponeurosis, la cual se pinza y eleva con pinzas hemostáticas, haciendo una incisión transversa o longitudinal de 1-2 cm., se continúa la disección hasta identificar el peritoneo parietal, el cual se pinza e incide, penetrando a cavidad y se repite la exploración digital de la pared abdominal circundante, liberándose las adherencias que se encuentren, hasta permitir el fácil paso de la camisa del trócar, iniciándose la insuflación de CO₂; Finalizando el procedimiento, se retira la camisa y se cierra la aponeurosis con sutura absorbible y piel con el método usual.

OCCLUSIÓN TUBARICA BILATERAL: Desarrollo de la técnica.

- Insertada la camisa del trócar en la cavidad abdominal, se iniciará la insuflación de CO₂ a velocidad de un (1) litro por minuto, se hace una inspección visual de la cavidad pélvica y se rechazan las estructuras que se encuentren sobre los anexos y el útero. Se utiliza un lente bayoneta (visor angulado 90 grados) operatorio de 10 mm, con canal operatorio de 5 mm.
- Preceder a identificar en forma clara y precisa la trompa uterina, sea por visualización de todo el trayecto hasta la fimbria (lo más seguro), o por diferenciación de la trompa con respecto al ligamento redondo (más anterior), el ligamento útero-ovárico (más inferior) o estructuras del ligamento ancho (más profundas), algunas veces será necesario movilizar estructuras, ya sea con el lente o con movimientos realizados por la auxiliar circulante, del movilizador uterino.
- Hacer una toma del istmo tubárico con la pinza bipolar abarcando la trompa y 1-2 cm. del mesosalpinx. Se aplica corriente bipolar de 30 watts hasta evidenciarse la coagulación completa del tejido y se procede a realizar el corte del tejido coagulado con las tijeras, revisando que se realice sección total de la trompa y que no se presenten sangrados del mesosalpinx, los cuales se corrigen con una segunda electrocoagulación bipolar. **Se hace el procedimiento en forma bilateral.**



CORTE DE TROMPA



CORTE DE TROMPA

1. Al terminar el procedimiento, se retira el lente del laparoscopio y se abre la válvula (llave de paso) de la camisa del trócar para permitir la salida del gas (CO2). **Es importante hacer esta maniobra primero con la paciente en posición de Trendelenburg y luego repetirla con la paciente en posición horizontal, lo cual facilita el escape de una mayor cantidad de gas, y disminuye el dolor postoperatorio en forma importante.**
2. Se retira entonces la camisa del trócar y se coloca un punto para cierre de la piel, buscando el afrontamiento de los bordes y la hemostasia del espacio subcutáneo. Este punto puede ser sencillo, de colchonero o en 8, según preferencia del cirujano, utilizando sutura no absorbible de seda o poliéster-algodón (PolycotR), que será retirado en la consulta de control postoperatorio o catgut simple 2/0, que puede ser o no retirado a los cinco días según tipo de punto, incisión, localización de la vivienda y peso de la usuaria.

Finalizado el procedimiento se coloca un VENDAJE COMPRESIVO en la herida quirúrgica.

<p>GINECOLOGO (Técnica de segunda elección)</p>	<p>Minilaparotomía</p> <p>El procedimiento de esterilización quirúrgica debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado. Puede manejarse como cirugía ambulatoria o de corta estancia. La técnica de minilaparotomía (o minilap) es una versión modificada de la laparotomía convencional. Se desarrolló con el fin de disminuir la morbimortalidad del procedimiento manteniendo eficacia y seguridad a la usuaria. Se realiza bajo una técnica de analgesia profunda más sedación que no requiere una recuperación prolongada. Existen diferentes técnicas para la esterilización tubárica. Cualquiera que sea la técnica usada se debe realizar con material absorbible y a nivel ístmico, pues allí el calibre tubárico es uniforme y presenta ventajas técnicas si en un futuro se considera la reanastomosis tubárica.</p>
<p>ANESTESIOLOGO (Despertar usuaria)</p>	<p>1. Al finalizar el procedimiento quirúrgico se verifica estabilidad hemodinámica y reinicio de ventilación espontánea.</p>
<p>Circulante y anestesiólogo</p>	<p>1. Retirar monitoria de signos vitales de la usuaria. 2. Pasar a la camilla, verificar permeabilidad de catéter periférico, le indican recomendaciones y signos de alarma en postoperatorio inmediato y la trasladan al área de recuperación con Aldrete de 9/10. 3. Presentar a la usuaria al personal de enfermería y médico del área de recuperación. 4. El anestesiólogo realizará Seguimiento de la usuaria con el fin de verificar adecuado manejo del dolor y no presencia de náusea y vómito post operatorio</p>

8. DOCUMENTOS RELACIONADOS

8.1. DOCUMENTOS INTERNOS

- PO-GS-QX-010 Protocolo valoración preanestésica.
- PO-GS-QX-006 protocolo para programación de cirugía.
- MA-TH-GH-ST-004 Manual de Bioseguridad
- PO-GS-QX-003 protocolo de tromboprofilaxis.
- PO-GS-AD-004 Toma, embalaje y muestra patología

8.2. DOCUMENTOS EXTERNOS

1. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>
2. Guía de práctica clínica consulta y asesoría médica para el uso de la oclusión tubaria bilateral: http://sgm.issste.gob.mx/medica/medicadocumentacion/guiasautorizadas/Ginecolog%C3%ACa/SS-347-09_OTB/GPC-347-9%20Oclusi%C3%B3n%20tubaria%20bilateralEVR.pdf
3. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway

9. PRINCIPALES NO CONFORMIDADES DEL PROCESO

Todo incumplimiento a una actividad del protocolo se constituye una no conformidad.

10. ANEXOS

1. FO-GS-QX-012 Consentimiento informado para la anticoncepción permanente femenina
2. FO-GS-CE-083 Desistimiento Informado para la No realización de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos
3. Formato de recomendaciones postquirúrgicas para OTB.
4. Algoritmo de vía aérea difícil (externo)

11. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Razón de la actualización
1	30/Oct/2018	Emisión del documento.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombre: Yerson López Cargo: Analista de Procesos Fecha: 30/Oct/2018	Nombre: Erika Torres Cargo: Enfermera de Calidad Fecha: 30/Oct/2018 Nombre: Andres Leonardo Reyes Hurtado Cargo: GINECOLOGO Fecha: 30/Oct/2018 Nombre: GUSTAVO DUARTE ORTIZ Cargo: ANESTESIOLOGO Fecha: 30/Oct/2018 Nombre: Andrea Murcia Moreno Cargo: Director Operativo y de Procesos Fecha: 30/Oct/2018	Nombre: Mauricio Guerrero Cargo: Director de Gestión Clínica Fecha: 30/Oct/2018

--	--	--

COPIA CONTROLADA