

Vía Aérea Difícil. Consideraciones y manejo anestésico

Difficult airway. Considerations and anesthesical management

*Autor para correspondencia: adrianpm961127@gmail.com Tlf: +5355812382

AUTORES/AUTHORS

Dra. Daiquelín Durive Pérez.

<https://orcid.org/0000-0003-1768-3920>

Dr. Adrián Pérez Montoya*.

<https://orcid.org/0000-0002-4135-5102>

Dra. Lisandra Yoeli Carbonell Batista

<https://orcid.org/0000-0002-5196-0306>

VÍA AÉREA DIFÍCIL

Situación clínica en la que un anesthesiólogo experto encuentra dificultad para la ventilación con mascarilla facial, dificultad para la intubación orotraqueal o para ambas cosas

EVALUACIÓN DE LA VÍA AÉREA

- Historia previa de vía aérea difícil
- Identificar patologías asociadas a vía aérea difícil, trauma o patología de la vía aérea alta, cervical o facial y gestación.
- Determinar los criterios anatómicos predictivos de vía aérea difícil:
 - Mallampati-Samsoon III-IV.
 - Distancia tiromentoniana < 6 cm.
 - Extensión atlanto-occipital < 60%.
 - Limitación de la flexión cervical < 90°
 - Longitud horizontal de la mandíbula < 9 cm.
 - Limitación de la articulación temporomandibular: Apertura bucal limitada, imposibilidad de protrusión anterior mandibular
 - Incisivos superiores prominentes, distancia entre incisivos < 3 cm
 - Protrusión de incisivos maxilares superiores
 - Prognatismo
 - Paladar ojival estrecho
 - Cuello corto y grueso

No existe evidencia del valor predictivo de la exploración de una sola característica de la vía aérea, pero la valoración de múltiples signos mejora este valor predictivo.

CONSIDERACIONES PREVIAS

- Anesthesiólogo con razonable experiencia.
- Técnica anestésica que permita la recuperación rápida de la ventilación espontánea.
- Posición de olfateo óptima.
- Presión laríngea externa óptima.
- Longitud y tipo de hoja del laringoscopio apropiada.
- Se debe limitar el número de intentos y la duración de la laringoscopia para evitar el trauma de la vía aérea, sangrado y edema laríngeo.
- Si este intento óptimo de laringoscopia falla hay que poner en marcha el plan alternativo de vía aérea difícil

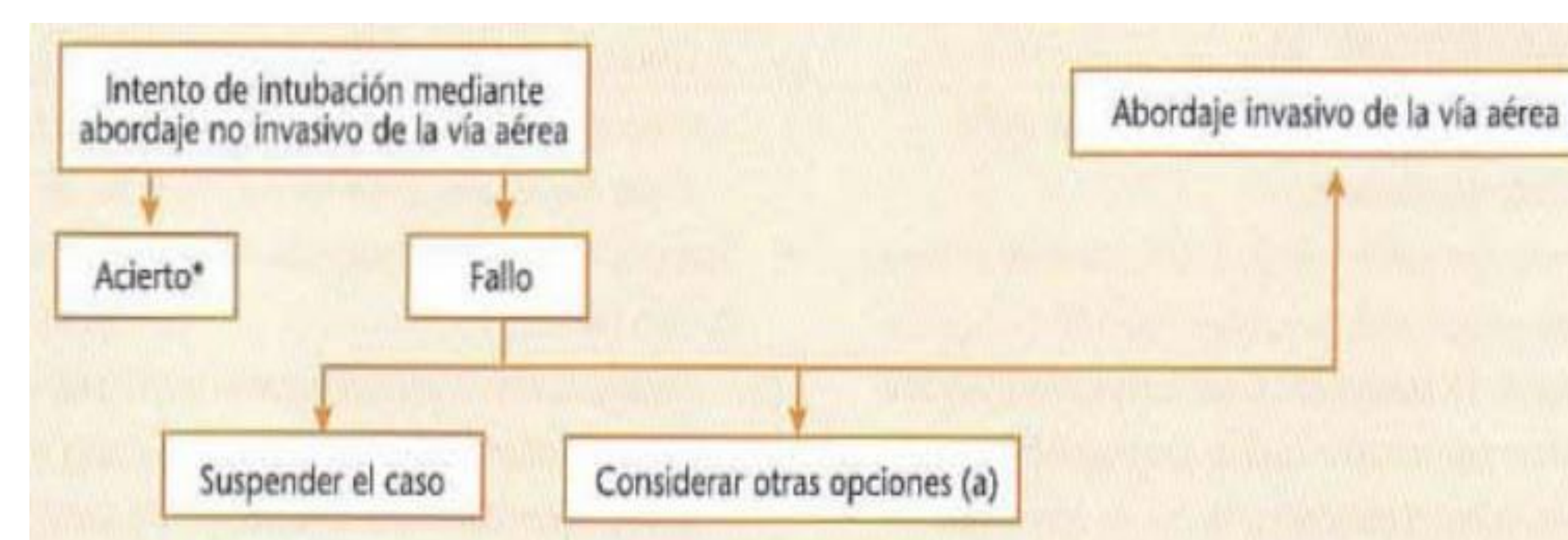
ALGORITMO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL

1. Evaluar la posibilidad de:
 - Ventilación difícil
 - Intubación difícil
 - Mala cooperación del paciente despierto.
 - Traqueostomía difícil.
2. Procurar y asegurar la administración de oxígeno durante todo el proceso.
- 3 Considerar las distintas posibilidades de aproximación a una vía aérea difícil:
 - Intubación con paciente despierto frente a intubación tras la inducción anestésica.
 - Utilización de técnicas no invasivas inicialmente frente a técnicas invasivas.
 - Preservar la ventilación espontánea frente a abolir la ventilación espontánea.
4. Preparar una estrategia primaria y las alternativas en caso de fallo.

TÉCNICAS ALTERNATIVAS(a)

Laringoscopia	Supraglóticos	Fibrolaringoscopia	Acceso invasivo
 <p>Diferentes tipos/hojas de laringoscopios</p> <p>Intubación nasotraqueal</p> <p>Intubación traqueal a ciegas</p> <p>Guías o estiletes de intubación</p>	 <p>Mascarilla laríngea</p> <p>Mascarilla laríngea Fastrach</p> <p>Mascarilla laríngea Supreme</p>	 <p>Intubación orotraqueal o nasotraqueal con fibroscopio por un anesthesiólogo experto</p>	 <p>Intubación retrógrada</p> <p>Cricotiroidotomía</p> <p>Traqueostomía</p>

VÍA AÉREA DIFÍCIL CONOCIDA



VÍA AÉREA DIFÍCIL NO CONOCIDA

- Tras una inducción anestésica de rutina con ventilación adecuada e intubación fallida:
 - Técnicas alternativas de intubación difícil(a)
- Tras una inducción de secuencia rápida con intubación fallida:
 - Asegurar la ventilación del paciente mediante mascarilla facial o mascarilla laríngea, con maniobra de Sellick.
 - Intubación traqueal con fibroscopio directo o a través de la mascarilla laríngea o mascarilla laríngea Fastrach .
 - Técnicas alternativas de intubación difícil.
 - Despertar al paciente e intubación con fibroscopio manteniendo los reflejos de la vía aérea.
- Tras una anestesia general, con ventilación e intubación fallida:
 - La prioridad es asegurar la ventilación(Mascarilla laríngea y mascarilla laríngea Fastrach; Combitubo esófago-traqueal. Broncoscopio rígido. Cánulas orales y nasofaríngeas. Ventilación a cuatro manos. Ventilación jet transtraqueal)
 - Si fallan ventilación e intubación no invasiva: acceso invasivo emergente de la vía aérea.

El manejo de la vía aérea difícil no termina cuando se logra intubar al paciente, la extubación también representa un reto para el anesthesiólogo. Los cuidados durante la extubación irán encaminados a evitar la activación de los reflejos neurovegetativos de la vía aérea y a minimizar la posibilidad de tener que reintubar al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Collective of authors. American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* January 2022, Vol.136, 31-81. Disponible en: [10.1097/ALN.0000000000004002](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004002)
- Joffe, Aaron; Barnes, Christopher R.; Extubation of the potentially difficult airway in the intensive care unit. *Current Opinion in Anaesthesiology*, Vol. 35, Number 2, 122-129. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001119>
- Sajayan, A.; Nair, A.; McNarry, F.; Mir, F.; Ahmad, I.; El-Boghdady, K. Analysis of a national difficult airway database. *Anaesthesia* Vol 77, Issue 10, 1081-1088. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/anae.15820>