

MANEJO DE LA VIA AEREA DIFICULTOSA PLAN DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA (ASA) *

INTRODUCCION

Ha sido para nosotros una preocupación permanente lo relacionado con el manejo de la vía aérea. El anestesista debe ser un especialista en el manejo de la vía aérea, de modo tal. que se le exige conocimiento y destreza que avalen dicha especialización. Por cierto que nuestro interés en relación a este problema es compartido por muchos. Basta observar el contenido de las revistas de Anestesiología, con un porcentaje significativo de publicaciones sobre el tema.

En 1990, el Comité de Responsabilidades Profesionales de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), informó que el 34 % de las demandas judiciales fueron ocasionadas por manejo inadecuado de la vía aérea. (1).

Tres mecanismos explicarían el 70 % de las demandas.

- Ventilación inadecuada 38 %
- Intubación esofágica 18 %
- Dificultad para la intubación traqueal 17 %

Benumof afirma que el 30 % de las muertes atribuidas a la anestesia se deben a dificultad en el manejo de la vía aérea. (2)

En 1993, Murray analizó las demandas en anestesia pediátrica. Pudo comprobar que las causas respiratorias, la mayoría relacionadas a inadecuada ventilación, se produce con mayor frecuencia en niños que en la población adulta .

DEFINICIONES

Vía Aérea Dificultosa. Es definida como la situación clínica en la que un anestesiólogo tiene dificultad con la ventilación con máscara, dificultad con la intubación traqueal o ambas.

Dificultad en la Ventilación con Máscara. Cuando no es posible para un anestesista mantener Sp O₂ > 90 %, utilizando 100 % de O₂ y presión positiva con

*Palabras clave: *Vía aérea dificultosa - Intubación traqueal*

Key words: *Difficult air ways - Endotracheal intubation*

* *Jefe del servicio de anestesia del Hospital Privado.

Dr. Jaime Pogulanik **

máscara en un paciente cuya SpO₂ fue mayor de 90 % antes de la ventilación anestésica.

Dificultad a la Intubación Traqueal. Si la correcta inserción del tubo traqueal con laringoscopio convencional requiere más de tres intentos o más de 10 minutos.

CONTENIDO DEL MALETIN PARA EL MANEJO DE LA VIA AEREA DIFICULTOSA

Un maletín que contenga equipo especializado para el manejo de la vía aérea dificultosa, debe estar disponible, según la ASA. Los elementos descritos, son sugerencias. El mismo debe contener los elementos de acuerdo a las preferencias, habilidades del profesional y disponibilidades. (3)

1. Laringoscopios de tamaño y diseño diferentes al utilizado corrientemente.
2. Tubos traqueales de tamaños diferentes.
3. Guía para tubos endotraqueales. Ejemplos:
Estiletes semirrígidos - Estiletes luminosos -
Pinzas para manipular la porción distal del tubo traqueal.
4. Broncofibroscopio.
5. Equipo para intubación retrógrada.
6. Jet para ventilación transtraqueal - Máscara laríngea - Combitube.
7. Equipo para manejo quirúrgico de emergencia (Cricotiroidotomía).
8. Detector de CO₂ espirado.
9. Pera de Wee.

ESTRATEGIA PARA LA INTUBACION DIFICIL PLAN DE LA ASA

Este consiste en una serie de recomendaciones con el objeto de facilitar al anestesista la toma de decisión y promover mejores resultados. Estas recomendaciones pueden ser adoptadas, modificadas o rechazadas, de

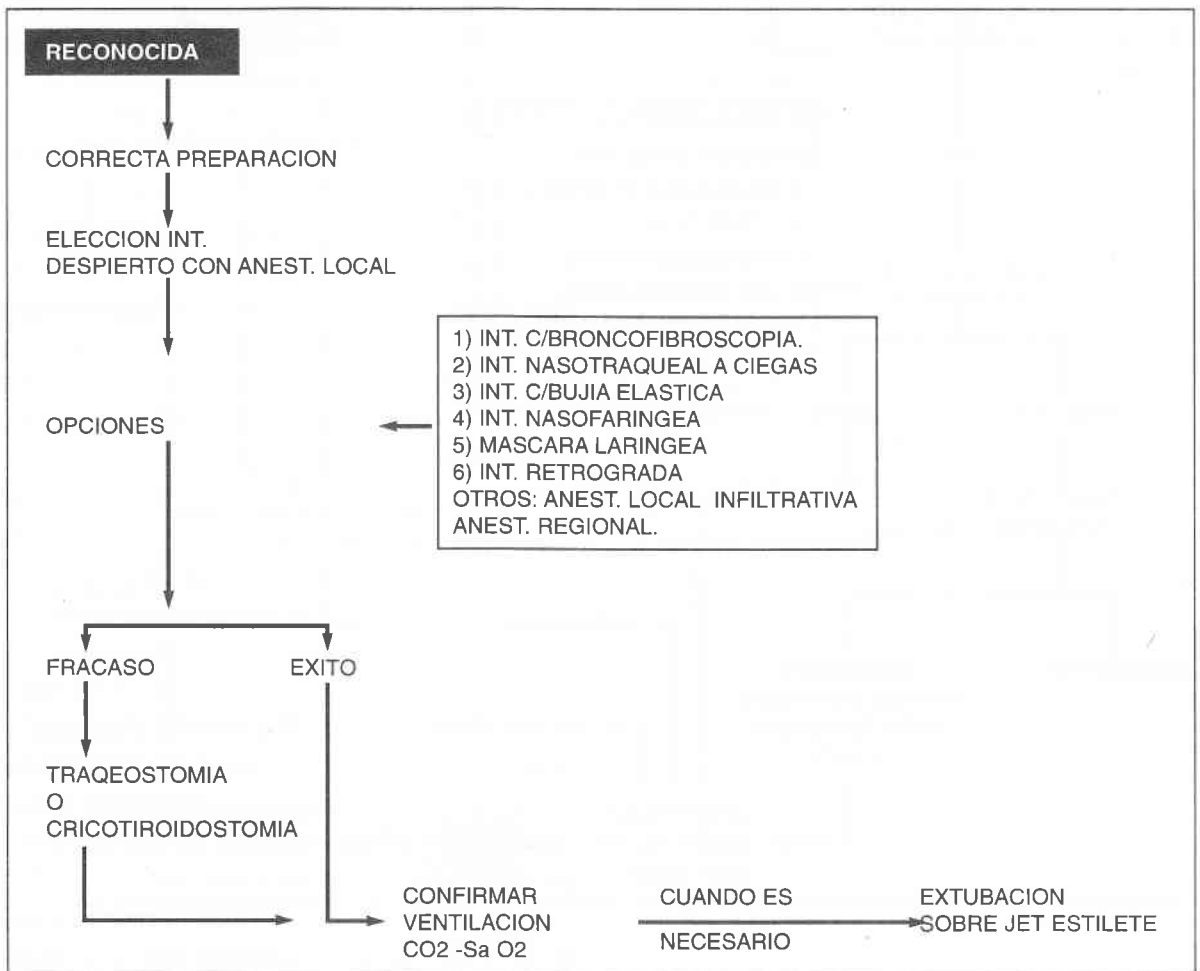
acuerdo al criterio clínico de cada servicio. Deben ser sometidas a revisión periódica, teniendo en cuenta el progreso médico y tecnológico. (2-3)

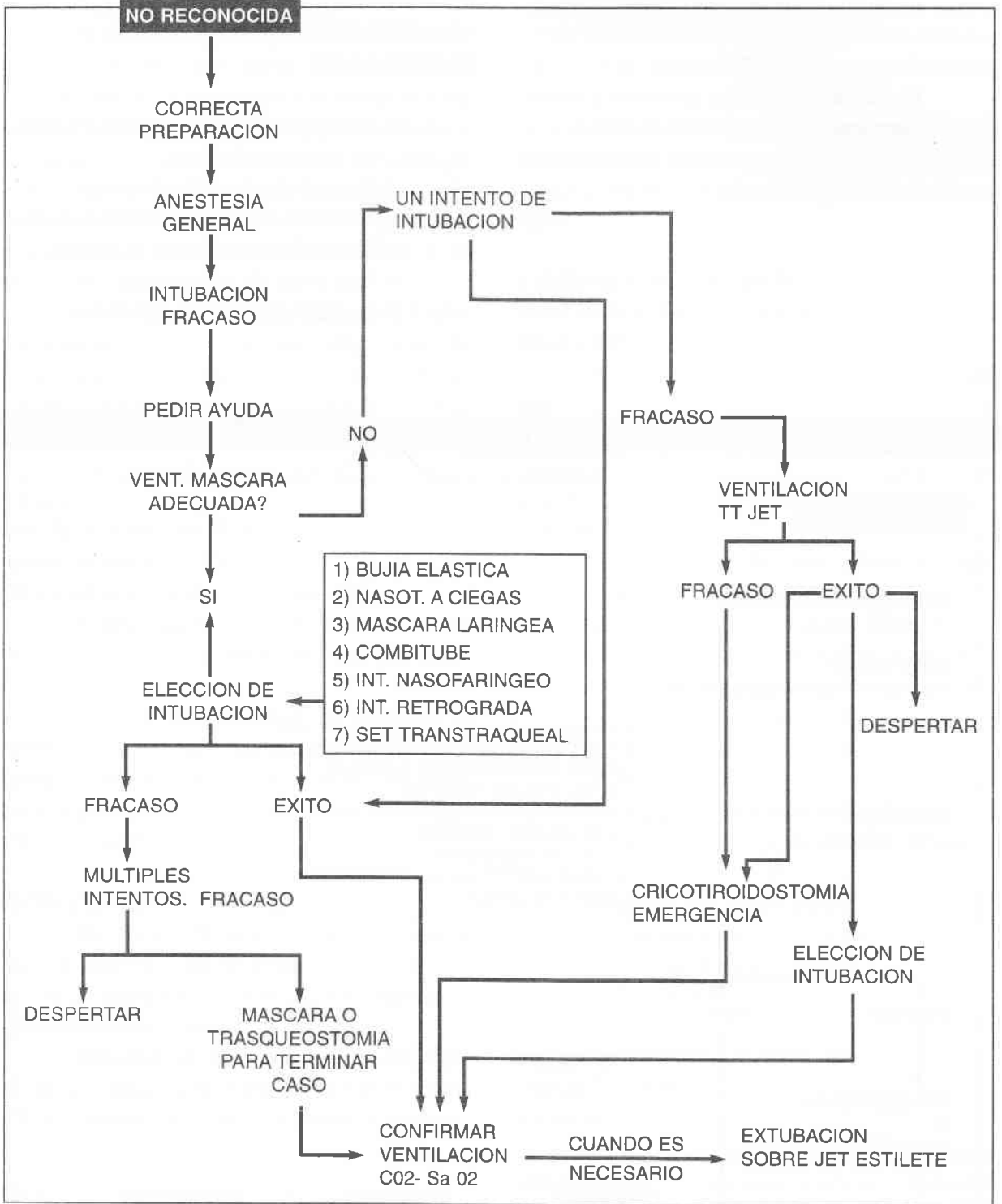
El plan de la ASA, que se observa a continuación, incluye una ligera modificación, de acuerdo a los criterios y experiencia que actualmente tiene el servicio de anestesia del Hospital Privado.

RECOMENDACIONES DE LA VIA AEREA DIFICULTOSA. PLAN DE LA ASA

1. Si sospecha dificultad, asegure la vía aérea con el paciente despierto.
2. Tenga un plan de acción. Piense por adelantado, anticipé a los acontecimientos.
3. Si tiene dificultad, despierte al paciente.
4. Haga lo que Ud. conoce mejor.
5. Decida de acuerdo a sus prioridades.

PLAN DE LA ASA





Uno de los propósitos de este simposio ha sido dar respuesta a los siguientes interrogantes.

1) ¿Cuáles son los métodos que permiten hacer una valoración preoperatoria de la vía aérea?

Simplificando, podemos decir que la distancia tiromentoniana con la cabeza extendida, con seis o más centímetros y Mallampati modificado grado I y II, indican en términos generales que el paciente no tiene riesgo de intubación difícil.

2) ¿Cuáles son las técnicas que permiten resolver una vía aérea difícil?

Las técnicas que empleamos en nuestro servicio dependen de:

a) Si es vía aérea difícil previamente reconocida a la inducción, empleamos la técnica de intubación despierto con anestesia local; en forma casi excluyente utilizamos el broncofibroscopio. Otras técnicas que podemos emplear son la intubación nasal a ciegas, bujía elástica o intercambiador de tubo traqueal y la máscara laríngea.

b) En caso de una vía aérea difícil no reconocida previo a la inducción, nuestra primera elección es colocar un intercambiador de tubo traqueal y a modo de mandril luego introducir el tubo traqueal. Otra posibilidad es utilizar la máscara laríngea o bien, la intubación nasotraqueal a ciegas, combitube y la intubación nasofaríngea.

3. ¿El plan de la Sociedad Americana de Anestesia puede orientarnos y ordenarnos en busca de soluciones?

Sin dudas. Nosotros nos basamos en dicho plan tal como se desprende de la respuesta anterior.

4. ¿Cuáles son las técnicas que permiten asegurar que el tubo traqueal se halla ubicado correctamente?. La capnografía es el standard de oro; la pera de Wee es también eficaz, con ventajas tales como su costo prácticamente despreciable y la posibilidad de utilizarlo donde quiera que el médico se traslade, aún fuera del hospital.

5. ¿Cómo entrenarse en el manejo de la vía aérea difícil?

Debido a la baja incidencia de grados III y IV de

intubación, entendemos que es necesario reproducirlos.

La simulación puede lograrse disminuyendo la tracción cefálica del laringoscopio, hasta un punto tal que la glotis desaparezca de la visual. Así, la intubación se transforma en grado III. Utilizando el intercambiador de tubo traqueal o bujía elástica, a modo de mandril, la intubación grado III simulada, puede efectuarse con relativa facilidad. Si la intubación resultase muy difícil o imposible, sólo se requiere ubicar correctamente el laringoscopio y la intubación se hará fácilmente. Esta simulación debe efectuarla quien tenga experiencia suficiente en intubación traqueal (Residente de segundo año como mínimo) y debería efectuarse periódicamente en pacientes ASA I - II. Es necesario también emplear rutinariamente la máscara laríngea y el combitube, a fin de lograr experiencia.

Si se cuenta con un broncofibroscopio, es posible la intubación traqueal bajo anestesia general. Siendo esta técnica la más difícil, las otras variables (nasotraqueal, por ej.), resultarán probablemente más fáciles.

BIBLIOGRAFIA

1. Cheney, FW, Posner, KL, Caplan, RA. *Adverse Respiratory Events Infrequently Leading to Malpractice Suits. Anesthesiology. 1991; 75:932.*
2. Benumof, JL. *Management of the difficult Adult Airway. Anesthesiology, 1991; 75:1087.*
3. *A report by the American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Anesthesiology, 1993:78:597.*
4. Benumof, JI. *The Traumatized Airway: Application of the ASA algorithm. Second International Symposium on the difficult airway. 1994. Newport Beach, California. USA.*