

PREPARACION DEL PACIENTE PARA INTUBACION DESPIERTO *

El asegurar la adecuada permeabilidad de la vía aérea es una meta indispensable para la realización de cualquier procedimiento anestésico o para el apropiado aporte de O2 en un paciente crítico. (1)

Las indicaciones para intubar un paciente despierto varían, de acuerdo a las diferentes instituciones, sin embargo esta técnica se impone en las siguientes situaciones:

1. Historia de intubación difícil.
2. Trauma de cuello, cara o vía aérea.
3. Obstrucción de vía aérea superior: tumor, cirugía, radiación previa.
4. Anormalidades congénitas de la vía aérea superior.
5. Obesidad mórbida.
6. Estómago lleno.

Lo más importante en lo que al paciente se refiere es tratar de que permanezca quieto, disminuir su ansiedad, informándole de la situación y lo que vamos a realizar, lo cual se logra en parte con la visita preoperatoria.

La administración de fármacos será la menor posible. El paciente debe mantener el tono de las estructuras musculares que conforman la vía aérea superior, la cooperación con el operador y lo más importante la respiración espontánea. Si está profundamente sedado perderá el tono muscular y la laringe se puede posicionar más anterior, haciendo más difícil aún la intubación de la traquea.

Si se utiliza la ayuda de fármacos lo ideal será utilizar sedantes con efectos amnésicos, tales como el lorazepán, midazolam o valium, sobre todo si requerirá futuras intubaciones.

*Palabras clave: Intubación despierto
Key words: Awake Tracheal intubation

* Médico adjunto del servicio de anestesia del Hospital Privado.

Dr. Alberto D. Palencia **

Las butirofenonas proveen buena sedación pero sus efectos colaterales, como disforia, extrapiramidalismos y moderados efectos adrenérgicos no son deseables.

Los narcóticos como *fentanil* y *morfina* pueden provocar depresión de la ventilación, pero previenen analgesia y ayudan a la sedación.

Lo más importante es la administración de anticolinérgicos para disminuir las secreciones, lo que nos dará dos beneficios: mejoran la visión y la acción de los anestésicos locales.

Podemos administrar *metoclopramida*, *ranitidina* y *antiácidos* no particulados para evitar el riesgo de neumonitis por aspiración. (2)

INERVACION SENSITIVA DE LA VIA AEREA SUPERIOR

- | | |
|---------------------|--|
| 1. LENGUA | 2/3 Anteriores: lingual (V PAR)
1/3 Posterior: glosofaríngeo (IX PAR) |
| 2. NARIZ | Trigémino (V PAR) |
| 3. FARINGE | Glosofaríngeo (IX PAR)
Vago (X PAR) |
| 4. LARINGE SUPERIOR | Laríngeo superior (X PAR) |
| 5. CUERDAS VOCALES | Recurrente Laríngeo (X PAR) |
| 6. TRAQUEA | Vago (X PAR) |

Mucosa Nasal: Si hemos elegido la intubación nasal, no debemos dejar de hacer la correcta anestesia de su mucosa, junto con abundante cantidad de vasoconstrictores para evitar el sangrado, que si se produce entorpecerá en gran medida la técnica de fibroscopia o la visión directa de la glotis.

La anestesia tópica con xylocaína al 4 % con adrenalina embebida en hisopos de algodón (cotonoides), adicionada del bloqueo del esfenopalatino, el cual es fácilmente alcanzado con una aguja n. 25 a nivel del paladar duro, disminuirá significativamente el riesgo de sangrado nasal.

Orofaringe: Se utiliza spray de xylocaína al 10

% (cada disparo 0,1 ml.) nebulizando el paladar blando, úvula, lengua, pilares anteriores y retrofaringe. Es preferible aspirar los restos de anestésicos y no ser deglutidos. La dosis máxima de lidocaína es de 3 mg/kg. Esta nebulización con spray es lo más importante de la técnica de intubación despierto.

Llegado este momento no podremos aún colocar el laringoscopio en la base de la lengua ya que los receptores de presión a este nivel son submucosos y no alcanzados por el spray. Al bloquear el 1/3 posterior de la lengua (glosofaríngeo) evitamos el reflejo de "gag" que se produce al presionar esta porción de la lengua o tocar la retofaringe.

Hipofaringe: Para colocar la valva curva de Macintosh más allá de los pilares anteriores y presionar la lengua es necesario bloquear la rama lingual del glosofaríngeo. Su bloqueo se efectúa en la base del pilar anterior con 2 ml. de lidocaína al 2 % a 0,5 cm. de profundidad con una aguja n. 25. Lograremos así la pérdida de sensibilidad en el 1/3 posterior de la lengua, y la cara faríngea de la epiglotis, conservando la sensibilidad en su cara laríngea, pudiendo así proteger la vía aérea ante posibles episodios de regurgitación o vómito.

Cuando logramos levantar la base de la lengua con el laringoscopio y visualizar la epiglotis, utilizando una cánula, instilaremos 4 o 5 ml. de xylocaína al 4 % en

la tráquea. De esta manera evitamos la punción de la membrana cricotiroides que si bien tiene pocas posibilidades de complicaciones, evitamos realizar otro procedimiento cruento.

Conociendo estas técnicas, brindamos otra alternativa para el manejo de la vía aérea, otorgando mas seguridad a nuestros pacientes, y por lo tanto, evitar caer en el oscuro terreno de una vía aérea difícil inadvertida, que sigue siendo aún, uno de los factores de morbimortalidad en anestesia o en pacientes críticos.

BIBLIOGRAFIA

1. Benumof Management of the difficult adult airway. *Anesthesiology* 1991, 75: 1.87-110.
2. Navendra Trivedi M. D. *Second International Simposium on the difficult airway. 1994 New Port Beach. California, USA.*

