

PREDICTORES QUE ANUNCIAN UNA INTUBACION DIFICIL*

Un factor significativo de morbimortalidad anestésica continúa siendo la inapropiada administración de O₂ a los pulmones y por ende a los órganos vitales, que sin tener en cuenta la edad del paciente, sexo, condición física o procedimiento al que va a ser sometido, es una tarea que compete al anestesiólogo. Esta es la causa del 30 % de muertes atribuibles a la anestesia. (1)

La dificultad para ventilar un paciente puede suceder tanto en la inducción de una anestesia general o luego de una anestesia regional complicada, ya sea por absorción masiva del anestésico local o una anestesia raquídea total, donde como ya sabemos, el primer tratamiento es la adecuada oxigenación y si en estos momentos nos encontramos con una vía aérea de difícil intubación, estamos muy cerca de un gran problema.

Para definir "vía aérea difícil", se puede aclarar, que esto se refiere a la porción de glotis observada durante la "laringoscopia directa". (2) Cuando se utiliza una valva de Macintosh con la cabeza y el cuello en posición apropiada, hablamos de "laringoscopia difícil" si sólo podemos observar la epiglotis (G III) o ni siquiera ésta puede ser observada (G IV). El G I es cuando observamos toda la glotis y el G II cuando sólo el extremo posterior de ella es visualizada. (Ver Figura 5).

Cuando la laringoscopia es G III o G IV la intubación es prácticamente a ciegas. En estos casos la posibilidad de colocar el tubo en el esófago es del 50 % (3), lo que empeora aún mas la situación ya que hasta advertir el error habrán pasado valiosos segundos.

Por lo tanto todo paciente quirúrgico o que va a ser sometido a I.O.T. (intubación oro-traqueal) tiene que tener una evaluación de predictores de dificultad de intubación.

Dr. Alberto D. Palencia**

Los predictores que se utilizan hasta el momento no tienen especificidad ni sensibilidad del 100 %. Sin embargo, de acuerdo a la bibliografía y a nuestra experiencia, podemos afirmar que ha sido excepcional la laringoscopia difícil en aquellos pacientes en los que se predijo laringoscopia fácil. Por otro lado cuando se predijo intubación G III o G IV fue mas frecuente encontrar laringoscopia G II o G III respectivamente. Por lo tanto los predictores son mas específicos que sensibles, o sea que nos ayudan a predecir intubaciones fáciles. Lo importante es que nos anuncian una posible dificultad y nos preparan para disponer alternativas de lograr la I.O.T. Este es el objetivo principal del uso de predictores, evitando que a un paciente difícil de ventilar, sólo le quede la alternativa de la tradicional laringoscopia directa.

Las tres causas anatómicas que facilitaran o dificultaran la I.O.T. las vemos en la Figura I.

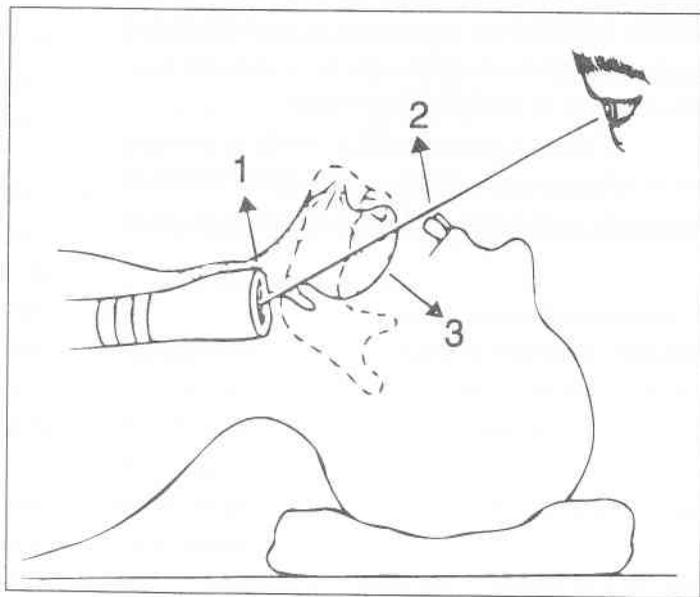


Figura 1

*Palabras clave: Predictores de intubación difícil

Key words: Predicting difficult intubation

**Médico adjunto del servicio de anestesia del Hospital Privado.

1. LARINGE ANTERIOR: Cuando en la laringoscopia directa sólo la epiglotis puede ser visualizada o no se la ve. Aparentemente es como si la laringe

fuese muy superior y no la podemos descender al deprimir el cartílago tiroides. Esto se debe a que no se han alineado los 3 ejes: oral, faríngeo, laríngeo. La medición que se correlaciona muy bien con esta dificultad anatómica es la distancia tiromentoniana (3), espacio medido entre el borde superior del cartílago tiroides y el borde inferior del mentón. Con el cuello extendido debe medir mas de 6 cm.

2. Lo segundo que observamos es la presencia de incisivos prominentes en maxilar superior, lo que ocasiona la disminución del espacio interdentario (espacio que debe ser superior a 3 cm.). Como factor aislado predice sólo el 50 % de las dificultades, pero si se combina con el tercer elemento los inconvenientes serán mayores. (1)

3. El tamaño de la lengua, el cual salvo excepciones se debe sólo al aumento de su volumen, como el caso de la mujer embarazada. (4-5) La mayoría de las veces la causa de este aparente aumento de tamaño sería originado por una combinación de factores anatómicos que impiden que ésta deprima todos los tejidos que normalmente son depresibles por debajo de ella. Si a este inconveniente le sumamos una mandíbula pequeña, medida por la distancia goniomentoniana (distancia entre el ángulo de la mandíbula y el mentón que debe ser mayor de 9 cm), la tradicional inspección oral de Mallampati modificada. (6) nos podrá anticipar algún grado de dificultad.

A estos elementos debemos sumar, para algunos autores, el mas importante, que es la movilidad cervical, con la cual completariamos la evaluación anatómica de la vía aérea, antes de someterlos a una anestesia general o regional.

Creemos que los predictores mas útiles, por su especificidad y sensibilidad, por lo rápido y sencillo de valorar, son en orden decreciente:

1. DISTANCIA TIROMENTONIANA:

Distancia entre el tiroides y el mentón.

V.N.=> 6 cm. (Ver Figura 2)

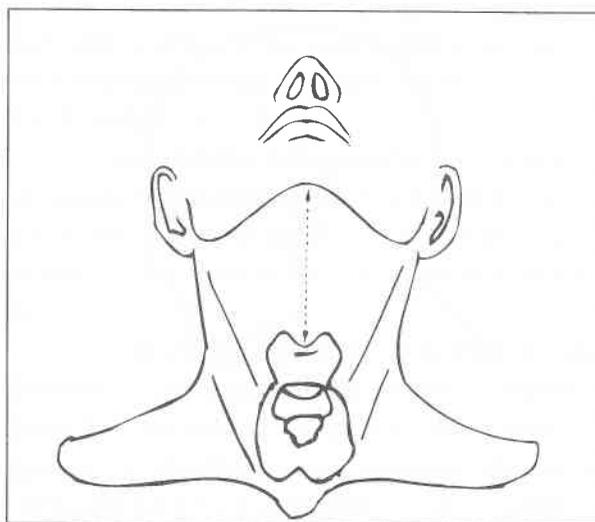


Figura 2

2. MOVILIDAD CERVICAL: En posición neutra se mide la distancia entre el mentón y el mango del esternón, se solicita al paciente que extienda su cabeza sobre el cuello y se toma la diferencia de la medición anterior.

V.N. 5 cm. (Ver Figura 3)

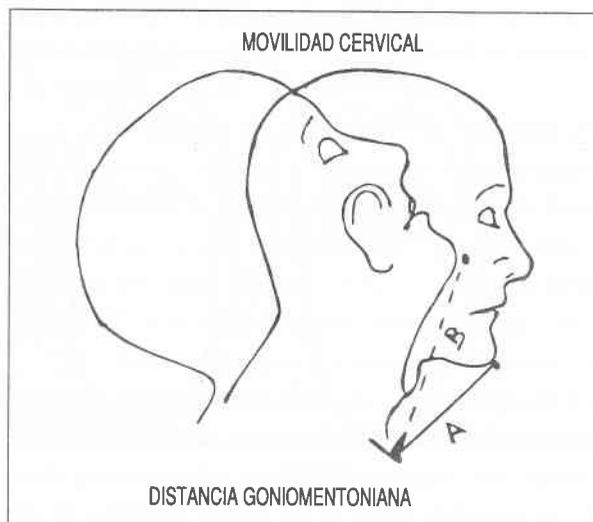


Figura 3

3. DISTANCIA GONIOMENTONIANA: Distancia entre el ángulo de la mandíbula y el mentón, V.N.= 9 cm. (Ver Figura 4)

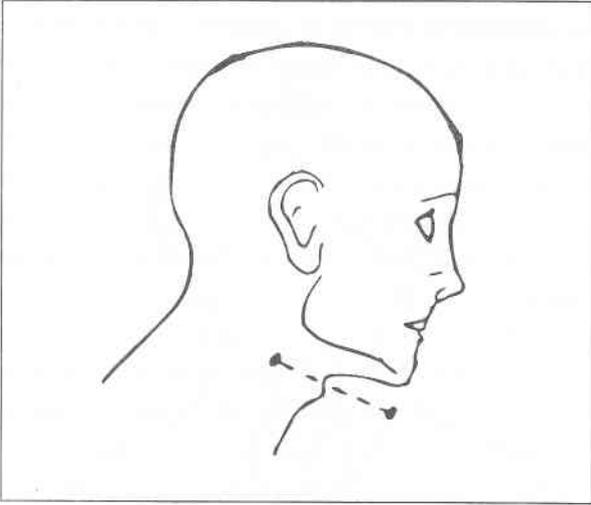


Figura 4

ESPACIO INTERDENTARIO. V.N. 3 cm.

En nuestro servicio utilizamos varios de estos predictores desde hace algunos años y creemos que son de mucha utilidad en la práctica diaria de la anestesiología.

BIBLIOGRAFIA

1. Benumof Management of the Difficult Airway Anesthesiology. 1991 75: 1.087-1.110.
2. Wilson M.E. Predicting Difficult Intubation Anesthesia. 1993. 71:N.3
3. Frerk C. Predicting Difficult Intubation Anesthesia. 1991. 46 1005-1008.
4. Cornack. Difficul Tracheal Intubation in Obstetrics. Anaesthesia. 1984. 39 1.105-1.111.
5. Roche D.A. Relative Risk Analysis of Factors Associated with Difficult Intubation in Obstetrics Anesthesia. 1992. 77 67-73.
6. Mallampati. A. Clinical Sign to Predict Difficult Tracheal Intubation Canadian Anaesthesiology Journal. 1985 32 429-434.

INSPECCION ORAL DE MALLAMPATI MODIFICADA. (Ver Figura 5)

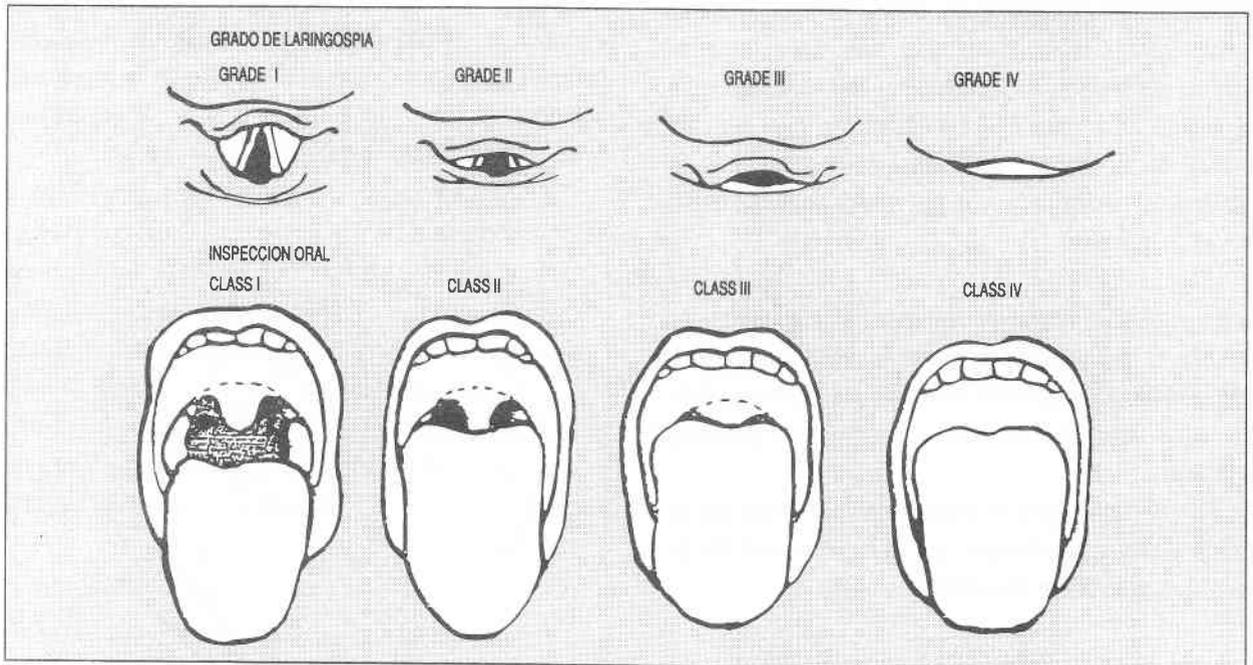


Figura 5