



Vía aérea difícil inesperada: no pude intubar, sí oxigenar

Dr. Alberto López-Bascopé*

* Anestesia/Medicina Crítica.

Operativamente, la vía aérea de difícil manejo se ha dividido en:

- Vía aérea difícil inesperada:** situación clínica en la que un intensivista, anestesiólogo o urgenciólogo, con entrenamiento adecuado se encuentra en una situación no prevista en la que tiene dificultad para ventilar con la mascarilla facial y/o para intubar la tráquea.
- Vía aérea difícil reconocida previamente:** cuando el intensivista, anestesiólogo o urgenciólogo, después de evaluar la vía aérea, considera que se encuentra ante una vía aérea de difícil manejo, que puede poner en riesgo al paciente si utiliza los procedimientos habituales de control de la vía aérea, y que son: ventilación con mascarilla oro-facial e intubación traqueal empleando inductores anestésicos, relajantes musculares y laringoscopía convencional. La vía aérea difícil reconocida previamente puede ser: indudable (definitiva) o de baja, mediana o alta probabilidad.

MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL INESPERADA

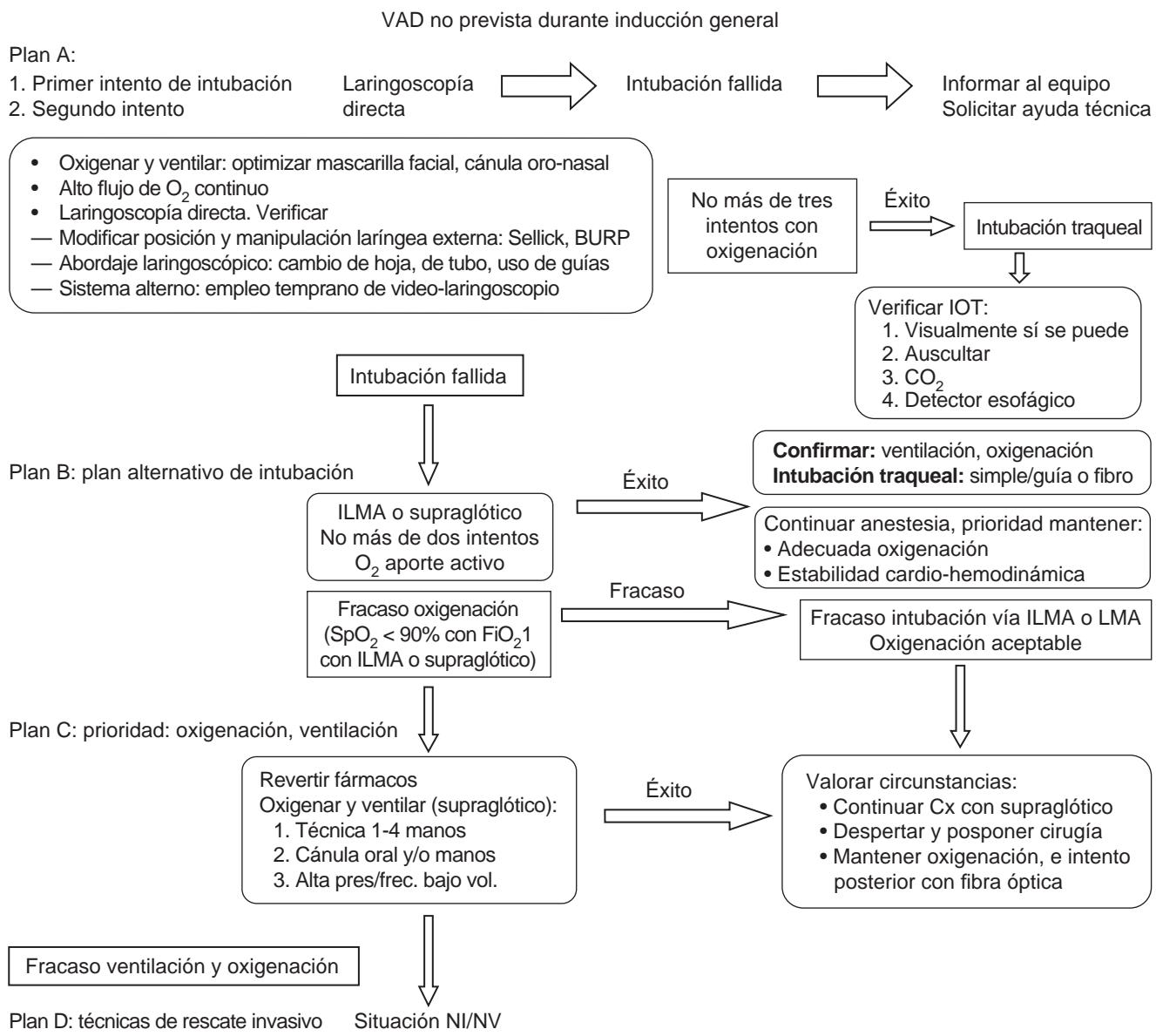
Entre los expertos en vía aérea difícil hay consenso de que al encontrarse con una vía aérea difícil inesperada se debe a una inadecuada evaluación del paciente o a que no se siguen los pasos recomendados para lograr una laringoscopía óptima, y que en Medicina Crítica son:

1. Intensivista, anestesiólogo o urgenciólogo con experiencia razonable.
2. Posición óptima del paciente, es decir, posición en la que estén mejor alineados los ejes oro-faríngeo-laríngeo, lo cual se puede lograr en todos los pacientes, incluyendo aquellos con obesidad mórbida, colocando almohadas desde el dorso, en cuello y en la cabeza en cantidad necesaria,

hasta lograr la posición de «olfateo» o utilizar la posición de Fowler extrema.

3. Relajación muscular óptima. Cuando se emplea rocuronio o vecuronio existe la ventaja de poder antagonizar con sugammadex.
4. Hojas de laringoscopio de tipo y tamaño adecuados al paciente. Empleo de video-endoscopios rígidos como 1^a o 2^a opción.
5. Tubo endotraqueal de calibre adecuado con guía de intubación y el extremo distal doblada en un ángulo entre 45 y 60 grados. Empleo de guías diversas como fase inicial y luego deslizamiento del tubo sobre él.
6. Ante la posibilidad de haber inflado el estómago e incrementar el riesgo de regurgitación y potencial bronco-aspiración, considerar medidas preventivas, como aspiración presente, Sellick, etc.
7. Aplicación adecuada de las maniobras laríngeas externas tipo BURP, que consisten en desplazar la laringe hacia atrás, hacia arriba y hacia la derecha, lo que facilita la visión de la laringe durante la laringoscopía convencional.
8. Si se siguen los pasos anteriores es posible intubar a la mayoría de los pacientes en el primer intento. Sin embargo, cuando no se logra intubar bien, sea porque no se cumplió con los requisitos de la laringoscopía óptima o a pesar de haberlos cumplido, antes de realizar el segundo intento se debe hacer un análisis de la situación, en la que se deben valorar:
 - a. El grado de visualización de la laringe que se observó durante la laringoscopía de acuerdo a la clasificación de Cormack-Lehane.
 - b. Si la posición del paciente y la relajación son óptimas.
 - c. Si se debe cambiar el tamaño y/o tipo de hoja de laringoscopio, si se debe cambiar el tamaño del tubo

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>



endotraqueal por uno más pequeño, y/o si se requiere modificar la curvatura del mismo.

d. Si se puede ventilar adecuadamente al paciente con la mascarilla oro-nasal; solamente se debe hacer el segundo intento de laringoscopía cuando se han modificado todos los factores modificables. Si no hay éxito, no se deben hacer otros intentos de laringoscopía, sólo es aceptable un nuevo intento si lo hace un especialista que sea experto en el manejo de la vía aérea difícil. Si a pesar de ello no se logra intubar la tráquea, no deben hacerse otros intentos de laringoscopía, ya que el riesgo de edema y/o sangrado de los tejidos orales,

faríngeos o laringeos y la pérdida de la vía aérea es alto. Si se cuenta con el carro de vía aérea «básico» los pasos a seguir son:

- Colocar un instrumento supraglótico, con acceso gástrico, y pasar una sonda por el acceso hacia el estómago para vaciarlo y evitar la bronco-aspiración, y mantener oxigenación y ventilación.
- Valorar de acuerdo a situación del paciente: suspender cirugía, antagonizando efecto de medicamentos administrados, continuar procedimiento con supraglótico, y si es paciente crítico que

requiere de asistencia ventilatoria: solicitar ayuda, estabilizarlo y efectuar intento posterior con equipo técnico y médico completo, incluyendo para crico/traqueostomía.

—En el caso de que se tenga dificultad para ventilar al paciente con el instrumento extra-glótico, en la situación denominada «no ventilación/no intubación» el paso inmediato que se debe realizar es realizar una crico-tiroidectomía.

www.medigraphic.org.mx