

VADO: algoritmo de vía aérea difícil oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología de México

Dr. Javier Alvarado-Pérez,* Dr. José Emilio Mille-Loera,** Dra. Olivia García-Velasco,***
Dr. Luis Felipe Cuellar-Guzmán,**** Dr. José Abraham Fabela-Barragán*****

* Anestesiología Oncológica. Anestesia Regional.

** Subdirector Médico-Anestesiólogo.

*** Anestesiólogo.

**** Anestesiólogo Oncólogo y Algólogo. Jefe del Departamento de Anestesia.

***** Anestesiólogo Oncólogo.

Instituto Nacional de Cancerología, México.

INTRODUCCIÓN

Los cánceres de cabeza y cuello se clasifican entre los 10 malignos más importantes del mundo. Lo cual implica que tengan una vía aérea potencialmente difícil⁽¹⁾.

El manejo quirúrgico es la primera opción en la mayoría de dichas afecciones, lo cual implica el uso de anestesia general y por ende el manejo de las vías respiratorias, siendo un desafío para el anestesiólogo. El abordaje de las vías respiratorias difíciles puede ser ocasionado por múltiples factores durante el período perioperatorio:

- La restricción de movimiento de la cabeza y el cuello, disminución de la apertura bucal o la reducción del espacio de la vía aérea superior.
- Presencia del propio crecimiento del cáncer.
- Los cambios anatómicos a la fibrosis debido a cirugía previa o radioterapia.
- Procedimiento quirúrgico prolongado.
- Edema alrededor de las vías respiratorias debido a manipulaciones quirúrgicas.
- Riesgo de sangrado, principalmente por causas quirúrgicas o múltiples intentos de manipulación de las vías aéreas.
- Riesgo de aspiración pulmonar.
- Los tumores exofíticos son friables; pueden sufrir fractura y desprenderse distalmente con laringoscopios. Son propensos a sangrar lo que obstaculiza una mayor visualización glótica.

Ante dichas situaciones el manejo inadecuado de las vías respiratorias puede aumentar la morbilidad y la mortalidad⁽²⁾.

La Organización Mundial de la Salud en el 2009 implementó la cirugía segura, donde menciona en el tercer objetivo que el equipo quirúrgico (anestesiólogo y cirujano) debe estar preparado eficazmente (equipamiento, entrenamiento y logísticamente) para que en caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, actúe eficientemente⁽³⁾.

La Sociedad Americana de Anestesiólogos y el proyecto NAP4-NAP5 del Reino Unido recomiendan que se realice una evaluación preoperatoria de las vías respiratorias⁽⁴⁾.

Sin embargo, la elección de la evaluación es aún determinada por el anestesiólogo de forma individual⁽⁵⁾.

Teniendo en cuenta estos factores, la adecuada y detallada evaluación preoperatoria es fundamental. La habilidad y juicio del anestesiólogo definitivamente reducirán la morbilidad y la mortalidad.

Se hace hincapié en la evaluación, la preparación, el posicionamiento, la preoxigenación, el mantenimiento de la oxigenación y la minimización de los traumatismos de las intervenciones de las vías respiratorias.

Se recomienda que el número de intervenciones de las vías respiratorias sea limitado y que las técnicas ciegas que usan una cánula a través de dispositivos de las vías respiratorias supraglóticas hayan sido reemplazadas por intubación óptica guiada por videolaringoscopio o fibroscopía⁽⁶⁾.

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

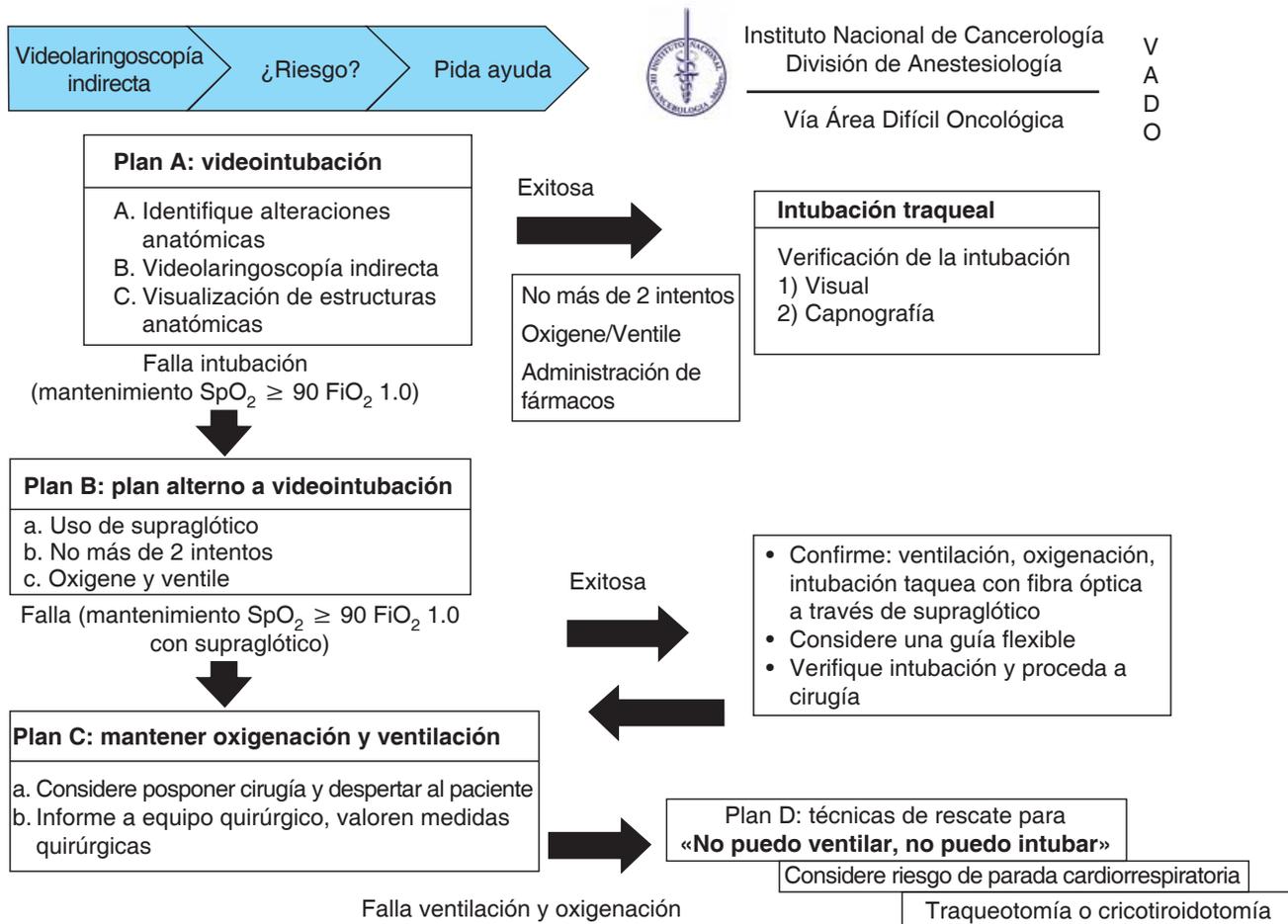


Figura 1. Algoritmo de VADO (Vía Aérea Difícil Oncológica en el INCan).

Un algoritmo puede cubrir las dificultades imprevistas tanto en la intubación de rutina como en la inducción de secuencia rápida.

Numerosas guías de práctica se han desarrollado para ayudar a los clínicos en el manejo de la vía respiratoria difícil. El abordaje de la vía respiratoria difícil es un reto para el anestesiólogo aún hoy en día a pesar de las diferentes guías y algoritmos existentes.

Sin embargo, desempeñan un papel importante en la seguridad de los pacientes, ya que la difusión de estas guías alienta a los profesionales de las vías respiratorias a considerar sus estrategias y a formular planes específicos para el manejo de una vía aérea difícil o inesperada⁽⁷⁾.

La evidencia sugiere que los videolaringoscopios pueden mejorar el éxito de la intubación traqueal, particularmente cuando el paciente tiene una vía aérea difícil⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Una revisión Cochrane reciente informa que los laringoscopios de video mejoran la visión de la glotis y pueden reducir el número de intubaciones fallidas, particularmente en pacientes

que presentan una vía aérea difícil. No se ha demostrado que ningún videolaringoscopio sea superior en comparación con otro y la elección se basa en la preferencia y familiaridad de la persona que maneja la vía aérea superior⁽⁹⁾.

Una recomendación que cada vez toma más importancia es realizar un algoritmo con base en el tipo de pacientes al que nos enfrentamos en cada una de nuestras instituciones, esto con base en los recursos, la capacitación y las habilidades del equipo que aborde la vía aérea difícil prevista o no prevista, por esta razón realizamos VADO (vía aérea difícil oncológica) en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Dicho algoritmo no sustituye por ningún motivo los actuales algoritmos como son los de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), Sociedad de Vía Aérea Difícil del U.K. (DAS), o las Guías de la Sociedad Canadiense de Anestesiología, sólo por citar algunas de ellas, que son publicadas por grupos de expertos.

VADO es un resumen de dichas guías adaptado y modificado con base en los recursos, equipamiento y entrenamiento

con los cuales cuenta el Instituto Nacional de Cancerología, ya que es una guía con base en la población que se atiende día a día en los quirúrgicos en el INCan (Figura 1).

El papel del anestesiólogo hoy en día es muy importante y relevante dentro del tema de seguridad del manejo de la vía aérea, lo cual implica la difusión de directrices que anime a

los profesionales de la vía aérea a considerar sus estrategias y formular planes específicos para el manejo de la vía aérea difícil prevista o inesperada con base en su población hospitalaria y de sus recursos disponibles, equipamiento y personal capacitado con el cual se cuente. VADO es una guía con base en la población que se atiende en el INCAN.

REFERENCIAS

1. Siddiqui AS, Dogar SA, Lal S, Akhtar S, Khan FA. Airway management and postoperative length of hospital stay in patients undergoing head and neck cancer surgery. *J Anaesth Clin Pharmacol* 2016;32:49-53.
2. Bessell A, Glenny AM, Furness S. Interventions for the treatment of oral and oropharyngeal cancers: surgical treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9):CD006205. doi: 10.1002/14651858.CD006205.pub3. Review.
3. La cirugía segura salva vidas. Disponible en: www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf
4. Pandit JJ, Andrade J. 5th National Audit Project (NAP5) on accidental awareness during general anaesthesia: summary of main findings and risk factors. *British Journal of Anaesthesia* 2014;113:549-559.
5. Nørskov AK, Rosenstock CV, Wetterslev J, Astrup G. Diagnostic accuracy of anaesthesiologists' prediction of difficult airway management in daily clinical practice: a cohort study of 188 064 patients registered in the Danish Anaesthesia Database. *Anaesthesia* 2015;70:272-281.
6. C. Frerk, V. S. Mitchell, A. F. McNarry, Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. *British Journal of Anaesthesia*, 2015; 115:827-848.
7. Artime CA & Hagberg CA. Is There a Gold Standard for Management of the Difficult Airway? *Anesthesiology Clinics*, 2015;33:233-240. DOI: 10.1016/j.anclin.2015.02.011
8. Cochrane Database of Systematic Reviews: Plain Language Summaries Videolaryngoscopes to guide the insertion of breathing tubes in adult surgical patients This version published: 2017; Review content assessed as up-to-date: February 10, 2015.
9. Martina Richtsfeld and Kumar G Belani. Anesthesiology and the Difficult Airway – Where Do We Currently Stand? *Ann Card Anaesth*. 2017 20:4-7. doi: 10.4103/0971-9784.197814
10. Paulo Tanaka P, Pessoa R, Raphaella Fernandes R, JBrodsky J. O que falta para o manejo de via aérea difícil no século 21, *Rev Bras Anestesiol*. 2015;65:235-236.