

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 27
Volume

Suplemento 1
Supplement

2004

Artículo:

Manejo de la vía aérea. Traumatismos cervicales: alternativas prácticas

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Manejo de la vía aérea. Traumatismos cervicales: alternativas prácticas

Dr. Gregorio Arturo Gómez-Díaz

El asegurar una vía aérea durante un procedimiento quirúrgico es de vital importancia en la práctica anestésica, siendo la intubación de la tráquea una maniobra mediante la cual se establece una comunicación de las máquinas de anestesia a la tráquea, bronquios y pulmones.

Actualmente existen otros dispositivos para lograr tal propósito, como son la mascarilla laríngea, combitubo, fastrach, intubación fibroóptica y el estilete luminoso (EL).

El paciente quirúrgico por características propias cursa con cambios hemodinámicos y metabólicos previos al procedimiento, similares al trauma, por lo que durante la laringoscopia e intubación traqueal frecuentemente se producen respuestas cardiovasculares debidas a la estimulación de los reflejos de la vía aérea, caracterizados por aumento plasmático de catecolaminas que conducen en forma predecible a hipertensión arterial, taquicardia y arritmias. Esta respuesta, llamada simpático adrenal da como resultado un aumento en el trabajo cardíaco por aumento en la demanda de oxígeno por el miocardio, en cuyo caso puede culminar en isquemia cardíaca durante el período perioperatorio.

Así mismo, la inestabilidad de la columna cervical por un lado y la limitación de su movilidad por diversas situaciones patológicas como en el caso de traumatismo raquímedular alto (toracocervical), constituyen un reto en el control de la vía aérea por parte del anestesiólogo. Primeramente por la necesidad imperiosa de asegurar la vía aérea en condiciones de seguridad, en cuanto a minimizar los movimientos cervicales en pacientes traumatizados con sospecha de lesión de columna cervical o torácica alta, así como para atenuar la respuesta cardiovascular inherente a la maniobra de laringoscopia e intubación y a la labilidad en este tipo de lesiones traumáticas. La estimulación simpática durante la intubación endotraqueal y la laringoscopia es muy intensa y se asocia a una gran liberación de catecolaminas que puede producir daño importante en pacientes con patologías coexistentes tales como la enfermedad de arterias coronarias, hipertensión arterial, asma y lesiones raquímedulares, ya que un aumento en la presión arterial y frecuencia cardíaca aso-

ciados a las maniobras de laringoscopia e intubación pueden ser peligrosas resultando en falla ventricular izquierda, isquemia miocárdica, hemorragia cerebral y el agravamiento de las posibles lesiones neurológicas en los pacientes traumatizados de la columna cervical y/o torácica.

La intubación orotraqueal bajo laringoscopia directa requiere de la elevación de la epiglotis y la exposición de la apertura glótica. Ambas se obtienen por un movimiento hacia arriba y adelante de la hoja del laringoscopio, ejercida a lo largo del eje de la mano del laringoscopista, produciéndose así la estimulación refleja de la vía aérea dando como resultado la respuesta cardiocirculatoria.

La intubación traqueal a través de la transiluminación de los tejidos blandos de la cara anterior del cuello usando el estilete luminoso, es una técnica gentil que no requiere de elevación de la epiglotis ni exposición de la abertura glótica, por lo tanto, esta técnica alternativa de intubación causaría menores cambios en el comportamiento cardiovascular que la laringoscopia directa.

Se han realizado diversos estudios comparando el uso del EL y otras técnicas de intubación traqueal y de aseguramiento de la vía aérea, tales como la laringoscopia directa, mascarilla laríngea, fastrach, intubación fibroendoscópica, en donde los resultados arrojados parecen enfatizar el beneficio en cuanto a disminuir el número de intentos de intubación (éxitos de 70-98% al primer intento y de 99 a 100% al segundo), disminución del tiempo de intubación y menores cambios cardiovasculares en la tensión arterial y frecuencia cardíaca aun cuando en otros reportes, los cambios fueron significativos en pacientes normotensos, no así en los hipertensos, así como la movilidad cervical en pacientes inmovilizados con collarín y con tracción manual en línea.

Así pues, que la IOT para asegurar la vía aérea, en condiciones de lesión de columna vertebral cervical y torácica alta, engloban una serie de características propias que la hacen aún más difícil de lograr con éxito y con menores repercusiones en comparación al paciente sin lesión raquímedular.

En el Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” del Instituto Mexicano del Seguro Social, calificado como de Concentración (Tercer nivel) tan sólo en el segundo semestre del pasado año, en el Servicio de Columna Traumática se han reportado 185 ingresos, de los cuales 70% son del sexo masculino y con la mayor afectación a los grupos de edad comprendidos de los 20 a 60 años con el 80% del total. El 65% no presentó lesión neural, mientras que 35% se presentó con lesión, de los cuales 63% fueron lesiones completas y 37% incompletas (síndromes de cordón central, brown-sequard,

cordón anterior y cono medular con sus características clínicas respectivas).

Del total de lesiones, la columna cervical ocupa 32%, siendo el segmento C3-C7 el más afectado en 96.4%.

En cuanto al total de intervenciones quirúrgicas de columna vertebral con 143; 84% corresponden a la columna toracolumbar y 16% a la cervical. De ahí la importancia de contar con otro tipo de estrategia de intubación, para asegurar la vía aérea en este tipo de pacientes, considerando la situación práctica de no contar muchas veces con aparatos sofisticados en todos los centros hospitalarios.

REFERENCIAS

- Biel JW, Bource DL. Use of the lighed stylet to aid direct laryngoscopy. *Anesthesiology* 1997;4:1012.
- Davis L, Cook-Sather SD, Shreiner MS. Lighed stylet tracheal intubation: A review. *Anest Analg* 2000;90:745-56.
- Lennarson PJ, Smith D, Todd MM, Carras D, Sawin PD, Bayton J, et al. Segmental cervical spine motyion during orotracheal intubation of the intact and injured spine with and without external immobilization. *J Neurosurg Spine* 2000;92:201-6.
- Registro estadístico. Servicio de Columna Traumática. Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F. 2001.

