



INTRODUCCIÓN:

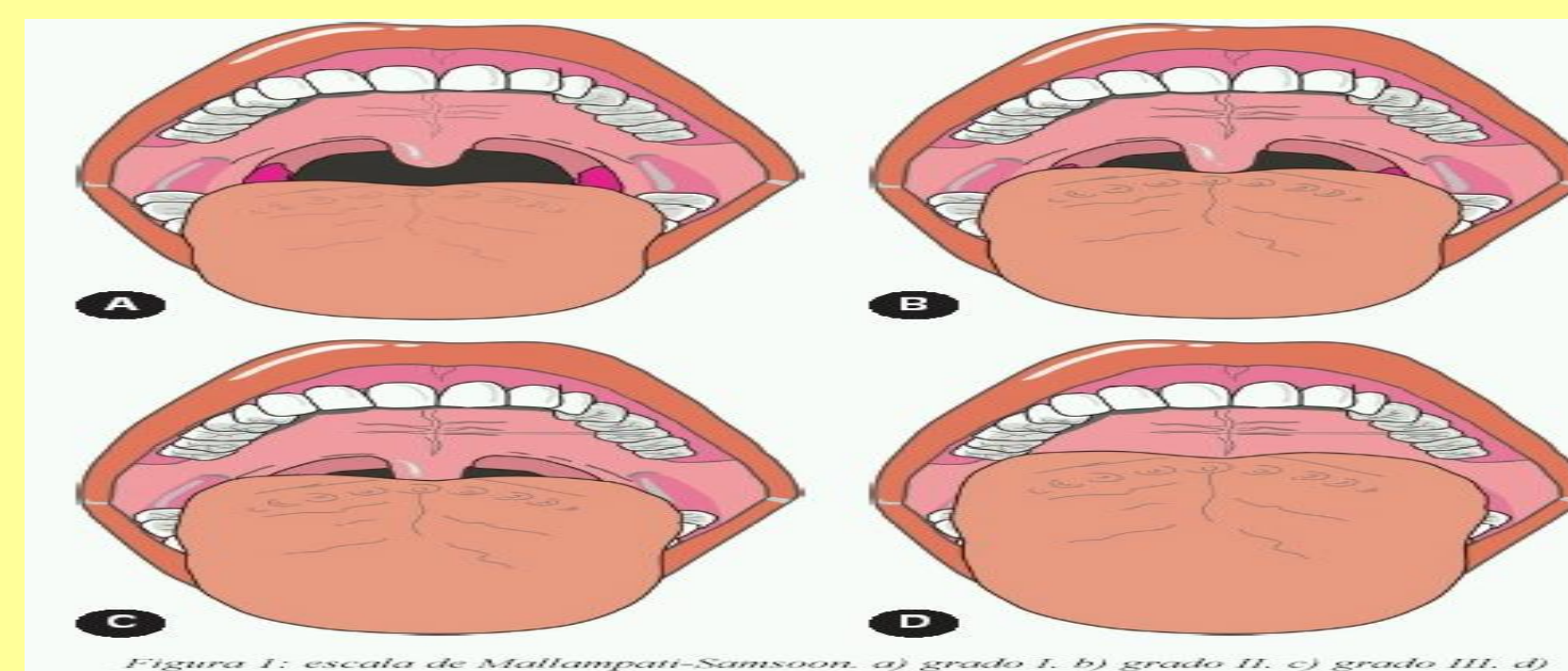
Vía aérea difícil (VAD) puede definirse como la complejidad en el acceso del conducto por el cual pasa el aire desde la nariz o la boca hacia los pulmones. Representa una interacción compleja entre factores del paciente, el entorno clínico, las habilidades y preferencias del realizador. La dificultad para la intubación se presenta cuando se han realizado más de tres intentos de intubación utilizando la laringoscopia convencional en condiciones óptimas y por personal experimentado. Una intubación difícil no anticipada es una emergencia médica, la cual si no es tratada con rapidez y de forma apropiada puede condicionar problemas serios, incluso la muerte del paciente.

OBJETIVO:

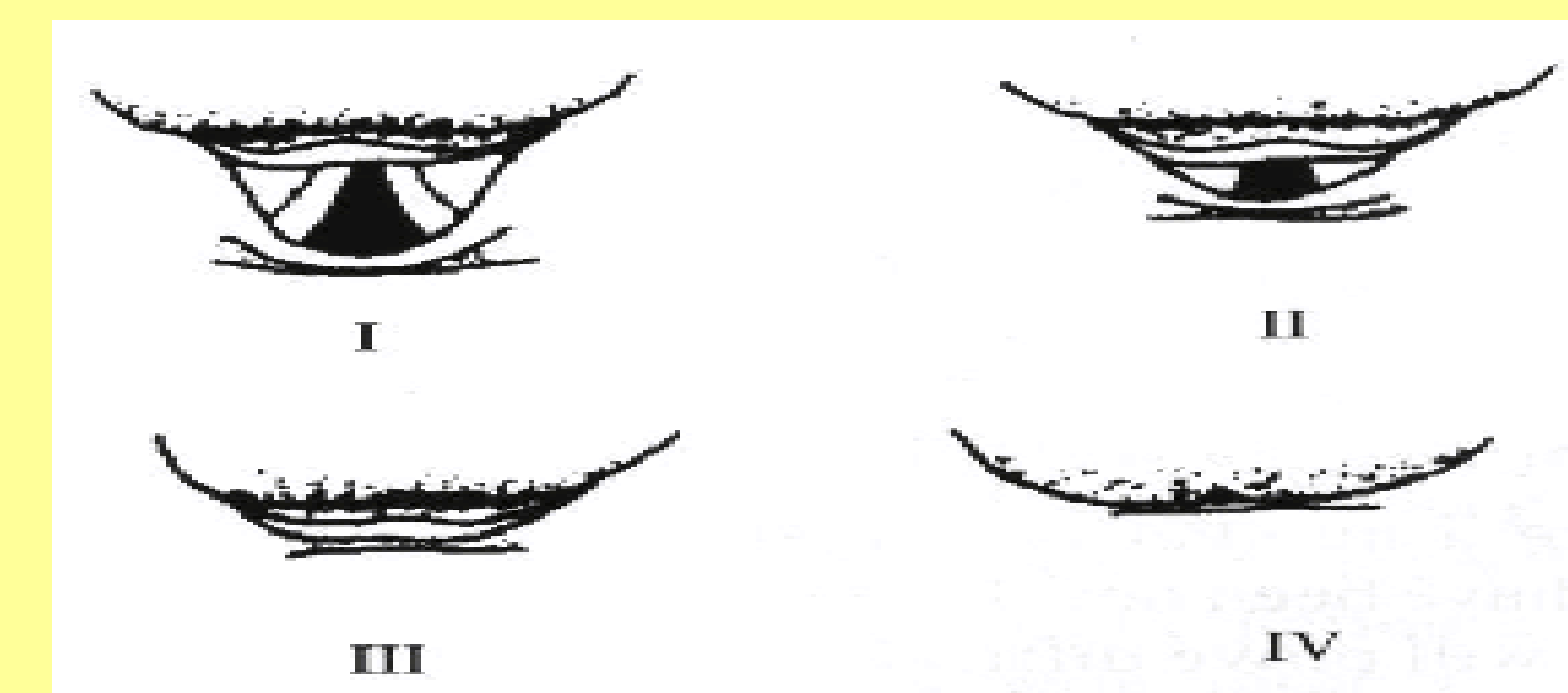
Realizar una actualización sobre las distintas maneras de predecir una vía aérea difícil y conocer los diferentes dispositivos que existen para poder aislarla con garantías de éxito.

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica con aportación de la opinión de expertos en el tema.



Escala de Mallampati



Cormack-Lehane

RESULTADOS:

Exploración física de la vía aérea: **1º se enfocan los dientes:** apertura de la boca y tamaño de los dientes (Escala para la valoración de la apertura de la boca tomando los incisivos superiores e inferiores como referencia. Clase Distancia: Clase I Más de 3 cm - Clase II 2.6 a 3 cm - Clase III De 2 a 2.5 cm - Clase IV Menos de 2 cm.); **2º exploración del interior de la boca (escala de Mallampati):** Grado I, visualización de paladar blando + úvula + pilares - Grado II, pared faríngea posterior visible por detrás del paladar blando pero la base de la lengua no deja ver los pilares - Grado III, exclusivamente se ve el paladar blando - Grado IV, no se logra ver el paladar blando); **3º visualizar el espacio mandibular** (grado de protrusión mandibular, valoración de la curvatura del paladar: Escala para la valoración de protrusión mandibular. Clase Tipo de protrusión: Clase I Los incisivos inferiores pueden ser llevados más adelante de la arcada dental superior - Clase II Los incisivos inferiores se deslizan hasta el nivel de la dentadura superior, es decir, quedan a la misma altura - Clase III Los incisivos inferiores no se proyectan hacia adelante y no pueden tocar la arcada dentaria superior) **y 4º distancia tiromentoniana y rango de la movilidad de la cabeza y cuello:** Escala para valorar la distancia de la escotadura del cartílago tiroideos al mentón. Clase Distancia: Clase I Más de 6.5 cm - Clase II De 6 a 6.5 cm - Clase III Menos de 6 cm / Escala para valorar el grado de movilidad de la cabeza y cuello con respecto a los 35º de movilidad normal: Grado Movilidad : grado I Ninguna - Grado II 1/3 - Grado III 2/3 - Grado IV Completa).

De tal manera que al valorar la vía aérea debemos tomar en cuenta: (1) el tamaño de la lengua, (2) la movilidad del cuello y (3) proximidad de la laringe a la base de la lengua; estos elementos modificarán la alineación de los ejes de la vía aérea para la correcta visualización del orificio glótico.

Dispositivos Supraglóticos



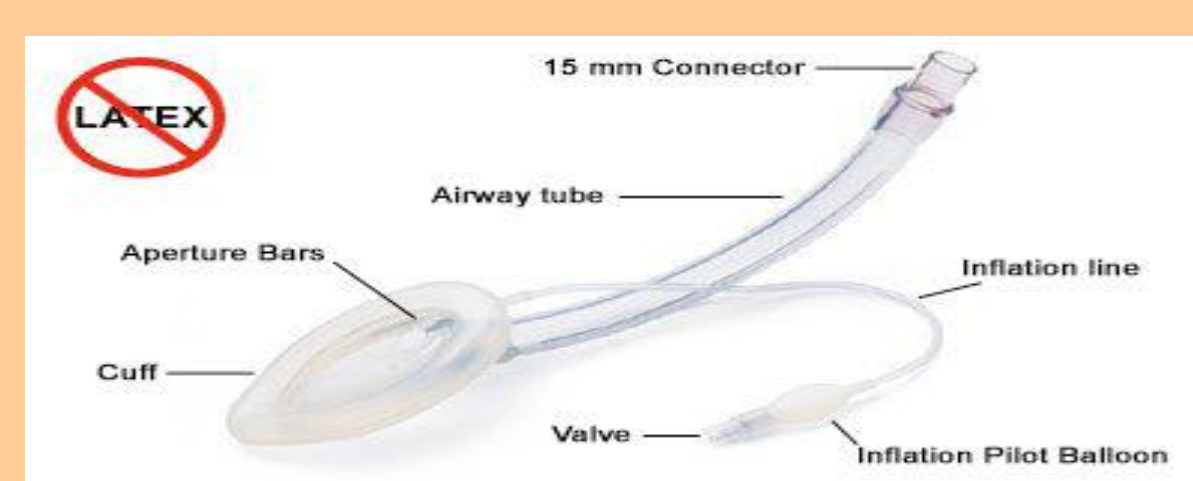
TUBO LARÍNGEO:

Tubo orofaríngeo reutilizable con 2 balones, uno faríngeo; otro esofágico distal. Entre medio existen diversas aperturas que permiten la ventilación hacia la laringe. El extremo proximal contiene un conector universal. Tamaño N° 1,3,5.

Indicaciones: intubaciones difíciles urgentes, requiere una mín. apertura bucal. Dispositivo alternativo si ML o Combitube no disponible o recomendable.

Complicaciones: Obstrucción vía aérea, tos, desajustes, menos frecuentes: hemorragia, edema, laringoespasma, trauma dental y daño esofágico.

MASCARILLA LARÍNGEA:



Tubo cuya parte distal consta de una máscara inflable. Fabricada de silicona exenta de látex. Versiones reutilizables y de un solo uso. Técnica no quirúrgica recomendada por el ASA en paciente no intubable-no ventilable. Aceptable en RCP,ERC 2005. Durante RCP ventilación adecuada en 72-98% casos. Tamaños 1-5.

Indicaciones: vía aérea difícil, tanto sospechada como imprevista. Control de la vía aérea en columna cervical inestable y en paciente despierto. Urgencias prehospitalarias, RCP por personal no entrenado en IOT.

Contraindicaciones: apertura bucal limitada; patología faríngea, laríngea o esofágica; ingesta cáusticos; riesgo aspiración; compliance disminuida o aumento resistencias vía aérea; trauma torácico; obstrucción infraglotica de la vía aérea; obesidad.

Desventajas: posibilidad de aspiración pulmonar. Distensión gástrica con Pi>20 cm H2O.

Complicaciones: tamaño inadecuado, fugas, aspiración, laringoespasma (1-3%) neumotaponamiento, observar movimiento de acomodación.

MASCARILLA FASTRACH:



Variante ML, diseñada para facilitar la intubación traqueal. Constituida por un tallo de acero inoxidable hueco (permite tubo de hasta 8 mm), curvado de forma anatómica, con conector estándar para ventilación y asa metálica, que sirve de soporte para la inserción y posterior manipulación. Importante considerar secuencia extracción. Tamaños 3-4-5.

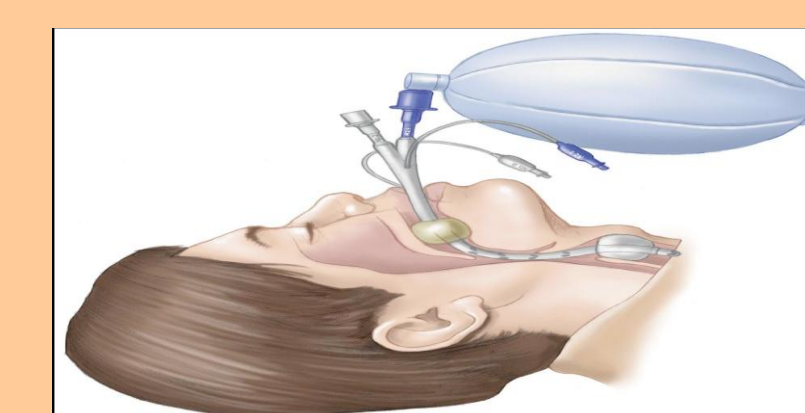
Indicaciones: dificultad en el manejo de la vía aérea. Alteración crónica o aguda de la columna cervical. Trauma facial grave.

Contraindicaciones: alteraciones anatómicas. Obstrucción mecánica vía aérea. Estómago lleno, obesidad, escasa distensibilidad pulmonar (contraindicación relativa).

Ventajas: dispositivo de ventilación e intubación. Se coloca con una mano, desde cualquier posición y sin introducir dedos en la boca. Indicada en apertura bucal reducida.

Limitaciones: Son dos procedimientos a ciegas. Tubo <= 8. menor eficacia en radioterapia cervical previa. Se puede ejercer presión sobre la pared faríngea y la región vertebral cervical. Retirarla si prono o RMN.

Combitube®) TUBO DE DOBLE LUZ:

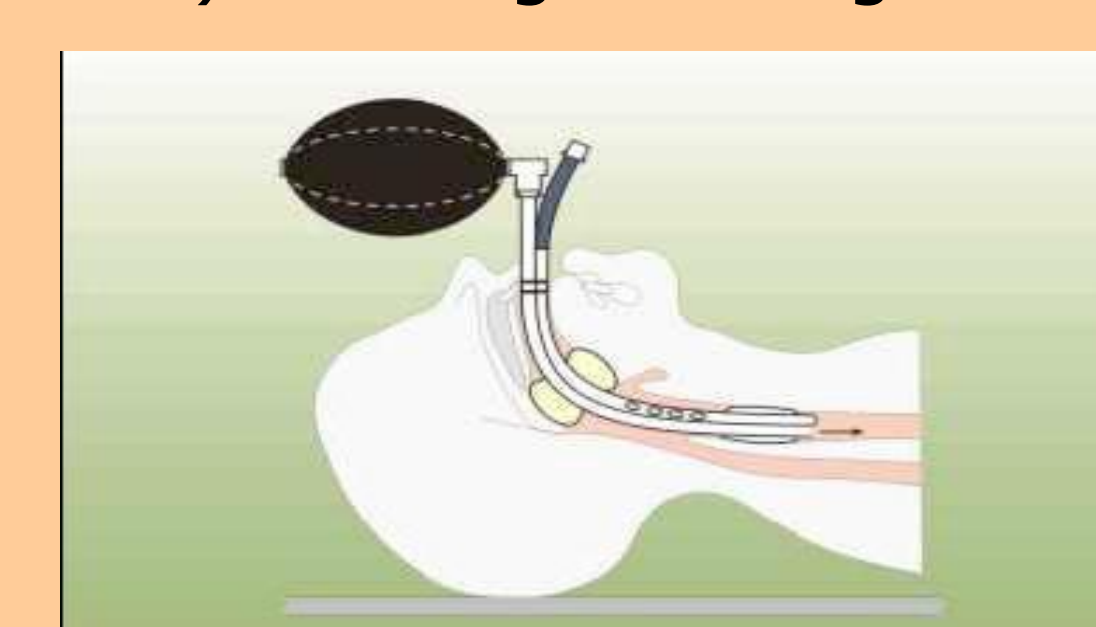
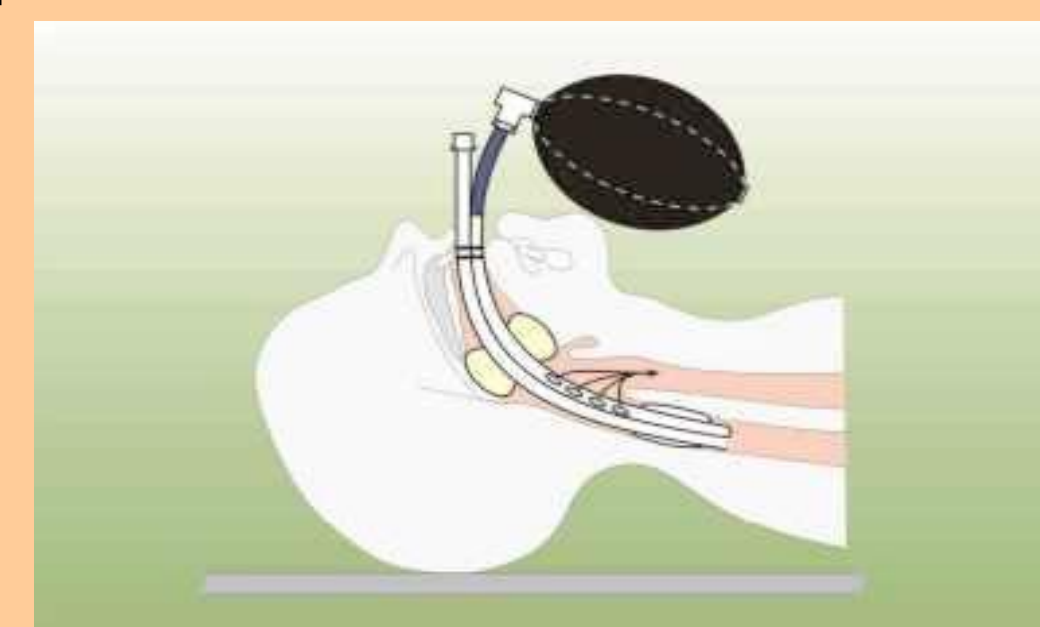


Indicaciones: intubación difícil. Manejo rápido de la vía aérea.

Ventajas: no requiere experiencia. No necesita posición de olfateo. Uso inmediato. Válido para estómago lleno. No produce distensión gástrica. Permite ventilar con presiones altas. No necesita fijación. Dispositivo alternativo con menor riesgo de aspiración. Posibilidad de colocación en pacientes con hemorragia de vía aérea superior o vómitos que impidan la visibilidad laríngea y la IOT. Mayor probabilidad de éxito al primer intento que otros dispositivos.

Desventajas: requiere pérdida de la conciencia • Reflejos CCVV. Complicaciones serias. Dificulta la FBS. No permite aspiración cuando se ubica en esófago.

Contraindicaciones: paciente consciente o con reflejos. Niños o menores de 1.22 cms. Cuerpos extraños o lesiones TGI (cáusticos...). Patología esofágica. Traqueotomías.



CONCLUSIONES:

Definitivamente la vía aérea difícil es una entidad que se presenta frecuentemente en la práctica diaria, por este motivo es importante el conocer: cómo se diagnostica, cómo se evalúa, cuál es el abordaje terapéutico, cuáles son los instrumentos o técnicas necesarias para resolverla y cuáles las posibles complicaciones que deriven de la misma.

BIBLIOGRAFIA:

•Herrera González, A. Pérez Torres, M.C. Luis Navarro, J.C. Marengo de la Fuente, M.L. Control integral de la vía aérea. Editorial GEU. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. 2004.

•Luis Navarro, J.C. Romero Rodríguez, H. Pérez Torres, M.C. Fundamentos básicos de Anestesia y Reanimación en medicina de urgencias, emergencias y catástrofes. Editorial Arán. Madrid. 2005;Vol.1: 79-100.

•Guidelines for the advanced management of the airway and ventilation during resuscitation. A statement by the Airway and Ventilation Management of the Working Group of the European Resuscitation Council. Resuscitation 1996; 31 (3): 201-30.