



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Vía Aérea Difícil Pediátrica

Artículo original: Andreu E, Schmucker E, Drudis R, Farré M, Franco T, Monclús E, Montferrer N, Munar F, Valero R; Grupo SEVA. Algorithm for pediatric difficult airway. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2011 May;58(5):304-11. ([PubMed](#))

Navarro García C, Castañeda Pascual M.

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Resumen

Se trata de un artículo que presenta un algoritmo de vía aérea difícil pediátrica realizado por la Sociedad catalana de anestesia, reanimación y terapia del dolor (SCARTD) basado en la revisión de guías de práctica clínica obtenidas desde PubMed y Cochrane.

La evaluación de la vía aérea difícil en pediatría no se puede realizar con los test que se aplican habitualmente en el adulto. Dicha evaluación puede aproximarse valorando la historia previa relacionada con la vía aérea, malformaciones craneofaciales y síndromes asociados a dificultad en el manejo de la vía aérea (p.ej. Pierre Robin, Apert, etc.).

El algoritmo se divide en 2 partes:

- Vía aérea difícil prevista.
- Vía aérea difícil imprevista.

Introducción

La evaluación de la vía aérea difícil en pediatría no se puede realizar con los test que se aplican habitualmente en el adulto. Dicha evaluación puede aproximarse valorando la historia previa relacionada con la vía aérea, malformaciones craneofaciales y síndromes asociados a dificultad en el manejo de la vía aérea (p.ej. Pierre Robin, Apert, etc.).

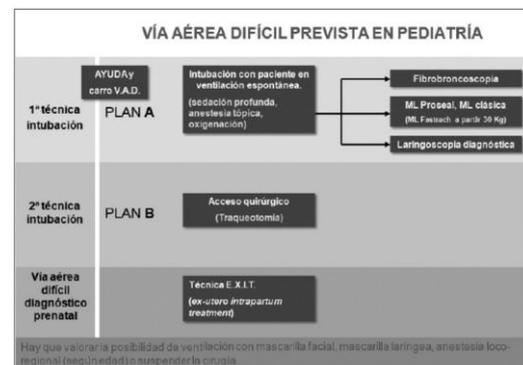
El algoritmo se divide en 2 partes:

- Vía aérea difícil prevista.
- Vía aérea difícil imprevista.

En cualquier situación se deberá disponer del material adecuado, tener siempre planes alternativos y realizar una adecuada preoxigenación.



Vía Aérea Difícil Prevista



Situación en la que tras inducción anestésica hay pérdida de ventilación espontánea.

Plan A

- Optimizar la laringoscopia: Elegir pala y mango del laringoscopio adecuados, colocar correctamente al paciente, maniobras de movilización laríngea y empleo de guías.

- Optimizar la ventilación: mascarilla facial (MF) de tamaño adecuado y bien colocada. Cánulas oro o nasofaríngea y 2 personas para realizar la ventilación.

Realizar máximo 2 intentos de intubación ya que los niños tienen tendencia al sangrado. Tras 2 intentos pedir ayuda y solicitar carro de IOT difícil.

Si no se consigue intubar se pasa a una de las 3 situaciones.

- Plan B.- ventilación Adecuada.
- Plan C.- ventilación Dificultosa.
- Plan D.- ventilación Imposible.

Plan B- Ventilación Adecuada:

- Intubación a través de ML.
- Intubación con fibrobroncoscopio.
- Videolaringoscopia

Si tras 2 intentos no se consigue la intubación la prioridad se convierte en la ventilación con ML o MF.

- Ventilación Adecuada: despertar al paciente vs continuar la intervención sin intubación.
- Ventilación Inadecuada/Imposible: paso a plan C o D.

Plan C – Ventilación Difícil

- Intentar colocar ML si antes no se había intentado (máximo 2 intentos). Si se consigue 3 opciones: IOT a través de ML, ventilar y despertar al paciente, continuar con la intervención con ML.

Si la ventilación pasa a ser imposible pasar al plan D.

Plan D - Ventilación Imposible - Vía Aérea Urgente

- Tubo laríngeo.
- Cricotirotomía + ventilación jet. Intentar evitar en menores de 10 años y contraindicada si menos de 5 años.
- < 2 años: punción transtraqueal.
- > 2 años: punción cricoidea con aguja 14G.
- Traqueostomía quirúrgica de emergencia.

Comentario

En el niño la posibilidad de la IOT con el paciente despierto no es una opción en el manejo de la vía aérea difícil.

La preoxigenación en los niños pequeños puede resultar complicada debido a la falta de colaboración. Sin embargo, se debe hacer un gran esfuerzo, sobre todo ante la sospecha de una posible intubación dificultosa¹. Parece que intentar alcanzar como objetivo una fracción espirada de O₂ del 90% se puede conseguir en una gran cantidad de niños en aproximadamente 1,5 minutos². Una opción adecuada es hacer respirar durante 3 minutos oxígeno al 100% a través de mascarilla facial a 9 lpm³.



La Mascarilla Laríngea es un dispositivo muy útil en anestesia pediátrica. Actualmente disponemos de nuevas mascarillas laríngeas como, por ejemplo, la mascarilla que permite intubación air-Q®, que se encuentran disponibles para el manejo de la vía aérea en el niño⁴. Así mismo, contamos también con nuevos laringoscopios ópticos que han demostrado ser de gran utilidad en el manejo de la vía aérea difícil del adulto, y varios de estos dispositivos se encuentran disponibles en tamaño pediátrico^{5,6}.

La oferta de material es cada vez más amplia, por lo que debemos saber manejarlo en el paciente con vía aérea no difícil, ya que si nos encontramos ante una vía aérea difícil con un material con el que no estemos familiarizados probablemente pueda dificultarnos todavía más el control de la vía aérea (aumento de hemorragia, pérdida de tiempo, etc.).

Bibliografía

1.- Morrison JE Jr. Children at increased risk of hypoxia. *Anesthesiology*. 2000 Jun;92(6):1844. ([PubMed](#)), ([pdf](#))

2.- Morrison JE Jr, Collier E, Friesen RH, Logan L. Preoxygenation before laryngoscopy in children: how long is enough? *Paediatr Anaesth*. 1998;8(4):293-8. ([PubMed](#))

3.- Chiron B, Mas C, Ferrandière M, Bonnard C, Fusciardi J, Mercier C, Laffon M. Standard preoxygenation vs. two techniques in children. *Paediatr Anaesth* 2007 Oct;17(10):963-7. ([PubMed](#))

4.- Jagannathan N, Sohn LE, Mankoo R, Langen KE, Roth AG, Hall SC. Prospective evaluation of the self-pressurized air-Q intubating laryngeal airway in children. *Paediatr Anaesth*. 2011 Jun;21(6):673-80. ([PubMed](#))

5.- Vanderhal AL, Berci G, Simmons CF Jr, Hagiike M. A videolaryngoscopy technique for the intubation of the newborn: preliminary report. *Pediatrics*. 2009 Aug;124(2):e339-46. ([PubMed](#)), ([pdf](#))

6.- Holm-Knudsen R. The difficult pediatric airway--a review of new devices for indirect laryngoscopy in children younger than two years of age. *Paediatr Anaesth*. 2011 Feb;21(2):98-103. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Cristina Navarro García
crisstinna83@gmail.com
 Médico Interno Residente Servicio de Anestesia,
 Reanimación y Terapia del dolor.
 Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

[Publicado en AnestesiaR el 19 de enero de 2012](#)