



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Manejo de la vía aérea difícil mediante dispositivos extraglóticos

Artículo original: García-Aguado R, Charco P, Cortiñas J, Ortíz de la Tabla R, Viñoles J, Planas A, Pérez J, Recomendaciones para el manejo de la vía aérea difícil mediante dispositivos extraglóticos en el paciente adulto. Rev Esp Anestesiología Reanimación 2010; 57: 439-53. ([PubMed](#)) ([html](#))

Portas González M.

H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid

Resumen

El artículo realiza unas recomendaciones para el manejo de la vía aérea difícil (VAD) en adultos mediante dispositivos extraglóticos (DEG) en cirugía ambulatoria (CA). Dichas recomendaciones se sostienen en la literatura actual, guías de VAD y la opinión de los expertos. Debe realizarse una valoración riesgo-beneficio en cada caso, dado que no constituyen un estándar de cumplimiento obligatorio.

Introducción

El artículo realiza unas recomendaciones para el manejo de la vía aérea difícil (VAD) en adultos mediante dispositivos extraglóticos (DEG) en cirugía ambulatoria (CA). Dichas recomendaciones se sostienen en la literatura actual, guías de VAD y la opinión de los expertos. Debe realizarse una valoración riesgo-beneficio en cada caso, dado que no constituyen un estándar de cumplimiento obligatorio.

Resumen

Definen VAD en CA como aquella en la que un anestesiólogo experimentado es incapaz de mantener una adecuada ventilación del paciente utilizando la mascarilla facial o cualquier otro DEG. Justifican la creación de un algoritmo para CA por el elevado uso de DEG y porque el tratamiento de la vía aérea debe ser acorde al procedimiento a realizar.

Clasifican los DEG de los últimos 25 años según la ausencia/presencia de manguito, ruta de inserción oral/nasal, localización anatómica de la porción distal y la fecha de comercialización. Es importante conocer su mecanismo de sellado en caso de fracaso para rescatar la vía aérea con otro DEG con diferente mecanismo de sellado. La segunda clasificación es para los DEG más utilizados en nuestro medio:



- DEG 1ª generación: Mascarilla laríngea (ML) - Clásica, Unique (desechable) y anillada de MBA, Ambú, Portex).

- DEG de 2ª generación (canal gástrico para disminuir el riesgo de broncoaspiración): ProSeal (MLP), Supreme (MLS), I-gel, tubo laríngeo de succión (TLS II) y su versión desechable (TLS-D).

- DEG aptos para ventilar e intubar: ML Fastrach (reutilizable y desechable) de MBA y la ILA (Intubating Laryngeal Airway) con su versión desechable Air-Q (Cookgas).

Finalmente centran su atención en la mascarilla laríngea, incluida en los algoritmos de VAD de diferentes sociedades de Anestesiología. Enumeran los usos avanzados de la mascarilla laríngea entre los que se encuentra el manejo de la VAD.

El algoritmo para DEG en CA se aplica en aquellos casos en los que la 1ª elección sea un DEG (para los casos en los que se haya elegido la intubación se seguirán los algoritmos ya existentes).

Manejo básico de un DEG (Anexo I)

a) Inserción:

- Valoración de la vía aérea (descartar causas de dificultad de inserción/ventilación).

- Pre oxigenación.

- Profundidad anestésica adecuada. No utilizar relajantes neuromusculares.

- Técnica recomendada por el fabricante.

- Maniobras adicionales: hiperextensión de la cabeza, subluxación mandibular, rotación del DEG, inserción lateral, corrección de la punta con el dedo índice contralateral...

b) Ventilación:

- Hinchar el manguito sin exceder el volumen máximo o 60 cm de agua de presión.

- Ventilación manual suave para comprobar la presión de fuga.

- Comprobar la posición del DEG (movilizarlo) y optimizar la profundizar anestésica.

- Si persiste la fuga reinsertar el DEG/cambiar de tamaño. No más de 3 intentos.

Manejo avanzado de un DEG (Anexo II)

a) Inserción:

- Ayuda y carro de VAD.

- Inserción en ventilación espontánea mediante sedación y anestesia tópica (dificultad prevista grave), inducción inhalatoria (dificultad moderada o paciente no colaborador) o inducción endovenosa (dificultad leve o dudosa).

- Asegurar correcta ventilación con mascarilla facial (guedel y cuatro manos).

- DEG con canal gástrico para inserción guiada. Maniobras adicionales: laringoscopia, hiperextensión de la cabeza, subluxación mandibular, rotación del DEG, inserción lateral...

b) Ventilación:

- 1- Inflado con manómetro (<60 cm H2O).

- 2- Diagnosticar y tratar causas de malposición / obstrucción:

- Profundidad de inserción adecuada.



- Test de tracción mandibular: si mejora, probable obstrucción mecánica. Test de desinflado. Si no mejora, probable cierre glótico. Profundizar anestesia o mini-dosis de relajante neuromuscular.

- Test de desinflado: si mejora, compresión glótica por el manguito (insertar otro menor). Si no mejora, epiglotis doblada. Reinsertar con tracción mandibular.

- Comprobación con fibrobroncoscopio.

ESQUEMA GENERAL PARA FALLO IMPREVISTO DE DEG

	INSERCIÓN	VENTILACIÓN
PLAN A (1ª técnica):	Anexo I / guiada (usos avanzados) Máximo 3 intentos	Anexo I
PLAN B (asegurar inserción/ventilación OK):	Anexo II (inserción guiada) Máximo 2 intentos	Corregir causas (Anexo II)
PLAN C (si VE/ no DEG) (asegurar oxigenación):	DEG rescate (Fastrach...) IT (laringoscopia, videolaringoscopia, fibrobroncoscopia) Despertar	
PLAN D (no VE/ no DEG/ no IT) (rescate):	Cricotiretomía, vía quirúrgica.	

Comentario

Idealmente el manejo de la vía aérea debería ser proporcional al procedimiento quirúrgico. Pero ante una previsión de dificultad para la ventilación tanto con MF como DEG, tal vez no sea tan desproporcionado intubar al paciente despierto en vez intentar inicialmente un DEG¹. Es cierto que las recomendaciones en este caso son para expertos, que hay que individualizar cada caso, que los predictores sólo son orientativos y que la experiencia personal con los DEG elegidos es crucial. Es decir, salvo la VA normal o VAD imprevista, el resto serían unas recomendaciones para expertos.

Dentro de la ventilación espontánea la anestesia tópica con una sedación consciente sería la opción más segura², pero también más compleja a la hora de aplicarla para la inserción guiada con laringoscopio. Citan un 0,19% de fallos

con la mascarilla laríngea, pero en la revisión de los 11.190 pacientes no dice que la inserción sea en ventilación espontánea³. Hasta el 2.005 había un 9% de fallos (ventilación/intubación) para la inserción en pacientes despiertos seguida de inducción anestésica⁴. Asimismo, está descrito el rescate de un DEG con otro de sellado similar o diferente, pero estaríamos ante casos clínicos⁵⁻⁷.

En resumen, son unas buenas recomendaciones para el manejo de DEG en VAD prevista y el camino a la maestría de DEG para el manejo de la VAD imprevista.

Bibliografía

- 1.- Drolet P. Management of the anticipated difficult airway - systematic approach: continuing professional development. Can J Anesth 2009; 56: 683-701. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 2.- Lee MC, Absalom AR, Menon DK, Smith HL. Awake insertion of the laryngeal mask airway using topical lidocaine and intravenous remifentanyl. Anesthesia 2006; 61: 32-35. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 3.- Verghese C, Brimacombe J. Survey of laryngeal mask airway usage in 11910 patients: safety and efficacy for conventional and nonconventional usage. Anesth Analg 1996; 82 (1): 129-33. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 4.- Brimacombe JR. Laryngeal mask anesthesia principles and practice. Second edition. Ed. Saunders 2005. ([googlebooks](#))
- 5.- Asai T, Matsumoto S, Shingu K. Use of the laryngeal tube after failed insertion of the laryngeal mask airway. Anaesthesia 2005; 60 (8): 825-6. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 6.- Fabregat J, De Arce C, Brimacombe J. Successful use of the classic LMA after failed use of the ProSeal LMA. Anaesth Intensive Care. 2006 Apr;34(2):283. ([PubMed](#))
- 7.- Joshi NA, Baird M, Cook TM. Use of an I-gel for airway rescue. Anaesthesia 2008; 63(9): 1020-1. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Maite Portas González

maite_portas@hotmail.com

*Sº de Anestesiología, Reanimación y terapéutica
del dolor.*

H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid

[Publicado en AnestesiaR el 11 de
febrero de 2011](#)

