

Consideraciones sobre el acceso a la vía aérea difícil

Considerations on Access to the Difficult Airway

Mercy del Carmen García Díaz¹, Susana Matos García².

1. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Asistente. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado de Medicina General Integral. Residente de Cardiología. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

La anestesia general requiere habitualmente de la intubación endotraqueal mediante laringoscopia directa para el mantenimiento seguro de la vía aérea y la ventilación artificial. El éxito de la ventilación con mascarilla e intubación guarda relación directa con el conocimiento detallado de la anatomía de la vía aérea y es necesario tener todos los medios requeridos para abordarla con mayor facilidad, así como conocer los distintos algoritmos creados para ello.

En manos expertas la intubación orotraqueal (IOT) se realiza de forma rápida y sin dificultad. Sin embargo, factores anatómicos pueden producir dificultad o falta de alineación del eje oro-faríngeo-laríngeo, y resultar una intubación difícil, que es la causa más común de morbilidad y mortalidad en anestesia¹.

La vía aérea difícil se define como la situación clínica en la que un anestesiólogo tiene dificultad con la ventilación con máscara, dificultad con la intubación traqueal o ambas:

- a) Dificultad en la ventilación con máscara: cuando no es posible para un anestesiólogo mantener saturación parcial de oxígeno (SatPO_2) > 90 %, utilizando 100 % de O_2 y presión positiva con máscara en un paciente cuya SatO_2 era normal antes de comenzar la anestesia.
- b) Dificultad a la intubación traqueal: si la correcta inserción del tubo traqueal con laringoscopia convencional requiere más de tres intentos o más de 10 minutos.

Para los anesthesiólogos es una preocupación permanente lo relacionado con el manejo de la vía aérea; debe ser un especialista en el manejo de la vía aérea, de modo tal, que se le exige conocimiento y destreza que avalen dicha especialización. El interés en relación a este problema es compartido por muchos. El contenido de las revistas de Anestesiología, tienen un porcentaje significativo de publicaciones sobre el tema.

En 2010, el Comité de Responsabilidades Profesionales de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), informa que el 34 % de las demandas judiciales a médicos fueron ocasionadas por manejo inadecuado de la vía aérea². Tres mecanismos explicarían el 70 % de las demandas:

- a) Ventilación inadecuada 38 %
- b) Intubación esofágica 18 %
- c) Dificultad para la intubación traqueal 17 %

Benumof afirma que el 30 % de las muertes atribuidas a la anestesia se deben a dificultad en el manejo de la vía aérea. En 2003, Murray analiza las demandas en anestesia pediátrica, quien comprueba que las causas respiratorias, la mayoría relacionadas con una inadecuada ventilación, se produce con mayor frecuencia en niños que en la población adulta³.

A nivel mundial se tiene conocimiento de que alrededor de 600 pacientes por año, fallecen como consecuencia de una intubación difícil (ID) o fallida. Samsoon y Young reportan una incidencia de intubación fallida en pacientes obstétricas de 1:230 casos y en otros pacientes quirúrgicos de 1:2230 casos; así mismo, Lyons, en una revisión de seis años en una maternidad, reporta una incidencia de 1:300 casos. En los reportes del *Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales* de 1995 a 2007, aproximadamente 41 % de las muertes atribuibles a la anestesia fueron causadas por dificultades con la intubación traqueal³.

La ID representa en la actualidad un desafío para el anesthesiólogo y un gran riesgo para el paciente, principalmente si se presenta de manera inesperada como sucede en la cirugía de urgencia, ya que como consecuencia inmediata no se contará con los recursos necesarios para un adecuado manejo.

En la anestesiología, dada la importancia que tiene la presentación de una ID fallida, diversos autores crearon clasificaciones e índices predictivos que pretenden evaluar el grado de dificultad para la IOT en cada paciente en particular, mediante la exploración física meticulosa, con el fin de tener preparados métodos alternos a la técnica habitual de intubación, tales como, la intubación

con el paciente despierto, usando anestesia tópica, intubación nasotraqueal, fibroscopio óptico, guía anterógrada o retrógrada, traqueotomía y cricotiroidotomía con ventilación transtraqueal¹⁻³.

Las clasificaciones de índices de predicción de vía aérea que actualmente se aplican con más frecuencia son: Mallampati modificada, Patil-Aldrete, Cormack y Lehane³. En la actualidad, ninguna de las clasificaciones existentes para predecir la ID ofrece una sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo del 100 %, ya que la dificultad para la intubación depende de varios factores anatómicos, que pudieran presentarse conjuntamente o aislados, lo que trae como consecuencia desde una IOT fácil hasta una ID fallida, con estados intermedios.

Plan del ASA: consiste en una serie de recomendaciones con el objeto de facilitar al anestesiólogo la toma de decisión y promover mejores resultados. Estas recomendaciones pueden ser adoptadas, modificadas o rechazadas, de acuerdo al criterio clínico de cada servicio. Deben ser sometidas a revisión periódica, teniendo en cuenta el progreso médico y tecnológico¹.

- a) Si sospecha dificultad, asegure la vía aérea con el paciente despierto
- b) Tenga un plan de acción, piense por adelantado, anticipé a los acontecimientos
- c) Si tiene dificultad, despierte al paciente
- d) Haga lo que usted conoce mejor
- e) Decida de acuerdo con sus prioridades

La vía aérea difícil existe desde todos los tiempos y por supuesto eso es uno de los elementos que ocasionan aumento de la morbimortalidad anestésica, la cual crea una situación muy temida por los anestesiólogos, teniendo en cuenta que es una de las causas que ponen en peligro la vida del paciente quirúrgico y pone en juicio la competencia y el prestigio del anestesiólogo y aunque está descrito en todos los libros de texto de la especialidad, todos los familiares esperan con esperanza buenas noticias de su enfermo, aún con un consentimiento informado firmado por ellos. Todo esto crea una mayor tensión y estrés del anestesiólogo que muchas veces vuelve más difícil una intubación o una vía aérea.

La intubación puede resultar difícil y a veces cuando no se espera, se piensa que no es una situación frecuente, es un hecho que se presenta bien aisladamente y que aún cuando solo existía un conductor metálico y una pinza de Magil para facilitar la conducción de un tubo endotraqueal (cuando no existían medios sofisticados de abordaje de la vía aérea) siempre se logra permeabilizar la vía aérea y por excepción es necesario una traqueostomía. La realización de una técnica correcta de laringoscopia directa es muy importante en la intubación.

En resumen, no es precisamente la vía aérea difícil la causante de una mortalidad anestésica tan alta como describen algunos autores, y si la falta de pericia y de experiencia y la premura en el trabajo cotidiano. La morbimortalidad anestésica por esta causa se minimiza si se es muy cuidadoso y vigilante frente a cualquier paciente quirúrgico, siempre y cuando se tenga el conocimiento previo teórico práctico amplio de la vía aérea y sus diferentes técnicas de abordaje; que se realice un interrogatorio exhaustivo y examen físico completo; así como, que se garanticen los recursos necesarios antes de iniciar un acto anestésico y se pida ayuda oportunamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patel SA, Meyer TK. Surgical Airway. Int J Crit Illn Inj Sci. 2014 [citado 12 abr 2014]; 4(1): 71–76. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3982374/>
2. Ghaus MS. Laryngeal mask airway supreme™ for difficult airway management and establishing ventilation in the intensive care unit. Indian J Anaesth. 2014[citado 2 mar 2014]; 58(1): 91–93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3968672/>
3. Abdulla S, Abdulla S, Schwemm KP, Eckhardt R, Abdulla W. Making endotracheal intubation easy and successful, particularly in unexpected difficult airway. Int J Crit Illn Inj Sci. 2014 [citado 3 abr 2014]; 4(1):24–28. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3982366/>

Recibido: 23 de abril de 2014

Aprobado: 26 de mayo de 2014

Dra. *Mercy del Carmen García Díaz*. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: mercy@hvil.hlg.sld.cu