

Nuevas recomendaciones para el abordaje de la vía respiratoria anatómicamente difícil (Algoritmo de la ASA, 2013)

New recommendations for the boarding of the air passage anatomically difficult (Algorithm of the ASA, 2013)

Prof. Dra. Idoris Cordero Escobar

Hospital Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas indican que 30 % de las muertes atribuibles a anestesia, se deben al fracaso en la intubación por lo que se comprenderá la importancia que se debe conceder al tema en cuestión y las medidas preventivas que se deben tomar en estos casos.^{1,2}

En 1993 la Sociedad Americana de Anestesiología (**ASA**),^{1,2} propuso el primer algoritmo de vía respiratoria difícil, el cual aportó que ante la situación de no intubación y dificultad de ventilación con mascarilla facial se debería usar la mascarilla laríngea. Este algoritmo fue modificado en el 2003 (figura 1).³ La guía del 2003 proponía además, evaluar la vía respiratoria mediante el examen físico, preparación básica para el abordaje de la vía respiratoria difícil, estrategias de intubación y extubación. Este algoritmo es muy amplio y depende de la habilidad y preferencia de cada anestesiólogo.³⁻⁵

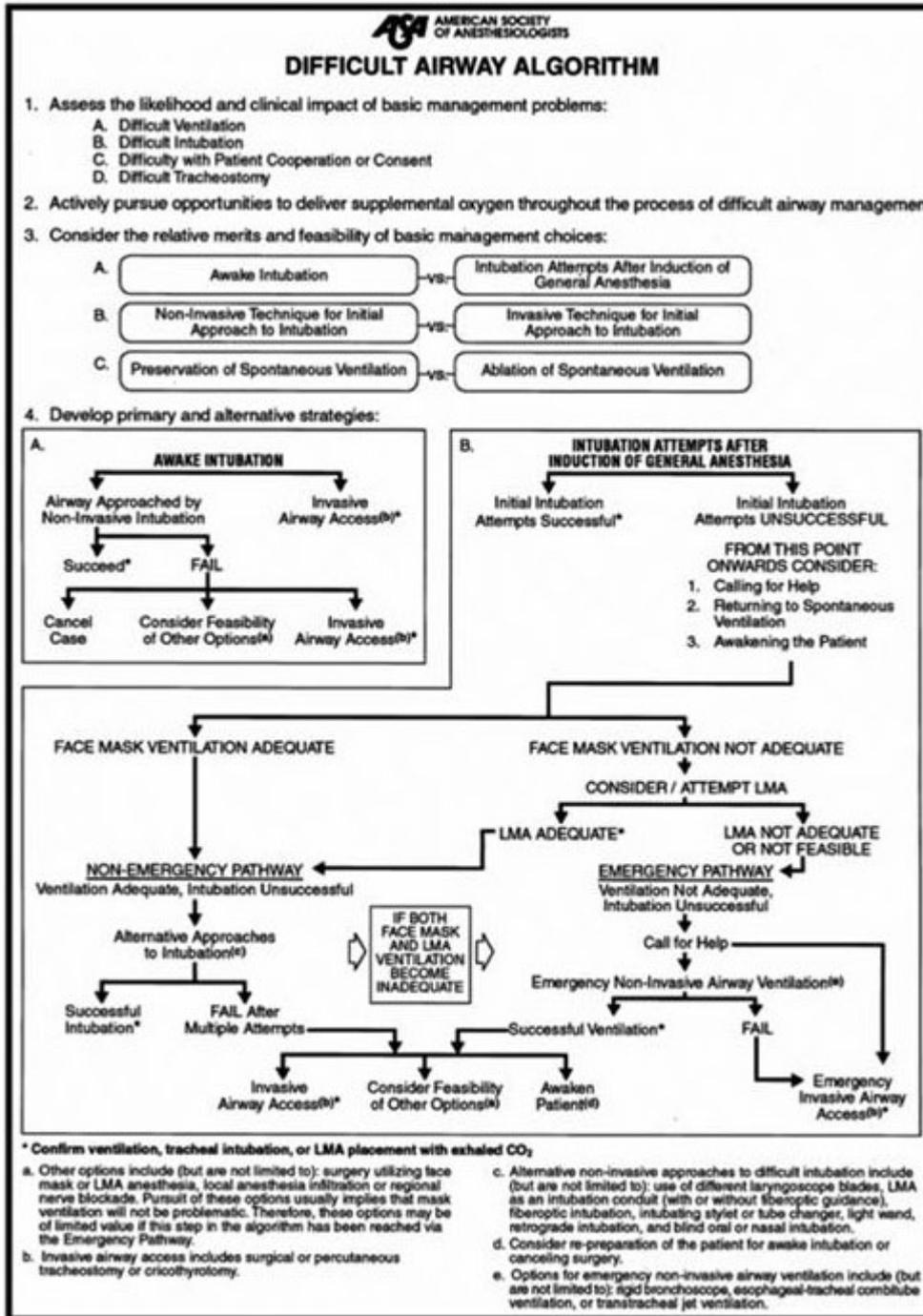


Fig. 1. Algoritmo ASA 2013.

El objetivo de este editorial es dar a conocer el nuevo algoritmo de vía respiratoria difícil 2013 y sus nuevas recomendaciones.

Como cada 10 años, la American Society of Anesthesiologists (ASA) publicó la actualización del algoritmo de vía aérea difícil (VAD). Sin demasiadas novedades; aporta su recomendación basada en la evidencia. En este algoritmo no se valora qué dispositivo, entre los muchos que existen en el mercado, es el estándar de oro pues hasta la fecha no hay estudios aleatorizados que lo demuestre (Figura 2).⁶

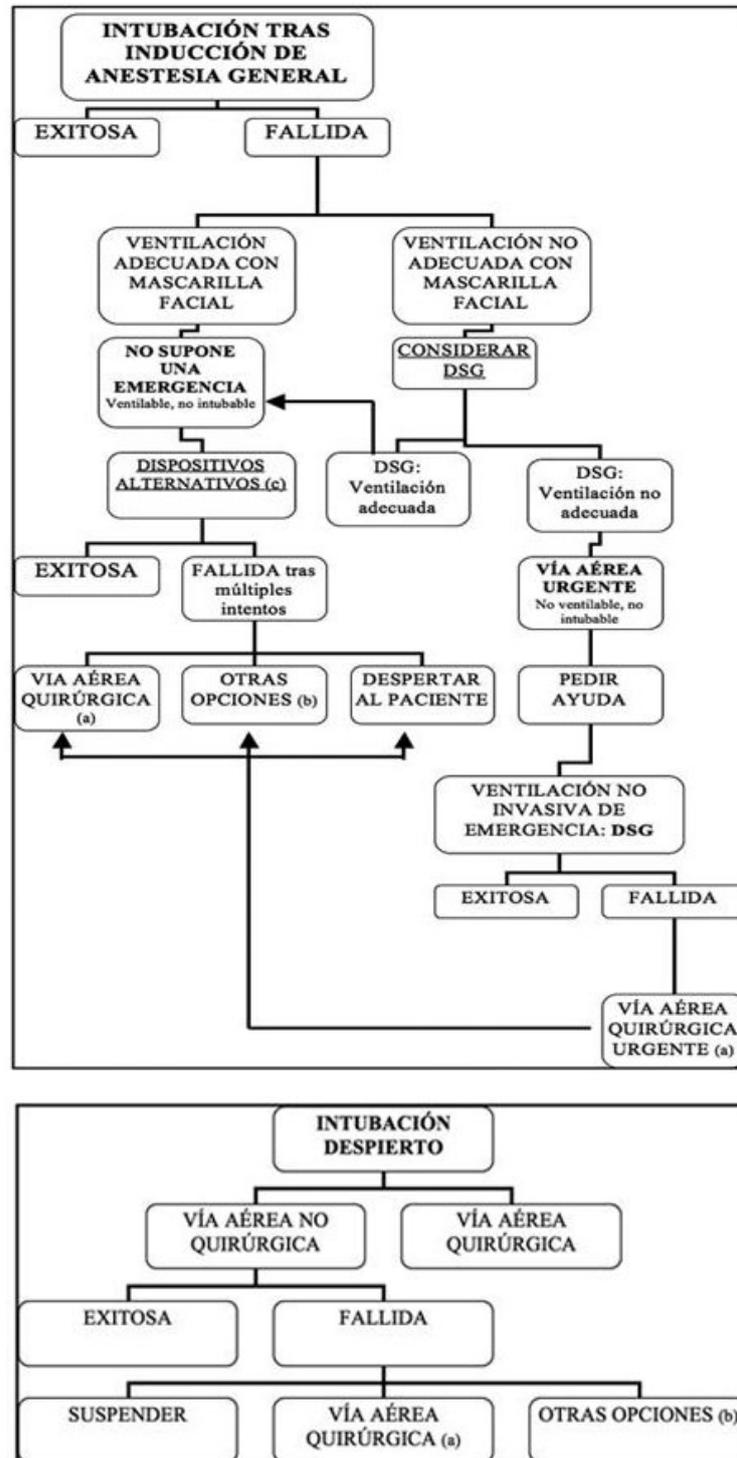


Fig. 2. Algoritmo Vía aérea difícil. 2013.

Entre las novedades de este algoritmo se plantea:^{6,7}

1. Dentro de las situaciones que componen una VAD, incluye por primera vez la dificultad que se puede presentar al **colocar un dispositivo supraglótico** y la dificultad en la laringoscopia.
2. La mascarilla Fastrach, tiene su lugar en el algoritmo como una alternativa más en la situación de dificultad en la ventilación, además como **método de intubación**.

Destacan que no se debe pensar sólo en el Fastrach como una mascarilla laríngea común o como un dispositivo supraglótico más, pues su uso puede facilitar la ventilación y por tanto, convertir una situación de emergencia en una situación controlada.

3. La ASA incluyó los **videolaringscopios** como dispositivos a utilizar de inicio ante la sospecha de VAD. Fueron mencionados de forma genérica, sin especificar ni valorar cuál se debe usar, pues no existe ninguna investigación controlada que lo avale.

4. Se vuelve a recalcar la importancia de la **extubación**, que si bien es de tomar en cuenta en cada paciente más lo requieren aquellos que tuvieron una intubación difícil por lo que se debe realizar bajo las condiciones clínicas favorables y siempre teniendo en cuenta la preparación previa por si es necesario volver a intubar.

5. Se resalta la importancia de informar al paciente, tanto de las dificultades presentadas como de las consecuencias que estas pueden representar. Se debe reflejar siempre qué dispositivos se utilizó y cuáles fueron los problemas que acontecieron. Por tanto se recomienda en estos casos el uso de una tarjeta informativa, una pulsera o una mención especial en la historia clínica. (Figura 2)

Se plantea además:

1. Evaluar la probabilidad y el impacto clínico de los siguientes problemas:

- Dificultad con la cooperación del paciente o con el consentimiento.
- Ventilación difícil con mascarilla facial.
- Dificultad en la colocación de Dispositivo Supraglótico.
- Dificultad en la laringoscopia.
- Intubación difícil.
- Difícil acceso a una vía aérea quirúrgica.

2. Aportar oxígeno suplementario durante todo el proceso.

3. Tener en cuenta las siguientes opciones:

- Intubación despierto frente a la intubación después de la inducción de Anestesia General.
- Una técnica no invasiva frente a las técnicas invasivas como enfoque inicial.
- Utilización de videolaringscopios como primera opción.
- Preservación o no de la ventilación espontánea.

Desarrollar estrategias principales y alternativas:

-Vía aérea quirúrgica o percutánea, ventilación jet o intubación retrógrada.

-Otras opciones incluyen (pero no están limitados): cirugía previa utilización de mascarilla o dispositivo supraglótico (DSG, por ejemplo LMA, ILMA, tubo laríngeo), la infiltración con anestesia local o el bloqueo nervioso regional. La búsqueda de estas opciones por lo general implica que la ventilación con mascarilla no será difícil. Por lo tanto, estas opciones pueden ser limitadas si se llega a este paso después de una vía aérea urgente.

-Incluyen (pero no están limitados): videolaringscopios, DSG (mascarilla laríngea o Fastrach), distintos tamaños de hojas de laringoscopios, FBO, fiador o introductor, intubación nasal.

Se concluye que evidentemente existen ventajas en el nuevo algoritmo 2013 de la ASA para la vía respiratoria difícil, pues se incluyen dispositivos y recomendaciones que no estaban incluidas en el del 2003.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benumoff JL. Management of the difficult adults airway. *Anesthesiology* 1991; 75:1087-1110.
2. American Society of Anesthesiologists. Task Force on management of the difficult airway. Practice guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology* 1993; 78: 597-602.
3. American Society of Anesthesiologists. Task Force on management of the difficult airway. Practice guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology* 2003; 98: 1269-77.
4. Practice guidelines for the management of the difficult airway: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway, *Anesthesiology* 2003; 98: 1269-1277.
5. Mariscal M, Pindado M L, Pérez H, Duro E. Algoritmo de vía aérea. En línea. Consultada 15/03/2011. URL disponible en: <http://www.arydol.revisiones-algoritmosviaaereadificil.mht>.
6. Guarnizo Ruiz A, Vásquez-Caicedo M, Muñoz S, Arias Pérez R, Mariscal Flores ML. Algoritmo Vía Aérea Difícil de la American Society of Anesthesiologist 2013. *AnestesiaR* 2013;
7. Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists. Task Force on Management of the Difficult Airway. American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins. *Anesthesiology* 2013; 118:251-70

Recibido: 2 de agosto de 2013.

Aprobado: 10 de agosto de 2013.

Prof. Dra. Idoris Cordero Escobar. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba. Correo electrónico: ice@infomed.sld.cu