

Dispositivos supraglóticos en cuidados intensivos

Supraglottic devises in intensive care

Dra. Victoria Migueliebna Esteva Sergueieva

Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el control de la vía aérea en el paciente crítico puede resultar a menudo difícil, con un riesgo bastante elevado de su abordaje ante determinadas situaciones. Los dispositivos supraglóticos se encuentran dentro de los protocolos de vía aérea difícil y a su vez son instrumentos de rescate en el abordaje de misma.

Objetivos: realizar una revisión de la literatura sobre el tema, en el cual se constató la problemática de la vía respiratoria anatómicamente difícil y de la utilidad de estos dispositivos en determinadas condiciones como alternativas a la intubación orotraqueal en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Caso clínico: paciente imposible de intubar, en la cual el uso de los dispositivos supraglóticos (mascarilla laríngea) fue de gran utilidad en la protección de la vía aérea.

Conclusiones: se debe contar con personal médico, experimentado en el abordaje de la vía aérea y familiarizado con el uso dispositivos supraraglóticos como instrumentos de rescate en situaciones similares, en todo servicio de emergencias, de la misma forma que existe el carro de parol.

Palabras claves: dispositivos supraglóticos, vía aérea, mascarilla laríngea.

ABSTRACT

Introduction: the control of the air passage in the critical patient may be often difficult with an elevated risk of boarding in front of some situations.

Supraglottic devises are among the protocols of difficult air passage and at the same time they are instruments of rescue in boarding.

Objective: to make a bibliographical revision about this topic in which the problem was confirmed that the air passage is anatomically difficult and has a great usefulness for these devises in some conditions like orotracheal intubation in the Intensive Care Unit.

Clinical case: patients who are impossible to intubate and where the use of supraglottic devices (larynx mask) were of a great usefulness in the protection of the air passage.

Conclusion: we must count on medical personnel, experienced in boarding the air passage and they must be acquainted with the use of supraglottic devices as rescue instruments for similar situations in all emergency services in the same way that the patrol car exists.

Key words: supraglottic devices, air passage, larynx mask.

INTRODUCCIÓN

Cerca del 20 % de todos los incidentes relacionados con la vía aérea registrados por NAP4 (*4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists and The Difficult Airway Society*) tuvieron lugar en las unidades de cuidados críticos (UCI) y se encontraron errores para abordar la vía aérea en todos los ámbitos: identificación de la situación, planificación y ejecución. El riesgo que presentan estos pacientes es mayor que el que presentan aquellos pacientes sometidos a una anestesia o que son atendidos en los servicios de urgencia.^{1,2}

En el 2003, la Sociedad Americana de Anestesiología describió las guías prácticas para el abordaje de la Vía Aérea Difícil (VAD). Se define como VAD la situación clínica en la que un anestesiólogo o médico convencionalmente entrenado encuentra dificultad para ventilar con máscara facial o intubar la traquea, o ambas. En el 2006 el *Canadian Journal of Anesthesia* hace una publicación de avances en el abordaje de la VAD en la que se destacan muchos dispositivos supraraglóuticos que son instrumentos de rescate para la VAD y no sustituyen al tubo endotraqueal.^{3,4}

Los dispositivos supraglóticos son dispositivos, que colocados por encima del nivel de las cuerdas vocales, sirven para ventilar a los pacientes transportando gases anestésicos y oxígeno. El primer dispositivo supraglótico fue la Mascarilla Laríngea, introducida en 1988 en Inglaterra. Desde entonces, se han creado una gran cantidad de dispositivos supraglóticos para competir con ella. Actualmente, se usan para ventilación controlada en: cirugía de rutina y en situaciones de no intubación y dificultad de ventilación (aprobada por los Algoritmos de la ASA en 2003).^{5,6}

Constituye el objetivo de éste artículo describir la dificultad de intubación en un paciente crítico, así como valorar las alternativas con que se pueden solucionar una vía aérea difícil.

CASO CLÍNICO

Paciente EPV, femenina, 50 años, raza blanca, procedencia urbana, ama de casa. Antecedentes de: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Diabetes Mellitus 2.

Ingresó en la UCIE: 20-05-2011 por «falta de aire», inconsciente, polipneica, con estridor laríngeo y cianosis. Fue intubada con tubo # 6.5, tras lo cual mejoró su cuadro respiratorio y la consciencia. Fue valorada por ORL que descartó cuadro obstructivo alto, por Cardiología que a su vez descartó causa cardiovascular aguda, por todo lo cual se decide extubar a la paciente.

Fue trasladada a la UCI ese mismo día, consciente, con adecuado estado general y se comenzó ventilación no invasiva (VNI). Examen físico: disnea inspiratoria, tiraje supra, infra e intercostal alto, con sibilantes aislados. Saturación al pulsioxímetro 93-94 %.

A los 30 minutos su estado empeoró. Apareció nuevamente polipnea marcada, mala mecánica ventilatoria, agotamiento y se decidió intubación orotraqueal. Durante la laringoscopia se observaron ambas cuerdas vocales aumentadas de volumen, que obstruían casi completamente la vía aérea. Tanto la intubación orotraqueal como la ventilación con máscara fueron imposibles, con hipoxemia, bradicardia, hipotensión arterial, y se decide abordaje de la vía aérea con máscara laríngea # 3, con lo cual mejoró la oxigenación, hemodinamia (sin necesidad de apoyo con drogas vasoactivas) y consciencia. Posteriormente se realizó traqueotomía sin complicaciones. Se logró ventilación espontánea definitiva a las 48 horas y es trasladada para UCIM. Diagnóstico definitivo: carcinoma epidermoide bien diferenciado laríngeo.

DISCUSIÓN

Una proporción importante de pacientes ingresados en las UCI tienen una vía aérea vulnerable, bien sea por traumatismo, infección, quemaduras, como resultado de alguna intervención quirúrgica o manipulación anterior. La disponibilidad de personal entrenado y experimentado en vía aérea no siempre está garantizado en las unidades de cuidados críticos.²

Los pacientes con riesgo de eventos adversos relacionados con la vía aérea deben ser identificados sobre todo en aquellos pacientes con VAD en situación de rescate de «no intubación» y «dificultad de ventilación» (Algoritmo ASA 2003). De esta manera los médicos y el personal, con buena formación y entrenamiento para resolver una vía aérea difícil, harán que los dispositivos supraglóticos tengan el valor adecuado en el momento de una emergencia.²

Actualmente, existe una creciente disponibilidad de equipamiento para abordar la vía aérea. De esto se desprende la necesidad de crear una verdadera cultura para acceder a la misma. Cada unidad de cuidados críticos debería tener algoritmos para el abordaje de intubación, extubación y reintubación. Estos algoritmos deberían estar basados en la evidencia.^{1,8-10}

Se concluye que se debe preparar al personal médico, sin experiencia, para acceder a la vía aérea, para que sea capaz de identificar y solucionar las dificultades que se presenten con la misma y familiarizarlo con el uso de dispositivos supraglóticos como instrumentos de rescate en su tratamiento.

En todo servicio de emergencias organizado debería existir en el carro de paro, conjuntamente con el set de intubación difícil, al igual que existe en el área quirúrgica. El contenido de estos carros debe ser chequeado de forma regular, reemplazando el material necesario y documentarlo de forma apropiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárdenas González A, Fernández Ramos H, Pozo Romero JA, Correa Borrell M. Alternativas a la intubación orotraqueal ante una vía aérea difícil en nuestro medio.

Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación 2011; 10(2):1-10. [En línea]. (Consultado: 13 enero 2013). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol_10_2_11/ane04211.htm.

2. 4th National Audit Project of The Royal College of Anaesthetists and The Difficult Airway Society. Major complications of airway management in the United Kingdom. Report and findings. London: The Royal College of Anaesthetists 2011:71-79. [En línea]. (Consultado: 13 enero 2013). Disponible: <http://www.rcoa.ac.uk/system/files/CSQ-NAP4-Full.pdf> .

3. Practice Guidelines for management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* (en línea) 2003; 98 (5):1269-1277. [En línea]. (Consultado: 13 enero 2013). Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12717151>.

4. Hung O, Law A. Advances in Airway management. *Can J Anesth* 2006; 53: 628-631. [En línea]. (Consultado: 2 febrero 2013). Disponible: <http://www.cja-jca.org/cgi/reprint/53/6/628>

5. Mariscal Flores M. Dispositivos de la vía aérea difícil: Dispositivos supraglóticos. En: Mariscal Flores M, Pindado Martínez ML, Martín Paz D. Dispositivos de la vía aérea difícil. Madrid: (s.n.), 2012: 54-79.

6. Miller DM. A proposed classification and scoring system for Supraglottic Sealing Airways: A brief review. *Anesth Analg* 2004; 99:1553-9.

7. Vielma-de-Lizárraga G. Dispositivos supraglóticos y ventilación mecánica en el niño. *Rev Mex Anest* 2008; 31 (1): S25-S28. [En línea]. (Consultado: 21 marzo 2013). Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol8_1_09/scar07109.htm.

8. Navarro Sánchez G. Perdomo Gutiérrez RE, Mazaira Ávila KT. Máscara laríngea Proseal en la cirugía del trauma cervical. *Revista cubana Anestesiología y Reanimación* 2006; 5 (2): 76-86. [En línea]. (Consultado: 21 marzo 2013). Disponible: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol5/no2/scar06206.pdf> .

9. Barrios J, Krapienis Barrios L. Dispositivos supraglóticos. *Anest Analg Reanim* 2010; 23 (1): [En línea]. (Consultado: 5 marzo 2013 2013). Disponible: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0255-81222010000100006&script=...>

10. Gómez JC. Manejo de la vía aérea en atención prehospitalaria. Propuesta de algoritmo. *Rev Chil Anest* 2010;39:152-157.[En línea].(Consultado:25 marzo 2013). Disponible: <http://www.sachile.cl/upfiles/revistas/4ce144e5d2cbdgoomez.pdf> .

Recibido: Julio 24, 2013.

Modificado: Julio 30,2013.

Aprobado: Agosto 25, 2013.

Dra. Victoria Migueliebna Esteva Sergueieva. Hospital Universitario General Calixto García. La Habana, Cuba. Correo electrónico: vika@infomed.sld.cu