

**PROTOCOLO**

## Valoración de la Vía Aérea y elaboración de una estrategia

**Artículo original:** Adrian Pearce, Jan Shaw. Airway assesment and planning. En [NAP4](#). Report and findings of the 4th national audit project of the [royal college of anaesthetists](#).

*Mariscal Flores ML, Caro Cascante M, Peralta Rodríguez P, Fernández Izquierdo C.*

*Hospital Universitario Getafe, Madrid.*

**Resumen**

En esta publicación se han identificado deficiencias en la valoración de la Vía Aérea (VA) originándose complicaciones severas en el manejo de la misma y en ocasiones, los anestesiólogos no investigan si el paciente ha presentado problemas en cirugías previas.

Es de gran importancia la vigilancia de los pacientes y la elaboración de una estrategia cuando se sospeche una Vía Aérea Dificil (VAD).

Aunque se han observado situaciones de vía aérea difícil con un manejo correcto, en general el manejo suele ser pobre.

La valoración de la (VA) debería ser una práctica rutinaria para el anestesiólogo que explora a su paciente antes de una cirugía y se debe establecer una estrategia (combinación de planes secuenciales y predefinidos, como así lo indican las guías de la ASA y la DAS) por si hubiera algún fallo en el manejo de la VA.

También es importante esta valoración en la UCI y en la Urgencia y en pacientes en los que se les va administrar una anestesia regional, porque ésta puede fallar o tener complicaciones y convertirse en una anestesia general.

**Introducción**

En esta publicación se han identificado deficiencias en la valoración de la Vía Aérea (VA) originándose complicaciones severas en el manejo de la misma y en ocasiones, los anestesiólogos no investigan si el paciente ha presentado problemas en cirugías previas.

**Major complications of airway management in the UK**



Report and findings  
March 2011

Es de gran importancia la vigilancia de los pacientes y la elaboración de una estrategia cuando se sospeche una Vía Aérea Dificil (VAD).

Aunque se han observado situaciones de vía aérea difícil con un manejo correcto, en general el manejo suele ser pobre.

**Lo que ya sabemos**

La valoración de la (VA) debería ser una práctica rutinaria para el anestesiólogo que explora a su paciente antes de una cirugía y se debe establecer una estrategia (combinación de planes secuenciales y predefinidos, como así lo indican las guías de la ASA y la DAS) por si hubiera algún fallo en el manejo de la VA.

También es importante esta valoración en la UCI y en la Urgencia y en pacientes en los que se les va administrar una anestesia regional, porque ésta puede fallar o tener

complicaciones y convertirse en una anestesia general.

Una **adecuada valoración de la VA preoperatoria** (aunque no está definida en detalle en las guías prácticas) consiste en:

- Obtener una historia de dificultad previa.
- Investigar enfermedades relacionadas con vía aérea difícil (*VAD*) como Artritis Reumatoidea, SAOS...
- Identificar cirugías previas o radioterapia de la cabeza, cuello o mediastino del paciente y comprobar su intubación.
- Realizar tests clínicos de valoración de VA, porque a veces no nos orientan pero en ocasiones la presencia muy alterada de alguno de ellos pueden definirnos una estrategia de manejo de la VA.



Mallampati



Apertura bucal



Distancia esternomentoniana



Distancia tiromentoniana



Test de la mordida



Medida del cuello

Clásicamente las **indicaciones para intubación con paciente**

**despierto** eran una previsible intubación difícil acompañada de dificultad de ventilación o riesgo aumentado de aspiración.

Algunos, consideran realizar intubaciones despiertas a todos los pacientes con factores de riesgo de intubación difícil, aunque la mayoría inducirían una anestesia general utilizando cualquiera de los distintos dispositivos de VA que existen actualmente.

En presencia de predicción de VAD tras realizar varios tests, el éxito en el manejo de la VAD requiere una estrategia clara, disponibilidad inmediata del equipo de VAD, presencia de un anestesista senior y cirujano y realizar este manejo en quirófano si es posible.

Es importante valorar en pacientes con tumores de VA, las características observadas en la fibroscopia flexible nasal realizada por los otorrinos preoperatoriamente, para así establecer un plan conjunto de manejo de la VAS.

Se pueden predecir resultados adversos en las siguientes circunstancias:

- No se ha realizado una valoración de la VA y no se han prevenido posibles dificultades.
- La evaluación de la VA es imperfecta para predecir la dificultad de la vía aérea, y aparecen problemas no anticipados.
- No se ha pre-formulado ninguna estrategia.
- La estrategia no se ha seleccionado correctamente.

- Aunque la estrategia elegida pueda ser considerada la mejor, ésta siempre puede fallar.

- A veces no se puede realizar la estrategia apropiada por falta de experiencia o fallo de la técnica.

- No es posible realizar la estrategia adecuada por presión por falta de tiempo o problemas no técnicos o institucionales.

Algunos incidentes adversos son debidos a fallos del departamento o de la organización, aunque siempre se debe recordar que somos humanos y que los planes pueden fallar a veces.

### Revisión de Casos

Se publicaron casos de complicaciones de manejo de la vía aérea relacionadas con defectos en la **valoración** y otros con **planificaciones** inadecuadas o inexistentes.

### Valoración

De los casos publicados, algunos no presentaban **ningún tipo de valoración de la vía aérea**. En un caso se realizó una biopsia de tumoración de amígdala bajo sedación complicándose con un gran sangrado y, en otro caso, el paciente aspiró en una endoscopia gastrointestinal, de estos pacientes podemos resaltar la importancia de una valoración de la VA, aún en pacientes bajo sedación, porque se pueden complicar y precisar una anestesia general con intubación endotraqueal o una Resucitación Cardiopulmonar.

Otro grupo de pacientes presentaban una **sospecha de Vía Aérea Difícil (VAD) previa**, generalmente relacionada con laringoscopia directa difícil o intubación difícil.

También se publicaron otros casos con dificultad de ventilación con mascarilla facial, dificultad para introducir un dispositivo supraglótico o de realizar una vía aérea quirúrgica de urgencia o de preoxigenación. Cada dificultad sospechada **precisa de una estrategia en su manejo y en varios casos ésta no estaba preparada.**

Se observaron varios casos en que se había realizado una **intubación con fibroscopio con sedación** y el paciente no estaba ni suficientemente despierto para cuidarse de sí mismo ni suficientemente anestesiado para permitir la intervención.

Otros casos describieron **problemas con la VA en pacientes usando remifentanilo por sobredosis.**

Cuando el paciente presenta varios posibles dificultades en la vía aérea, el manejo de la misma precisará de:

- Valoración completa de la VA.
- Preparar una estrategia para su manejo.
- Tener el equipo disponible.
- Presencia de un anestesista senior y un cirujano.
- Realizar el manejo de la VA en el quirófano.

En algunas ocasiones no se han valorado pruebas realizadas preoperatoriamente como un fibroscopia nasal o un TAC, que en caso de haberse consultado hubieran dado una información valiosa para manejar la vía aérea de forma correcta.

A veces no se han valorado preoperatoriamente los factores de riesgo de aspiración y se han utilizado

dispositivos supraglóticos de 1ª generación seguido de aspiración.

## Plan

Se pueden observar tres problemas relacionados con la planificación en el manejo de la VA:

**1.- Fallo en la estrategia tras la valoración de la VA:** casos en los que se presentaba conjuntamente una sospecha de dificultad en la laringoscopia, dificultad de ventilación con mascarilla facial y riesgo de aspiración con paciente colaborador donde se realizó una anestesia general.



Otros casos de uso de dispositivo supraglótico en paciente con riesgo importante de aspiración.

**2.- Fallo por no haber preparado una estrategia (no hay plan B).**

**3.- Fallo en planear si un paciente inestable con problemas de VA** sería conveniente o no trasladarlo a quirófano. Lo más adecuado es que en la UCI o en la urgencia hubiera el mismo equipo de VA que hay en el quirófano.

## Análisis Numérico

De los 133 eventos publicados, la VAD fue prevista en 66 casos y no prevista en 67.

De los casos de VAD prevista, se encontraron:

- Dificultad de laringoscopia directa o intubación en 56.
- Dificultad de ventilación con mascarilla facial en 21.
- Dificultad para acceso traqueal directo en 18.
- Dificultad de inserción de DSG en 10.
- Dificultad de preoxigenación en 8.

Ningún paciente del proyecto tenía un brazalete de identificación de VAD.

### Discusión

Muchos de los pacientes de esta publicación no tenían una valoración de la vía aérea previa a la cirugía y consecuentemente no existía ningún plan de manejo de la misma.

De este proyecto se deberían seleccionar como los problemas de VA más frecuentes: laringoespasma, aspiración, dificultad no prevista de laringoscopia directa, fallo de la intubación en una inducción con secuencia rápida y en estos caso debería existir un plan de manejo.

En la laringoscopia directa difícil o imposible se debería realizar una alternativa a la intubación.

Dan gran importancia a la valoración de los factores de riesgo para aspiración y en caso de existir, aconsejan una inducción de secuencia rápida.

Si nos encontramos con un paciente con VAD, lo primordial es la oxigenación y cuando comienza a fallar ésta, lo más adecuado es despertar al paciente, si la urgencia no es máxima. Si el anestesista no está capacitado para una intubación

con paciente despierto y hay tiempo, lo mejor es que la realice otro anestesista que si lo esté.

La VA debe ser siempre asegurada cuando el acceso a la tráquea pueda ser difícil.

Siempre se debe informar a los pacientes o familiares y entregarles un informe, ante la existencia de una VAD confirmada en el quirófano.

### Puntos de Aprendizaje

- Entre un cuarto y un tercio de los pacientes que van a ser anestesiados no presentan una valoración de la VA.
- Los test de valoración de la VA son: Mallampati, apertura bucal y movilidad del cuello.
- La nasendoscopia peroperatoria es la prueba de investigación de la VA más común.
- La intubación con el paciente despierto tenía que haber evitado muchas de las complicaciones.
- El riesgo de aspiración, no siempre era valorado preoperatoriamente y algunos de los pacientes aspiraban.
- Deficiencias en el juicio eran más comunes como causas de complicaciones de la VA, que deficiencias en el conocimiento o en la pericia.
- Un plan de VA, sugiere una única aproximación en el manejo de la VA. Una estrategia es una combinación de planes coordinados con la que se consigue un adecuado intercambio de gases y prevención de la aspiración. Los anestesistas deberían aproximarse a la VA con estrategias más que con planes.



- Algunas respuestas a los eventos de VA sugerían que los anestesiistas y otras especialidades carecen de un buen conocimiento de las guías publicadas y algunas respuestas carecen de estructura y lógica.

### Recomendaciones

- Todos los pacientes deberían tener **una valoración de la VA** antes de la anestesia. Es decir realizar tests de predicción.

- También se debería **valorar los posibles riesgos de aspiración** preoperatoriamente y realizar en consecuencia una estrategia de manejo de la VA.

- La **intubación con paciente despierto** debería ser usada cuando esté indicada, de forma que en todos los

servicios **el material esté disponible de forma inmediata.**

- Todos los departamentos de anestesia deberían tener una **política explícita para el manejo de una VAD**, como la existencia de algoritmos propios o seguir los existentes en las distintas sociedades de anestesia.

---

#### Correspondencia al autor

Marisa Mariscal Flores

[mmariscalflores@gmail.com](mailto:mmariscalflores@gmail.com)

FEA. Anestesia y Reanimación.

Hospital Universitario Getafe, Madrid.

---

[Publicado en AnestesiaR el 23 de abril de 2012](#)