

GUÍAS DE PRÁCTICA PARA MANEJO DE LA VÍA AÉREA DÍFICIL

ASA 2022

1

EVALUACIÓN DE LA VÍA AÉREA

1. Evaluación del riesgo de las vías respiratorias para indicar factores que puedan indicar la posibilidad de una vía aérea difícil;

- Evaluar información demográfica, condiciones clínicas, resultados de pruebas diagnósticas, entrevistas con el paciente y la familia, y respuestas al cuestionario.

- Evaluar múltiples características demográficas y clínicas.

2. Examen físico de las vías respiratorias para identificar las características físicas que puedan indicar la potencial de una vía aérea difícil;

- El examen físico; evaluación de rasgos faciales y la evaluación de las medidas anatómicas y puntos de referencia.

- La evaluación adicional: la probabilidad o naturaleza de la dificultad prevista de la vía aérea puede incluir.

3. Evaluar las múltiples características de las vías respiratorias para determinar la posibilidad de una vía aérea difícil o una aspiración.

2

PREPARACIÓN PARA EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA DÍFICIL

1. Asegurarse de que el equipo de gestión de la vía aérea esté disponible en la sala.

2. Asegurarse de que la unidad de almacenamiento portátil contenga un equipo especializado para el manejo de la vía aérea difícil esté inmediatamente disponible.

3. Si se sabe o se sospecha que hay una vía aérea difícil:

- Asegurarse de que haya una persona cualificada presente o disponible para ayudar cuando sea necesario.

- Informar al paciente de los riesgos y procedimientos especiales relacionados con el manejo de la vía aérea difícil.

- Colocar al paciente en la posición adecuada, administrar oxígeno suplementario antes de iniciar el manejo de la vía aérea difícil, y continuar administrando oxígeno suplementario siempre que sea posible durante el proceso, incluida la extubación.

4. Asegurarse de que la monitorización está de acuerdo con las normas de la ASA para la monitorización básica de la anestesia inmediatamente antes, durante y después.

3

MANEJO ANTICIPADO DE LA VÍA AÉREA DÍFICIL

1. Tener una estrategia preformulada para el manejo de la vía aérea difícil prevista:

- Esta estrategia dependerá, en parte, de la cirugía, el estado del paciente, la cooperación del paciente/consentimiento, la edad del paciente y las habilidades y preferencias del anestesta.

- Identificar una estrategia para

(1) la intubación despierta,
(2) el paciente puede ser ventilado adecuadamente, pero es difícil intubar,
(3) el paciente que no puede ser ventilado o intubado, y
(4) la dificultad con el rescate invasivo de la vía aérea.

- Realizar la intubación despierta si hay sospechas de paciente de intubación difícil y uno o más de los siguientes casos

(1) ventilación difícil (máscara facial/vía aérea supraglótica),
(2) mayor riesgo de aspiración,
(3) el paciente es incapaz de tolerar un episodio de apnea,
(4) se espera que haya dificultades con el rescate invasivo de emergencia de la vía aérea.

- El paciente no cooperativo o pediátrico puede restringir las opciones para el manejo de la vía aérea difícil, particularmente opciones que implican la intubación despierta.

- Proceder al manejo de la vía aérea tras la inducción de anestesia general cuando se considere que los beneficios superan los riesgos.

- Para la intubación despierta o anestesiada, se puede intentar la(s) maniobra(s) de la vía aérea para facilitar la intubación.

- Antes de intentar la intubación de la vía aérea difícil prevista, determinar el beneficio de un enfoque no invasivo frente al invasivo para el manejo de la vía aérea.

2. Si se selecciona un enfoque no invasivo, identificar una secuencia preferida de dispositivos no invasivos para manejo de la vía aérea:

- Si se encuentran dificultades con las técnicas individuales técnicas individuales, se pueden realizar técnicas combinadas.

- Tenga en cuenta el paso del tiempo, el número de intentos y la saturación de oxígeno.

- Proporcionar y probar la ventilación con mascarilla después de cada intento, cuando sea posible.

- Limitar el número de intentos de intubación traqueal o colocación de la vía aérea supraglótica para evitar posibles lesiones y complicaciones.

3. Si se selecciona un enfoque invasivo electivo de la vía aérea, identificar una intervención preferida:

- Asegurarse de que la vía aérea invasiva sea realizada por una persona formada en técnicas invasivas de la vía aérea, siempre que sea posible.

4. Si el enfoque seleccionado falla o no es factible identificar una intervención invasiva alternativa.

- Iniciar la OMEC cuando o si es apropiado y disponible.

4

MANEJO IMPREVISTO Y DE EMERGENCIA DE LA VÍA AÉREA DÍFICIL

1. Pide ayuda.

2. Optimizar la oxigenación.

3. Cuando sea apropiado, consulte un algoritmo y/o o ayuda cognitiva.

4. Al encontrar una vía aérea difícil no anticipada:

- Determinar el beneficio de despertar / restablecer la respiración espontánea.
- Determinar el beneficio de un enfoque no invasivo frente al invasivo.
- Si se selecciona un enfoque no invasivo, identificar una secuencia preferida de dispositivos no invasivos para el manejo de la vía aérea.
- Si se encuentran dificultades pueden realizarse técnicas combinadas.
- Tener en cuenta el tiempo, el número de intentos y la saturación de oxígeno.
- Proporcionar y probar la ventilación con mascarilla después de cada intento.
- Limitar el número de intentos de intubación traqueal o la colocación de una vía aérea supraglótica para evitar posibles lesiones y complicaciones.

5. Si es necesario un abordaje invasivo de la vía aérea (es decir, no se puede intubar, no se puede ventilar), identificar una intervención;

- Garantizar que la vía aérea invasiva sea realizada por una persona capacitada
- Asegurarse de que la vía aérea invasiva se realice lo más rápido posible.
- Si el enfoque invasivo seleccionado falla, identificar una intervención invasiva alternativa.

6. Iniciar la OMEC cuando/si es apropiado y disponible

5

CONFIRMACIÓN DE LA INTUBACIÓN TRAQUEAL EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA DÍFICIL

1. Confirmar la intubación traqueal mediante capnografía o monitorización de dióxido de carbono.

2. Cuando no esté seguro de la ubicación del tubo traqueal determinar si hay que retirarlo e intentar la ventilación o utilizar técnicas adicionales para confirmar la posición del tubo endotraqueal.

7

CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

1. Utilizar esteroides post extubación y/o epinefrina racémica cuando sea apropiado.

2. Informar al paciente o a una persona responsable de la dificultad de la vía aérea para que el paciente (o la persona responsable) pueda guiar y facilitar la prestación de futuros cuidados;

- La información transmitida puede incluir (pero no se limita) la presencia de una vía aérea difícil, las razones aparentes de las razones aparentes de la dificultad, cómo se realizó la intubación y las implicaciones para los cuidados futuros.

3. Documentar la presencia y la naturaleza de la dificultad de la vía aérea en la historia clínica para orientar y facilitar la labor de los cuidados futuros.

4. Indicar al paciente que se registre en un servicio de notificación de emergencia cuando sea apropiado y factible.

6

EXTUBACIÓN DE LA VÍA AÉREA DÍFICIL

1. Tener una estrategia preformulada para la extubación y el posterior manejo de la vía aérea;
- Esta estrategia dependerá de la cirugía/procedimiento, otras circunstancias perioperatorias, el estado del paciente, y del clínico.

2. Evaluar la preparación del paciente para la extubación.

3. Asegurarse de que haya una persona capacitada para ayudar en la extubación cuando sea posible.

4. Momento y un lugar adecuados para la extubación.

5. Evaluar los méritos clínicos relativos y la viabilidad del uso a corto plazo de un catéter de intercambio de vía aérea y/o vía aérea supraglótica que pueda servir de guía para una reintubación acelerada:
- Minimizar el uso de un catéter de intercambio de vía aérea en pediatría.

6. Antes de intentar la extubación, evaluar los riesgos y beneficios de la traqueotomía quirúrgica electiva.

7. Evaluar los riesgos y beneficios de la extubación despierta frente a la extubación consciente.

8. Si es posible, utilizar oxígeno suplementario.

9. Evaluar los factores clínicos que pueden producir un impacto adverso in la ventilación después de la extubación.