ALGORITMO DE **VÍA AÉREA DÍFICIL: PACIENTES ADULTOS**

ASA 2022

Preintubación: antes de intentar la intubación, debemos elegir entre una estrategia de vía aérea despierta o **postintubación**. La elección de la estrategia y la técnica debe hacerla el clínico que gestiona la vía aérea (1)

¿Sospecha de laringoscopia difícil?

Sí

Sí — ¿Sospecha de ventilación difícil con mascarilla/supraglóticos?

No

Sí — ¿Aumento significativo del riesgo de aspiración?

No

Sí — ¿Aumento del riesgo de rápida desaturación?

No

Sí — Sospecha de vía aérea invasiva de emergencia difícil

No

Cualquier factor por sí solo (dificultad evaluada con la intubación, ventilacióno riesgo de aspiración o desaturación) puede ser lo suficientemente importante desde el punto de vista clínico como para justificar una intubación despierta

Otros factores del paciente pueden requerir una tarea alternativa

Proceder con el intento de intubación

Siempre evaluar la vía aérea invasiva de emergencia

Proceder con el intento de intubación

OPTIMIZAR OXIGENACIÓN EN TODO MOMENTO (2)

INTENTO DE INTUBACIÓN CON PACIENTE DESPIERTO

Intubación despierto (3)

ÉXITO

FRACASO

Considerar otras opciones (4)

FRACASO

Posponer el caso

Vía aérea asegurada por elección mediante acceso invasivo(5)

INTENTO DE INTUBACIÓN DESPUÉS DE LA INDUCCIÓN DE ANESTESIA GENERAL

FRACASO

ÉXITO

LIMITAR INTENTOS
Considerar pedir ayuda

LA VENTILACIÓN DE LA MÁSCARA ES ADECUADA, CONFIRMADA POR EL CO2

VÍA DE NO-EMERGENCIA

Ventilación adecuada / Intubación fallada

LIMITAR LOS INTENTOS Y CONSIDERAR DESPERTAR (8) AL PACIENTE

Considerar enfoques alternativos de intubación (7) acceso invasivo (4) o la viabilidad de otras opciones (9)

ÉXITO

FRACASO o deteriroro de la ventilación

LA VENTILACIÓN DE LA MÁSCARA NO ES ADECUADA

CONSIDERAR / INTENTAR LA VÍA AÉREA SUPRAGLÓTICA (6)

VENTILACIÓN CON LA VÍA AÉREA SUPRAGLOTICA ADECUADA

VENTILACIÓN CON VÍA AÉREA SUPRAGLOTICA NO ES ADECUADA
No se puede intubar ni ventilar

VÍA DE EMERGENCIA

LIMITAR LOS INTENTOS Y SER CONSCIENTES DEL PASO DEL TIEMPO. LLAMAR PARA AYUDA/ACCESO INVASIVO

Intentar enfoques de intubación alternativos (7) mientras se prepara para una vía aérea invasiva de emergencias (5)

FRACASO

ÉXITO

Vía aérea invasiva de emergencia

1- La elección de la estrategia y las técnicas de la vía aérea por parte del profesional debe basarse en su experiencia previa; los recursos disponibles, incluido el eqiopo, la disponibilidad y la competencia de la ayuda; el contexto en el que se producirá el manejo de la vía aérea.
2 - Cánula nasal de bajo o alto flujo, posición elevada de la cabeza durante todo el procedimiento. Ventilación no invasiva durante la preoxigenación.
3 - Las técnicas de intubación al despertar incluyen el broncoscopio flexible, la videolaringoscopia, la laringoscopia directa, las técnicas combinadas y la intubación retrógrada con guía.
4- Otras opciones son, entre otras, la técnica alternativa con el paciente despierto, la vía aérea electiva con el paciente despierto técnicas anestésicas alternativas, inducción de la anestesia (si es inestable o no puede posponerse) con preparativos para una vía aérea invasiva de emergencia, y posponer el caso sin intentar las opciones anteriores.
5 - Las técnicas invasivas de la vía aérea incluyen la cricotirotomía quirúrgica, la cricotirotomía con aguja con un dispositivo de presión regulada, la cricotirotomía con cánula de gran calibre o la traqueotomía quirúrgica. Las técnicas invasivas electivas de la vía aérea incluyen las anteriores y la intubación retrógrada guiada por guía metálica y la traqueotomía percutánea. También hay que considerar la broncoscopia rígida y la ECMO.
6 - Considerar el tamaño, el diseño, la posición y el uso de dispositivos supraglóticos de primera o segunda generación pueden mejorar la capacidad de ventilación.
7- Las alternativas de intubación difícil incluyen, entre otros, la laringoscopia asistida por vídeo, las palas de laringoscopio alternativas, las técnicas combinadas, la intubación de la vía aérea supraglótica (con o sin guía broncoscópica flexible), broncoscopia flexible, introductor y estilete o guía luminosa. Medios auxiliares que pueden emplearse durante los intentos de intubación incluyen introductores de tubos traqueales, estiletes rígidos, estiletes de intubación o cambiadores de tubos y manipulación laríngea externa.
8 - Incluye el aplazamiento del caso o la postergación de la intubación y el regreso con los recursos adecuados (por ejemplo, personal equipo, preparación del paciente. intubación despierta).
9 - Otras opciones incluyen, entre otras, proceder con el procedimiento utilizando máscara facial o la ventilación supraglótica de la vía aérea. La búsqueda de estas opciones suele implicar que la ventilación no será problemática.

2022 American Society of Anestesiologists Practice Cuidelines for Management of the Difficult Airway. Anestesiology. Published online November11,2021. doi:10.1097/ALN.0000000000004002

VYGON
Value Life