



ELSEVIER

# Revista Colombiana de Anestesiología

## Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



### Reporte de caso

## Intubación orotraqueal en prono: otra manera para acceder a la vía aérea

Alex Castro-Gómez<sup>a,\*</sup> y Luis Antonio Delgado<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia

<sup>b</sup> Departamento de Anestesiología, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2016

Aceptado el 12 de julio de 2017

On-line el xxx

##### Palabras clave:

Anestesia general  
Intubación intratraqueal  
Laringoscopia  
Manejo de la vía aérea  
Anestesia

##### Keywords:

General anesthesia  
Intratracheal intubation  
Laryngoscopy  
Airway management  
Anesthesia

#### R E S U M E N

**Introducción:** El paciente en posición en prono es necesario para una gran variedad de procedimientos quirúrgicos tanto electivos como urgentes. El manejo de la vía aérea en esta posición es todo un reto para el anestesiólogo, ya que genera *per se* obstáculos en su manipulación que alteran las maniobras usualmente utilizadas para intubación por laringoscopia directa.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 56 años quien ingresa a urgencias con un cuchillo de 12 cm enclavado en la parte superior izquierda de su espalda a nivel de T2-T3 con hipoestesia en el hemicuerpo izquierdo por debajo del nivel sensitivo C5, aunque con fuerza muscular y movimientos conservados. Se decide intubación orotraqueal con el paciente en posición prono con un abordaje satisfactorio exitoso en el primer intento.

**Conclusión:** Es posible realizar la intubación endotraqueal de un paciente en posición prono con laringoscopia convencional de manera segura y efectiva.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Tracheal intubation in the prone position: Another way to access the airway

#### A B S T R A C T

**Introduction:** Prone position of patients during anaesthesia is required to provide operative access for a wide variety of surgical emergencies as elective procedures. Airway management in this position is a challenge for the anaesthetist because it creates obstacles that impair the ability to achieve endotracheal intubation by direct laryngoscopy.

**Case report:** A 56-year-old male patient admitted to the emergency service with penetrating neck trauma caused by a 12 cm knife protruding from the left posterior aspect of his neck between T2-T3. He had reduced sensation in the left part of his body below C5, although strength and movements were normal. Tracheal intubation in prone position was accomplished satisfactorily on the first attempt.

\* Autor para correspondencia. Departamento de Anestesiología, Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, piso 4. Calle 5 No. 36-08. Cali, Colombia.

Correo electrónico: [alexcastrogomez@gmail.com](mailto:alexcastrogomez@gmail.com) (A. Castro-Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2017.07.003>

0120-3347/© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Conclusion:** Endotracheal intubation using conventional laryngoscopy can be accomplished safely and effectively in a patient in prone position.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El paciente en posición en prono (PP) es necesario para gran variedad de procedimientos quirúrgicos<sup>1</sup>, tanto electivos como urgentes. El manejo de la vía aérea en esta posición es todo un reto para el anestesiólogo, ya que genera *per se* obstáculos en su manipulación que alteran las maniobras usualmente utilizadas para intubación por laringoscopia directa, aumentando el riesgo de lesión en la columna cervical y dificultando la ventilación<sup>2-5</sup>.

Aunque pocos estudios y reportes de caso han sido publicados en la literatura realizando intubación orotraqueal en prono (IOTP)<sup>1</sup>, su técnica ha sido pobremente descrita. En nuestro país este abordaje fue promocionado como una técnica alternativa por un grupo de anestesiólogos liderado por el Doctor Fernando Flórez Burgos en Bogotá en la década de los sesenta, aunque no hay publicaciones que sustenten esta afirmación.

## Presentación del caso

Un paciente masculino de 56 años de 80 kg ingresa al servicio de urgencias en PP con un cuchillo de 12 cm enclavado en la parte superior izquierda de su espalda (fig. 1). A la evaluación estaba consciente, hemodinámicamente estable y respirando espontáneamente. Presentaba hipoestesia en el hemicuerpo izquierdo por debajo del nivel sensitivo C5, aunque con fuerza muscular y movimientos conservados, última ingesta de alimentos 6 h antes del trauma.

Los estudios imagenológicos con tomografía computarizada de tórax (fig. 2) fueron realizados en PP. Se descartó neumotórax y se estableció la posición exacta de la hoja del



**Figura 1** – Paciente en posición prono con cuchillo clavado en columna torácica.

Fuente: autores.

cuchillo, el cual entraba al canal espinal entre el pedículo izquierdo de la segunda vértebra torácica (T2) y cerca de la cara posterior de la tercera vértebra torácica (T3).

La valoración preanestésica se encontraba dentro de límites normales. Su vía aérea (VA) era normal (Mallampati II, apertura oral > 3 cm, distancia tiromentoniana > 6,5 cm, distancia esternomentoniana > 12,5 cm). Al pasarse al quirófano se colocó monitoría no invasiva.

Debido a que el paciente no podía colocarse en posición supina (PS) a consecuencia de su herida, se planeó IOTP con anestesia general (AG). No disponíamos del fibrobronoscopio en ese momento. Se preparó una máscara laríngea como alternativa en caso de no intubación. El paciente fue preoxigenado con oxígeno al 100% por 3 min en PP (figs. 3 y 4).

Antes de la intubación se instila lidocaína spray en orofaringe a fin de disminuir los reflejos en la VA y mejorar las condiciones de intubación, y manteniéndolo en esta posición inmovilizado, se desplazó hacia el borde superior y se retiró la cabecera de la mesa quirúrgica manteniendo una alineación manual de la cabeza y el cuello con ayuda de un segundo anestesiólogo (fig. 5).

La intubación se realizó entre 2 anestesiólogos. Uno sostuvo cabeza y cuello para mantenerlos alineados. El segundo, con experiencia en IOTP, se colocó al lado izquierdo del paciente, sosteniendo la cabeza y realizando la maniobra de intubación. Con la mano derecha abrió la boca del paciente y con la izquierda hizo la laringoscopia. En PP debido al efecto de gravedad, la boca, la mandíbula y la lengua protruyen, facilitando la laringoscopia y la visión de las cuerdas vocales.

La inducción anestésica se realizó con propofol 1,8 mg/kg, fentanilo 3 µg/kg y succinilcolina 1,25 mg/kg. Se confirmó que el paciente ventilara adecuadamente con máscara facial. Posteriormente, con la cabeza ligeramente extendida y la mandíbula desplazada hacia abajo, se introdujo el laringoscopio suavemente (fig. 6).

Hubo una dificultad leve para sostener la cabeza del paciente con el brazo izquierdo, pero la intubación fue exitosa en el primer intento. Se confirmó la ventilación y se encontró que era adecuada. La correcta ubicación del tubo endotraqueal (TT) se confirmó por capnografía.

El anestesiólogo que realizaba la intubación fue capaz de visualizar rápidamente las cuerdas vocales del paciente con una hoja Macintosh número 3 sosteniendo el laringoscopio con su mano izquierda y fácilmente intubó la tráquea del paciente con un TT 8 (fig. 6).

El mantenimiento anestésico fue con sevoflurano a 0,8 CAM. Se administró ventilación por presión de 10 mmHg con FiO<sub>2</sub> al 0,5 y presión positiva al final de la espiración (PEEP) 5 mmHg. Se usó vecuronio a 0,05 mg/kg i.v. para dar relajación muscular. El resto de la cirugía transcurrió sin complicaciones, y al final del procedimiento se colocó al paciente en supino, se extubó y se trasladó a la unidad de cuidados postanestésicos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8621527>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8621527>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)