



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



REVISIÓN

Revisión del manejo de la vía aérea difícil en cirugía torácica

M. Granell^{a,*}, M.J. Parra^b, M.J. Jiménez^c, L. Gallart^d, A. Villalonga^e, O. Valencia^f,
M.C. Unzueta^g, A. Planas^h y J.M. Calvoⁱ

^a Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

^c Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Clínic Universitari, Barcelona, España

^d Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital del Mar, Barcelona, España

^e Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Gerona, España

^f Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^g Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^h Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

ⁱ Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 29 de agosto de 2017; aceptado el 30 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Intubación difícil;
Cirugía torácica;
Aislamiento
pulmonar;
Separación pulmonar

Resumen El manejo de la vía aérea difícil (VAD) en cirugía torácica es muy específico y más complejo que en otras especialidades debido a la exigencia de separación o aislamiento pulmonar y a una mayor presencia de anomalías asociadas a la vía aérea superior e inferior.

Basándonos en el análisis de las evidencias clínicas de 818 artículos indexados en PubMed, presentamos una revisión actualizada y un algoritmo específico del manejo de la VAD en cirugía torácica.

Recomendamos: para la VAD prevista la intubación traqueal con fibronoscopio en ventilación espontánea y el uso de bloqueador bronquial. Para la VAD imprevista, el uso inicial de videolaringoscopios y un adecuado nivel de relajación neuromuscular (rocuronio/sugammadex). Solo se recomienda el uso de tubos de doble luz si hay indicación absoluta de aislamiento pulmonar.

Finalmente, la extubación en este contexto debe ejecutarse con la máxima atención y realizarse según las normas de la Difficult Airway Society.

© 2017 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgranell@hotmail.com (M. Granell).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2017.08.001>

0034-9356/© 2017 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Difficult intubation;
Thoracic surgery;
Lung isolation;
Lung separation

Review of difficult airway management in thoracic surgery

Abstract The management of difficult airway (DA) in thoracic surgery is more difficult due to the need for lung separation or isolation and frequent presence of associated upper and lower airway problems. We performed an article review analysing 818 papers published with clinical evidence indexed in Pubmed that allowed us to develop an algorithm.

The best airway management in predicted DA is tracheal intubation and independent bronchial blockers guided by fibroscopy maintaining spontaneous ventilation. For unpredicted DA, the use of videolaryngoscopes is recommended initially, and adequate neuromuscular relaxation (rocuronium/sugammadex), among other maneuvers. In both cases, double lumen tubes should be reserved for when lung separation is absolutely indicated.

Finally, extubation should be a time of maximum care and be performed according to the safety measures of the Difficult Arway Society.

© 2017 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La vía aérea difícil (VAD) es una de las principales causas de morbimortalidad en anestesia. Las complicaciones mayores relacionadas con el control de la vía aérea son la broncoaspiración, el fallo en la intubación traqueal y las relacionadas con problemas al extubar. Aunque dichas complicaciones son poco frecuentes, la mortalidad estimada es de 5,6 pacientes por millón de habitantes, y se constata un tratamiento inadecuado de la vía aérea de hasta el 84% en situaciones graves¹.

El manejo de la VAD cambió radicalmente tras el algoritmo de la Sociedad Americana de Anestesiología, que define como VAD la dificultad para ventilar o intubar, promueve el uso de sistemas de predicción de VAD, indica la intubación con el paciente despierto como primera opción ante una VAD, estimula a pedir ayuda, limita la manipulación de la VA y prioriza la oxigenación.

Aunque la literatura médica ha analizado en detalle el manejo de la VAD para la intubación traqueal, este análisis no puede extrapolarse al manejo de la vía aérea en cirugía torácica. En primer lugar, por la necesidad de realizar una separación o aislamiento pulmonar según la situación del paciente y los requerimientos quirúrgicos (ventilación unipulmonar) y, en segundo lugar, porque la anatomía de la vía aérea superior e inferior puede verse alterada por la coexistencia con un cáncer de orofaringe o laringe, por cirugía previa, por radioterapia y anomalías traqueales o bronquiales que pueden complicar la intubación. Además, la intubación mediante tubos de doble luz (TDL) es más compleja y puede ser difícil incluso en pacientes en los que sería fácil la intubación orotraqueal estándar².

Finalmente, cabe añadir que el avance en la eficacia de los videolaringoscopios (VD) para resolver los casos de VAD ha hecho que las nuevas guías de la Sociedad Americana de Anestesiología³ y la Difficult Arway Society (DAS) hayan incluido estos dispositivos en el nivel A o inicial del algoritmo⁴, de modo que su empleo puede ser útil también en cirugía torácica.

Por todos los motivos expuestos, hemos creído interesante realizar una revisión que actualice la información sobre las prácticas clínicas más seguras y eficaces en el manejo de la VAD en cirugía torácica. Para ello, se han revisado todos los artículos indexados en Pubmed con los términos «difficult intubation and thoracic surgery» (822 artículos), «difficult intubation and lung isolation» (21 artículos) y «difficult intubation and lung separation» (15 artículos).

Manejo de la vía aérea difícil en el aislamiento o separación pulmonar

Solo hay algunas indicaciones absolutas con riesgo vital que requieren separación y aislamiento pulmonar con TDL (tabla 1). Sin embargo, en situaciones de dificultad para la intubación, la prioridad absoluta es asegurar la adecuada oxigenación y ventilación, mientras que el aislamiento pulmonar es un objetivo secundario cuyos riesgos y beneficios deben ser considerados. En el contexto de la cirugía torácica, los pacientes con una VAD que requieren separación pulmonar se presentan básicamente en 4 escenarios clínicos

Tabla 1 Indicaciones absolutas con riesgo vital que requieren separación pulmonar con tubo de doble luz

<i>Aislamiento pulmonar por hemorragia o infección unipulmonar</i>
<i>Control de la distribución de la ventilación</i>
Solución de continuidad en la vía aérea (fístula, rotura o apertura traqueobronquial)
Ampollas o quistes gigantes
Hipoxemia severa debido a enfermedad pulmonar unilateral
Trasplante pulmonar
<i>Lavados broncoalveolares unilaterales por proteinosis alveolar</i>
<i>Necesidad de ventilación diferencial</i>

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8622117>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8622117>

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