



Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Anestesia en ORL

**PROTOCOLO DE ANESTESIA EN CIRUGÍA RADICAL DE LAS VÍAS AÉREAS SUPERIORES
LARINGECTOMÍA PARCIAL O TOTAL y VACIAMIENTOS GANGLIONARES.**

Dra. María Dolores Alonso Herreros Dr. Juan José Ruiz Talaero

-EVALUACIÓN PREANESTÉSICA:

- Vía aérea difícil
- Enfermedad pulmonar
- Enfermedad hepática
- Enfermedad vascular y renal
- 60% de pacientes hipotiroidismo asociado por radioterapia preoperatoria

-INTRAOPERATORIO

-Inducción

- Aspecto más importante: Plan de reserva diseñado para el manejo de la vía aérea:
- Valoración vía aérea: exploración paciente, preanestesia e imágenes laringoscopia.
- Comunicación con ORL (presente en quirófano).
- Plan intubación

-No estridor y evaluación de la VA normal:

- ↳ Inducción estándar + laringoscopia directa.
- ↳ Disponible carro de intubación difícil.

-Estridor moderado pero VA se considera posible

laringe visible por endoscopia nasal preoperatoria, tumor pequeño, ausencia de una distorsión anatómica importante

- ↳ Intubación con fibroscopio o inducción inhalatoria

-Estridor marcado y baja probabilidad de intubación con éxito

- ↳ Traqueostomía con anestesia local
- Tubo anillado bien fijado

- Mantenimiento

- Cabeza elevada 30°
- Protección ocular
- Monitorización y accesos vasculares
 - Vía periférica de grueso calibre con alargadera
 - Vía central: femoral o drum
 - Presión arterial continua (invasiva)
 - PVC: acceso vías del cuello difícil: Drum o Monitorización del GC con Vigileo®
- Vía aérea:
 - Cuidadosa vigilancia del tubo endotraqueal durante la intervención (CO2 Paw).
 - Tras la traqueostomía: tubo de laringectomía
 - Antes de la apertura de la traquea O2 100%.
- Mantener estabilidad hemodinámica



- Despertar

- Pacientes sin traqueostomía
 - Extubación con intercambiador o test de fugas
 - Peligro edema tardío: vigilancia
- Pacientes portadores de traqueostomía
 - Despertar en quirófano para valorar complicaciones neurológicas
 - Traslado a Unidad de Cuidados Criticos

-POSTOPERATORIO

- Mayoría pacientes estancia en Unidad de Cuidados Criticos
 - Estancia 24-48 h.
 - Medidas generales:
 - Optimizar analgesia
 - Fisioterapia respiratoria
 - Alimentación por SNG: inicio a las 24 h .
 - Cabecera elevada 20º
 - Vendaje cervical que no dificulte el drenaje venoso