

Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Grupo de trabajo SARTD-CHGUV para Obstetricia-Ginecología

TRATAMIENTO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN LA PACIENTE EMBARAZADA

Dra. María Otero (Médica Adjunta SARTD del CHUGV)

Dra. Gema Bañuls. (Médica Residente-4 SARTD del CHUGV)

Los cambios anatómicos y fisiológicos que se dan durante el embarazo hacen que se incluya a la paciente obstétrica dentro de los grupos de riesgo de dificultad en el manejo de la vía aérea. Además también hay que considerarla un estómago lleno. Es fundamental que el anestesiólogo tenga claro el algoritmo de actuación en caso de vía aérea difícil y disponga de material adecuado para enfrentarse a una intubación difícil o fallida.

La vía aérea deberá ser reevaluada durante todo el trabajo de parto porque pueden haber cambios por el edema de las mucosas (sobrehidratación, capacidad antidiurética de la oxitocina, pujos incontrolados).

En quirófano será fundamental asegurar los accesos venosos, semiincorporar a la paciente unos 30° para facilitar la ventilación, lateralización izquierda para evitar la compresión aorto-cava y mejorar el flujo útero-placentario y preoxigenar correctamente.

Durante la extubación de una VAD se deberá tener especial precaución para evitar complicaciones. Se deberán valorar los factores de riesgo de una extubación difícil y el cumplimiento de los factores de extubación. Se pueden utilizar estrategias de extubación, entre ellas la más aceptada en la literatura son las guías intercambiadoras de tubos.

Cambios anatómicos y fisiológicos durante el embarazo que alteran la vía aérea

1. Cambios anatómicos:

- Obesidad
- Acúmulo de grasa retroccipital : dificultad para la flexo extension
- Mamas voluminosas
- Torax de mayor diametro por elevación del diafragma
- Edema de mucosas y más friables : no intubacion nasotraqueal.
- Mayores grados de mallampati

2. Cambios respiratorios:

- Cambio de los volúmenes pulmonares: disminuyen VR, CFR, VRE y aumenta el vol de cierre.Importancia de la preoxigenación porque tienen menor reserva.
- Aumento del consumo metabólico y la disminución de la CFR aumenta la tendencia a la hipoxemia muy rápida.
- La hiperventilación provocada por el dolor da lugar a un desplazamiento de la curva de disociación de la hb hacia la izda disminuyendo la capacidad para ceder el O2.

3. Cambios gastrointestinales:

- Por efecto hormonal directo :Aumento de la secreción gástrica, retraso en el tránsito gastroduodenal y disminucion del tono de IEEI
- Efecto mecánico: mayor presion abd por el aumento del tamaño uterino y la distorsión del ángulo del cardias. Todo esto predispone a aumento de regurgitacion ácida.

Profilaxis broncoaspiración

1. Paciente sin riesgo añadido:

PARTO: anti-H2 desde el inicio

CESÁREA: metoclopramida + antiH2/ omeprazol la noche de antes y 2h antes de la inducción

2. Paciente con riesgo añadido de broncoaspiración:

PARTO: anti-H2/omeprazol + metoclopramida la noche antes y cada 6h

CESÁREA: metoclopramida + antiH2/ omeprazol la noche de antes y 2h antes de la inducción + Citrato sódico 15 min antes de la inducción

3. Cesárea emergente sin premedicación:

PREINDUCCIÓN: Citrato sódico

POSTINDUCCIÓN: metoclopramida + antiH2

Material

- Laringoscopio Macintosh y varias palas, laringoscopio McCoy
- TET de diámetros menores a los habituales (7, 6'5, 6, 5'5)
- Guías semirrígidas, Eishman, Frova.
- Pinzas de Magill
- Mascarillas faciales y tubos de Guedel de diferentes tamaños
- MLP, ML Fastrach, MLS
- Videolaringoscopios
- Dispositivos de acceso quirúrgico a la vía aérea
- Fibrobroncoscopio

Factores de riesgo de extubación difícil:

- Numerosos intentos de IOT
- Tubos de gran diámetro, hiperinsuflación o malposición
- Cirugía de larga duración (>4h) y de urgencias
- Cirugía cervical o maxilofacial
- Reposición importante de líquidos
- Niños y mujeres
- Obesidad mórbida
- Posición declive prolongada
- Radioterapia o vaciamiento cervical

Criterios clásicos de extubación

1. RESPIRATORIOS: Ventilación espontánea, satO₂ >95% PEEP <5, FiO₂ <0'5 VC > 5-8 ml/kg, Vol min < 10l/min, fr 12- 25 rpm, Pins <20 cmH₂O, P0₂>60, pCO₂ <50

2. DECURARIZACIÓN COMPLETA: Ratio T₄/ t₁ >0.9

3. NIVEL DE CONCIENCIA: Respuesta motora a órdenes sencillas

Evitar excesiva sedación residual

4. CRITERIOS CARDIOVASCULARES: TA y Fc ± 20% de la cifra basal sin fármacos vasoactivos ni ionotropos

5. CRITERIOS GENERALES: T^a central > 36°C, control del dolor, ausencia de complicaciones quirúrgicas

