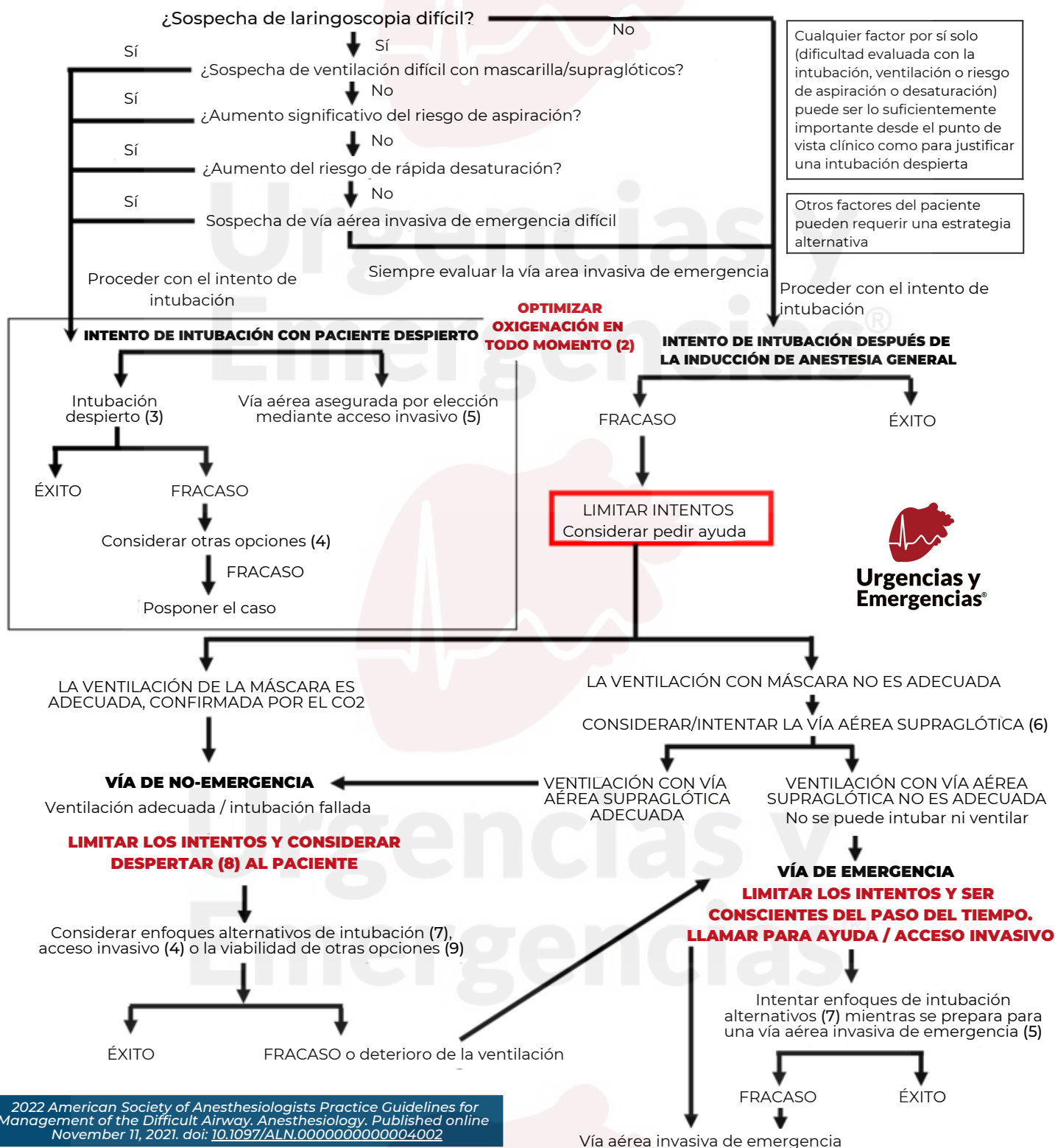


ASA 2022. ALGORITMO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL: PACIENTES ADULTOS

Traducción propia de **Elena Plaza Moreno** - Urgencias y emergencias - www.urgenciasyemergen.com

Preintubación: antes de intentar la intubación, hay que 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).

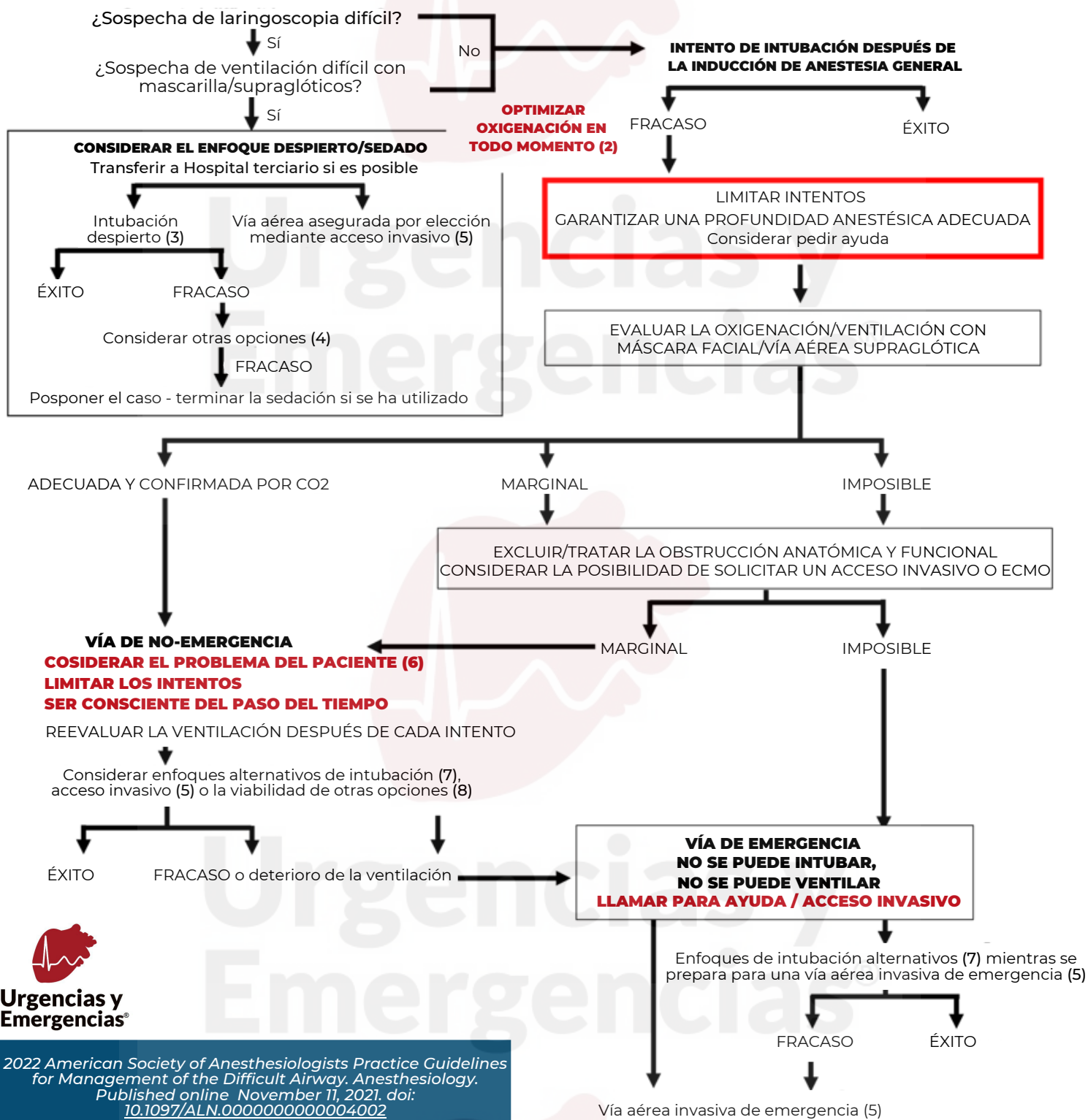


1) La elección de la estrategia y las técnicas de la vía aérea por parte del profesional debe basarse en su experiencia previa; los recursos disponibles, incluido el equipo, la disponibilidad y la competencia de la ayuda; y el contexto en el que se producirá el manejo de la vía aérea de la vía aérea.
 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 laringoscopia 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.

ASA 2022. ALGORITMO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL: PACIENTES PEDIÁTRICOS

Traducción propia de [Elena Plaza Moreno](#) - Urgencias y emergencias - www.urgenciasyemergen.com

Preintubación: antes de intentar la intubación, hay que 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).



Urgencias y Emergencias®

2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. Anesthesiology. Published online November 11, 2021. doi: 10.1097/ALN.0000000000004002

- (1) La evaluación del responsable de la vía aérea y la elección de las técnicas deben basarse en su experiencia previa; en los recursos disponibles, incluidos el equipo, la disponibilidad y la competencia de la ayuda; y en el contexto en el que se realizará 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 despierta incluyen el broncoscopio flexible, la videolaringoscopia, la laringoscopia directa, las técnicas combinadas y la intubación retrógrada asistida por cable.
- (4) Otras opciones son, entre otras, la técnica alternativa con el paciente despierto, la vía aérea invasiva electiva con el paciente despierto, las técnicas anestésicas alternativas, la inducción de la anestesia (si es inestable o no puede posponerse) con los preparativos para la vía aérea invasiva de emergencia, o el aplazamiento del caso sin intentar las opciones anteriores.
- (5) Las técnicas invasivas de la vía aérea incluyen la cricotiroidotomía quirúrgica, la cricotiroidotomía con aguja si es apropiada para la edad con un dispositivo de presión regulada, la cricotiroidotomía 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 una guía metálica y la traqueotomía percutánea. También hay que considerar la broncoscopia rígida y la ECMO.(6) 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).
- (7) Los enfoques alternativos de intubación difícil incluyen, entre otros, la laringoscopia asistida por vídeo, las palas de laringoscopia alternativas, las técnicas combinadas, la vía aérea supraglótica intubada (con o sin guía broncoscópica flexible), la broncoscopia flexible, el introductor y el estilete iluminado. Entre los medios auxiliares que pueden emplearse durante los intentos de intubación se encuentran los introductores de tubos traqueales, los estiletes rígidos, los estiletes i de intubación o los intercambiadores de tubos y la manipulación laríngea externa.
- (8) Otras opciones incluyen, pero no se limitan a, proceder con el procedimiento utilizando máscara facial o ventilación supraglótica de la vía aérea. La búsqueda de estas opciones suele implicar que la ventilación no será problemática.