



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Videolaringoscopios en Anestesia Obstétrica

Artículo original: Video laryngoscopes and the obstetric airway. Scott-Brown S, Russell R. Int J Obstet Anesth 2015; May;24(2):137-46. doi: 10.1016/j.ijoa.2015.01.005. Epub 2015 Jan 23. ([PubMed](#))

Acosta Martínez J, Lara Domínguez MD, González Rubio, D.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

En cualquier escenario, la Vía Aérea Difícil (VAD) es la mayor causa de morbilidad y mortalidad relacionada con la intubación. En el contexto de la anestesia general de la paciente obstétrica, el manejo de la vía aérea toma especial relevancia dada la alta prevalencia de intubaciones dificultosas y/o fallidas, a pesar de los múltiples avances recientes en la materia.

Las complicaciones de la anestesia general persisten como causa de mortalidad asociada a la anestesia en las mujeres embarazadas, en muchos casos relacionadas con la vía aérea. Además, pese a la mejora de las técnicas locorreregionales/neuroaxiales, la anestesia general todavía se lleva a cabo en situaciones en las que las anteriores están contraindicadas o son inefectivas.

Introducción

En cualquier escenario, la Vía Aérea Difícil (VAD) es la mayor causa de morbilidad y mortalidad relacionada con la intubación. En el contexto de la anestesia general de la paciente obstétrica, el manejo de la vía aérea toma especial relevancia dada la alta prevalencia de intubaciones dificultosas y/o fallidas, a pesar de los múltiples avances recientes en la materia (1).

Las complicaciones de la anestesia general persisten como causa de mortalidad asociada a la anestesia en las mujeres embarazadas, en muchos casos relacionadas con la vía aérea (2). Además, pese a la mejora de las técnicas locorreregionales/neuroaxiales, la anestesia general todavía se lleva a cabo en situaciones en las que las anteriores están contraindicadas o son inefectivas.

ResumenVía Aérea en Anestesia Obstétrica

La presencia de VAD ha sido considerada hasta ocho veces más frecuente en la paciente obstétrica respecto a la población general, lo que sumado a las posibles implicaciones sobre la madre y el feto, hace que suponga un reto para los anestesiólogos implicados.

Los factores relacionados con la VAD abarcan desde los proprios de este tipo de pacientes como los que se consideran puramente anestésicos:

- Ganancia de peso durante el embarazo, que puede sumarse a la obesidad preexistente.
- Aumento del tamaño de las mamas.
- Edema tisular en cuello y cabeza.

- Disminución de la capacidad residual funcional.
- Aumento de los requerimientos metabólicos.
- Aumento del riesgo de regurgitación.

Factores anestésicos:

- Menor entrenamiento en anestésicos generales por generalización de la anestesia neuroaxial.
- La mitad de las cesáreas emergentes ocurren durante la noche, habiendo menos personal entrenado.
- Quirófanos de cirugía obstétrica alejados del área quirúrgica general.
- Ausencia de seguimiento de los protocolos específicos de vía aérea.

Manejo de la VAD en Anestesia Obstétrica

Desde hace varias décadas se han reportado casos y propuesto diferentes manejos de la VAD en la paciente obstétrica. Pese a la importancia del tema, las guías sobre VAD no han incluido a esta población entre sus recomendaciones. Como aspecto a destacar, parece que los dispositivos supraglóticos no juegan un papel tan importante como en la población general, dado el potencial riesgo de regurgitación.

Por todo ello, en el año 2015 la sociedad de VAD (DAS) y la Asociación de Anestesiólogos Obstétricos (OAA) han publicado una [guía de práctica clínica específica](#) (3).

Videolaringoscopios en la población obstétrica

La experiencia en el uso de los **videolaringoscopios** en la anestesia obstétrica es limitada. Sólo se pueden encontrar tres estudios que evalúan el uso de los videolaringoscopios en este escenario:

1. *Shonfeld et al. [Video laryngoscopy in obstetric anesthesia](#). J Obstet Anaesth Crit Care 2012; 2:53.* Serie de 27 casos intubados mediante C-MAC comparando su visión con una laringoscopia directa previa. Todas las pacientes fueron intubadas correctamente sin episodios de desaturación. 26 de ellas calificadas como Cormack-Lehane 1-2 tras la laringoscopia directa.
2. *Arici et al. [The McGrath Series 5 video laryngoscope versus the Macintosh laryngoscope: a randomized trial in obstetric patients](#). Turk J Med Sci 2014; 44:387-92.* 80 pacientes sometidas a una cesárea programada bajo anestesia general, excluyendo aquellas con VAD prevista. Los autores concluyen que con el videolaringoscopio se consigue mejor visualización de la glotis pero a costa de mayores tiempos de intubación.
3. *Aziz et al. [A retrospective study of the performance of video laryngoscopy in an obstetric unit](#). Anesth Analg 2012; 115:904-6.* Análisis retrospectivo de todas las intubaciones a lo largo de tres años, independientemente del dispositivo empleado (laringoscopia directa vs. Glidescope). En el grupo de la laringoscopia directa se intubaron en el primer intento 157 de las 163 efectuadas, una de ellas rescatada mediante videolaringoscopia, mientras

que las 18 realizadas inicialmente con Glidescope se consiguieron al primer intento. De las 18 pacientes intubadas con Glidescope, 16 tenían criterios de VAD.

Además de los estudios descritos, se han publicado varios casos clínicos en los que se refleja el uso de videolaringoscopios en anestesia obstétrica, sobre todo como método de rescate tras la laringoscopia directa, siendo los más usados el Airtraq, Glidescope y Pentax AWS.

Comentarios

La presente revisión pone de manifiesto la **muy escasa evidencia acerca de la utilidad de los dispositivos de videolaringoscopia en el contexto de la anestesia general obstétrica**. Son muy pocos los estudios llevados a cabo para evaluar la seguridad y eficacia de los mismos, de hecho son sólo tres los que este trabajo refleja, y en una búsqueda posterior que hemos realizado los autores no hemos encontrado ninguna novedad.



De los tres estudios, sólo uno de ellos fue un trabajo diseñado como prospectivo experimental, el de Arici et al. Todas las pacientes de este trabajo presentaban criterios de vía aérea

normal, y se evidenció una mejoría en la visualización glótica.

Los otros dos trabajos, de Shonfield y Aziz., son observacional y retrospectivo respectivamente. En ambos destacan los buenos resultados de la videolaringoscopia.

A pesar de la relevancia y la potencial morbilidad asociada a la intubación en pacientes gestantes, son muy pocas las recomendaciones con alto nivel de evidencia hasta la fecha. En 2015 se han publicado las primeras [guías de práctica clínica](#) que abordan el tema (3).

En lo que respecta a los videolaringoscopios, en esta guía se hace constancia de la utilidad de estos dispositivos en la intubación demostrada en la población general, y los sugieren como primera opción en los casos de intubación y como alternativa ante una intubación convencional fallida. También mencionan su utilidad para monitorizar la adecuada realización de la presión cricoidea durante la inducción de secuencia rápida.

En definitiva, el trabajo comentado, además de abordar el conocimiento actual sobre el uso de la videolaringoscopia en la paciente gestante, pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo estudios de alta calidad metodológica que evalúen unas herramientas, los videolaringoscopios, que ha demostrado su utilidad en la población general.

Conclusiones

A pesar de que cada vez es menos frecuente, el conocimiento de las implicaciones de la anestesia general en la paciente obstétrica todavía es muy importante. En lo que respecta al manejo de la VAD, parece que los videolaringoscopios se convertirán en

una parte fundamental en el manejo de la misma en la paciente obstétrica.

Actualmente no disponemos de evidencia suficiente para recomendar un uso generalizado de los videolaringscopios, pero los estudios realizados revelan una adecuada visualización de la glotis e intubaciones satisfactorias tras intentos previos con laringoscopias directas. Además, tampoco disponemos de evidencia que apoye el uso de algún tipo de videolaringscopio concreto.

Bibliografía

1.- Quinn AC, Milne D, Columb M, Gorton H, Knight M. Failed tracheal intubation in obstetric anaesthesia: 2 yr national casecontrol study in the UK. *Br J Anaesth* 2013; 110:74–80. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))

2.- Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008.

The eighth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011; 118(Suppl. 1):1–203. ([PDF](#))

3.- Difficult Airway Society. Obstetric Anaesthetists' Association and the Difficult Airway Society Obstetric Difficult Airway Guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia* 2015; 70: 1286-1306. ([PubMed](#)) ([Epub](#)) ([PDF](#)) ([revisión AnestesiaR](#))

Correspondencia al autor

Jesús Acosta Martínez
acostamartinez.jesus@gmail.com
FEA Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Publicado en AnestesiaR el 7 de marzo de 2016