



## CASOS CLÍNICOS

## IOT despierto con Airtraq en pacientes con Vía Aérea Difícil Conocida. Un modo diferente de intubar con Airtraq

Hermosa Contreras, BI, Cobo Oliva, R, Masa Sánchez M.

Hospital de Mérida, Extremadura

### Resumen

Las nuevas guías de manejo de la vía aérea difícil de la ASA publicadas en 2013 indican el uso de los videolaringoscopios con un nivel de evidencia IA. Esto es debido a que multitud de estudios demuestran que con ellos se consigue una elevada incidencia de IOT exitosas al primer intento, sin describirse una elevación de los traumatismos en la vía aérea derivados de su uso. Como consecuencia de ello, el uso de los videolaringoscopios se ha extendido en la actualidad, siendo utilizados en los últimos años como herramienta útil para la IOT en pacientes despiertos.

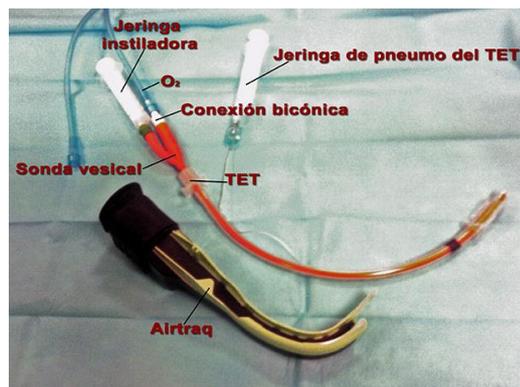
### Introducción

Las nuevas guías de manejo de la vía aérea difícil de la ASA publicadas en 2013 indican el uso de los videolaringoscopios con un nivel de evidencia IA. Esto es debido a que multitud de estudios demuestran que con ellos se consigue una elevada incidencia de IOT exitosas al primer intento, sin describirse una elevación de los traumatismos en la vía aérea derivados de su uso (1). Como consecuencia de ello, el uso de los videolaringoscopios se ha extendido en la actualidad, siendo utilizados en los últimos años como herramienta útil para la IOT en pacientes despiertos (2).

### Presentación del caso

Paciente de 53 años con antecedentes de asma bronquial, cardiopatía isquémica con stent en CD y DM tipo II. Presentaba parámetros de Vía Aérea

Difícil: Mallampati III, micro-retrognatia, DTM < 6 cm., incapacidad para prognar.



Es intervenido en enero de 2014 de microcirugía laríngea presentando IOT Dificultosa.

2 meses después, tras los hallazgos anatomopatológicos, se programa para cordectomía derecha. Dados los antecedentes de VAD, se decide realizar IOT despierto con Airtraq. Para ello, utilizamos un Airtraq de tamaño nº 2 y un tubo del número 7, al que previamente hemos seccionado el extremo proximal justo por encima de la

salida del balón de neumotaponamiento. A través del mismo, introducimos una sonda vesical número 14 G con la zona del balón de taponamiento seccionada. Por el extremo proximal de la sonda, la que se usa para inflar el globo vesical, acoplamos una jeringa con lidocaína 2% y aire. Por el otro extremo proximal, acoplamos una conexión bicónica y una alargadera de un sistema de oxigenoterapia tipo Venturi conectada a una fuente de oxígeno.

En primer lugar, se procede a la premedicación del paciente con Midazolam 3 mg., Atropina 0,7 mg. y se instilan varios puff de lidocaína 1% en mucosa lingual y pilares faríngeos. Tras ello se procede a sedación con Remifentanilo y posteriormente, tras comprobar que se ha conseguido anestesiarse de forma adecuada la cavidad oral, se procede a la introducción del Airtraq y a la visualización de las distintas estructuras como pilares faríngeos, epiglotis y glotis que son irrigados con anestésico a través de la sonda vesical. Se consiguió la intubación al primer intento sin resistencias, manteniendo la saturación de oxígeno por encima de 97% en todo momento.



## Discusión

Ante una IOT difícil, a pesar de que el gold estándar continúa siendo el [fibrobroncoscopio](#), el videolaringscopio Airtraq se muestra como una opción a tener en cuenta cuando por cualquier motivo el fibroscopio no esté disponible.

Requiere una curva de aprendizaje mucho menor y es usado de forma habitual en la práctica clínica lo que

genera más seguridad al profesional a la hora de enfrentarse a una VAD (3).

El uso de este dispositivo para instilación de anestesia local y aporte de O<sub>2</sub> directo a la luz traqueal consigue una adecuada oxigenación, evita la opacificación de la lente permite una adecuada distribución del anestésico local en la zona mientras se realiza la IOT (4).

En nuestro caso, comenzamos a usar este dispositivo cuando leímos con entusiasmo el caso descrito por A. Abad en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación. En él se describía la técnica de IOT despierto con Airtraq y sonda de Foley para infusión de anestésico y oxigenación (4). Sin embargo, a la hora de llevar a la práctica el experimento comprobamos que aparecían una serie de desventajas por lo que decidimos realizar una leve modificación en el dispositivo (retirada de fiador de tubo endotraqueal pediátrico, introducción de sonda Foley por luz de TET y sección de zona proximal del mismo), diseñamos el nuestro propio, el que se describe en este artículo.

Para facilitar la IOT es imprescindible anestesiarse de forma adecuada las estructuras orales, faríngeas y laríngeas que encontraremos al paso del Airtraq. Para ello se han usado multitud de instrumentos como sondas de aspiración, catéteres epidurales, conectores en Y (Bodai Suction Safeswivel Y-connector), aerosoles o dispositivos con atomizador como el MADgic (5).

De otro modo, consideramos que la combinación de sedación con remifentanilo y la anestesia local de la vía aérea, es necesaria ya que permite obtener un grado aceptable de confort del paciente permitiendo la manipulación de la vía aérea sin

resistencia por parte del mismo y protegiendo frente a reflejos propios de esta zona como son la tos o el laringospasmo (3, 4, 5).

Nuestra **conclusión final** es que el dispositivo Airtraq con las modificaciones descritas anteriormente puede ser una herramienta accesible, segura, barata y bien tolerada por los pacientes que requieran una IOT despierto.

### Bibliografía

1.- Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*: February 2013. Volume 118 - Issue 2 - p 251–270. ([PubMed](#))

2.- Laringoscopia óptica Airtraq. M. Castañeda et al. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009, vol. 32, Nº 1. enero-abril. ([PubMed](#))

3.- Empleo de Airtraq® para manejo de vía aérea difícil en pacientes despiertos. A. Uría. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2008; 56:541-545. ([PubMed](#))

4.- Sonda de Foley modificada para infusión tópica de anestésico y oxigenación en intubación difícil. A. Abad et al. *Rev. Esp. Anesthesiol Reanim.* 2013; 60(1):54-58. ([PubMed](#))

5.- Airtraq for awake tracheal intubation. Suzuki et al. *Anaesthesia*, 2007, 62: 744–755. ([PubMed](#))

---

#### Correspondencia al autor

*Blanca Isabel Hermosa Contreras*

[blankitahc@hotmail.com](mailto:blankitahc@hotmail.com)

*FEA Servicio de Anestesiología y Reanimación  
Hospital de Mérida, Extremadura.*

---

[Publicado por AnestesiaR el 9 junio 2014](#)