

**PROTOCOLO****Finalización y Recuperación Anestésica: NAP4**

**Artículo original:** Chapter 8. The end of anaesthesia and recovery. Report and findings of the 4th National Audit Project (NAP4) of [The Royal College of Anaesthetists](#).

Navarro García C, Arrondo Nicolás J, Castañeda Pascual M.

*Complejo Hospitalario de Navarra (sección A.)*

**Resumen**

No es despreciable el número de problemas que surgen durante la educación anestésica y/o en el traslado del paciente al área de recuperación.

Los problemas relacionados con la vía aérea al finalizar la anestesia están relacionados en muchas ocasiones con el efecto residual de los fármacos anestésicos ya que se pueden perder los reflejos protectores de la vía aérea lo que puede producir tanto obstrucción de la misma como aspiración de diferentes tipos de secreciones.

Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial que permita aplicar el tratamiento adecuado.

La aspiración de secreciones y la evaluación del probable edema de la vía aérea son precauciones universales que se deben tomar siempre antes de la recuperación anestésica.

**Introducción**

No es despreciable el número de problemas que surgen durante la educación anestésica y/o en el traslado del paciente al área de recuperación.



Los problemas relacionados con la vía aérea al finalizar la anestesia están relacionados en muchas ocasiones con el efecto residual de los fármacos anestésicos ya que se pueden perder los reflejos protectores de la vía aérea lo que puede producir tanto obstrucción de la misma como aspiración de diferentes tipos de secreciones.

Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial que permita aplicar el tratamiento adecuado.

La aspiración de secreciones y la evaluación del probable edema de la vía aérea son precauciones universales que se deben tomar siempre antes de la recuperación anestésica.

**Educción Anestésica****Factores a Evaluar antes de la Extubación**

- Hipoxemia y/o hipercapnia.
- Bloqueo neuromuscular residual.
- Estabilidad hemodinámica
- Hipotermia.
- Edema de la vía aérea.

**Valoración de la Vía Aérea**

- Mediante laringoscopia directa o fibroscopio.

- Test de fugas.

### Alternativas para la Extubación

- Guías.
- Recambio del tubo o dispositivo supraglótico bajo anestesia general.
- Esperar a que se resuelva la obstrucción.
- Traqueotomía

### La Extubación

- Preoxigenación previa obligatoria.
- Plan alternativo para manejo de posible VAD.
- Personal experimentado y material preparado.

### Traslado al Área de Recuperación

- Traslado SEGURO.
- Continuar monitorización del quirófano y disponer de fármacos que puedan precisarse.
- Si el paciente está intubado contar con la posibilidad de extubación accidental y contar con material preparado para evitar catástrofes.
- Valoración individualizada de cada paciente y sus potenciales problemas.

### **Causas de Obstrucción de la Vía Aérea**

- Hemorragia: cirugía laríngea, máxilofacial, otorrinolaringología.
- Cuerpo extraño: Importante retirar taponamientos empleados durante el periodo quirúrgico. Así mismo habrá que anotar dicho taponamiento para evitar olvidar que se ha colocado.

- Problemas con el material: movilización de dispositivos empleados para el aislamiento de la vía aérea.

- Reversión farmacológica: asegurar reversión del BNM y valorar efecto residual de fármacos que puedan deprimir la respiración.

- Laringoespamo: Como tratamiento aplicación de CPAP y si es preciso administración de propofol y BNM despolarizante de acción rápida.

- Edema laríngeo: Puede ocurrir tras largo tiempo en posición Trendelenburg. Será importante realizar valoración con fibroscopio.

- Compresión externa: Tras cirugía de cuello (tiroides, carótida).

- Edema pulmonar postobstructivo: pacientes jóvenes sin comorbilidad tras excesiva presión negativa.

### **La Sala de Recuperación Postanestésica**

- Recuperación de la consciencia, estabilidad hemodinámica, control del dolor y de NVPO.

- Personal entrenado en vía aérea por si surgen problemas.

- Material adecuado.

- Muy importante contar con capnografía para detectar de forma precoz alteraciones de la vía aérea (oclusión, desconexión...).

- Aprender de los errores.

- Comunicación, entorno organizado y trabajo en equipo.

## Discusión

- VAD prevista post-extubación: óptima preparación.
- VAD no prevista post- extubación: adecuada coordinación, manejo de algoritmos.
- Traslado: realizarlo de forma segura.
- Responsabilidad.
- Material disponible (tubos, guías, mascarillas...)

## Recomendaciones

- 1.- Los pacientes deben ser evaluados previamente a la extubación proporcionando una adecuada preoxigenación asegurando siempre la reversión del BNM y aspirando las secreciones.
- 2.- Los pacientes que presenten riesgo de dificultad en el manejo de la vía aérea postextubación deberían ser extubados en quirófano con un buen plan de actuación.
- 3.- Para el transporte es importante contar con adecuada monitorización y oxígeno suplementario.
- 4.- Se debe comunicar al personal del área de reanimación las características de los pacientes con VAD. Potenciales problemas, signos importantes, plan de manejo, equipo requerido y ubicación

de personal necesario en caso de precisar ayuda.

5.- El personal del área de reanimación debe estar entrenado en prevención, detención temprana y obstrucción de vía aérea.

6.- La capnografía es muy útil en la detección precoz de problemas respiratorios por lo que debería disponerse de ella en las salas de reanimación principalmente en los pacientes de alto riesgo.

7.- Utilizar mordedores para evitar la oclusión tanto del tubo como de dispositivos supraglóticos.

8.- En la recuperación postanestésica se debe contar con amplio material y con personal muy experimentado.

9.- Los pacientes que han tenido problemas en el manejo de la vía aérea deben ser reevaluados por su anestesta responsable antes de dejarlos en la sala de reanimación.

---

### Correspondencia al autor

*Cristina Navarro García*  
[crisstinna83@gmail.com](mailto:crisstinna83@gmail.com)  
 Servicio de Anestesia y Reanimación.  
 Complejo Hospitalario de Navarra (sección A)

[Publicado en AnestesiaR el 14 de mayo de 2012](#)