

DOI: 10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.348-358

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/797>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 348-358



Vía Aérea Difícil

Difficult Airway

Vias Aéreas Difíceis

**Johnny Andres Guiracocha Landetta¹; Lucy Andrea Ortiz Andrade²;
Jefferson Leonardo León García³; Nelmar Carys Bellorin Rivas⁴**

RECIBIDO: 15/11/2021 **ACEPTADO:** 05/12/2021 **PUBLICADO:** 30/01/2022

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; johnnylandetta92@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-6756-1334>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; lucyortiz_94@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2687-0309>
3. Master Universitario en Prevención de Riesgos Laborales; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; jeffo.leo.grc@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3383-0783>
4. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; nelmarbellorin@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3657-5351>

CORRESPONDENCIA

Johnny Andres Guiracocha Landetta

johnnylandetta92@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

En la actualidad, las complicaciones relacionadas con el manejo de las vías respiratorias representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Para poder abordar la vía aérea el modo de actuación del anestesiólogo es un reto, pues entre las complicaciones frecuentes más importantes asociadas a la intubación difícil se destacan: la desaturación arterial, la intubación esofágica, la cianosis, la regurgitación, el broncoespasmo y laringoespasmo, así como la presencia de otros eventos que pueden ir desde las lesiones dentales hasta la aparición de arritmias cardíacas graves, intubación endobronquial, epistaxis, trauma faríngeo, espasmo del masetero y parada respiratoria secundaria a la hipoxia e incluso la muerte. En consecuencia, dada la importancia del adecuado manejo de la vía aérea, la presente revisión pretende llevar a cabo una actualización con relación a las principales recomendaciones para la evaluación de una Vía Aérea Difícil (VAD). La investigación se realizó bajo una metodología de tipo documental bibliográfica, bajo la modalidad de revisión. De la revisión se desprende que no existe característica única que indique la presencia de una VAD. Ante esta situación, numerosas Guías para el manejo de la VAD han elaborado recomendaciones en base a la evidencia científica existente. Pueden ayudar a la predicción de una VAD la evaluación de la historia preoperatoria detallada, así como una minuciosa evaluación de las vías respiratorias para identificar factores de riesgo potenciales. El examen físico de los rasgos faciales, así como las medidas y puntos de referencia anatómicos pueden orientar la predicción de una VAD, con el propósito de prever este problema y manejarlo apropiadamente. Por último, es importante destacar que, en todos los pacientes quirúrgicos resulta fundamental, realizar una minuciosa valoración de la vía aérea con la finalidad de mejorar, mantener e incluso incrementar su seguridad.

Palabras clave: Anestesiología, Vía Aérea Difícil, Predictores, Factor de riesgo, Recomendaciones.

ABSTRACT

Currently, complications related to airway management represent a major cause of morbidity and mortality worldwide. In order to approach the airway, the anesthesiologist's mode of action is a challenge, since among the most important frequent complications associated with difficult intubation, the following stand out: arterial desaturation, esophageal intubation, cyanosis, regurgitation, bronchospasm and laryngospasm, as well as the presence of other events that can range from dental injuries to the appearance of serious cardiac arrhythmias, endobronchial intubation, epistaxis, pharyngeal trauma, masseter spasm and respiratory arrest secondary to hypoxia and even death. Consequently, given the importance of adequate airway management, this review intends to update the main recommendations for the evaluation of a Difficult Airway (RAD). The research was carried out under a bibliographic documentary type methodology, under the review modality. It appears from the review that there is no single characteristic that indicates the presence of a VAD. Given this situation, numerous guidelines for the management of VAD have made recommendations based on existing scientific evidence. Evaluation of a detailed preoperative history, as well as a thorough evaluation of the airway to identify potential risk factors, can help predict VAD. Physical examination of facial features, as well as anatomical landmarks and measurements, can guide the prediction of a VAD, in order to anticipate this problem and manage it appropriately. Finally, it is important to highlight that, in all surgical patients, it is essential to carry out a thorough assessment of the airway in order to improve, maintain and even increase its safety.

Keywords: Anesthesiology, Difficult Airway, Predictors, Risk factor, Recommendations.

RESUMO

Atualmente, as complicações relacionadas com a gestão das vias aéreas representam uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Para abordar a via aérea, o modo de acção do anestesista é um desafio, uma vez que entre as mais importantes complicações frequentes associadas a uma entubação difícil, destacam-se as seguintes: dessaturação arterial, entubação esofágica, cianose, regurgitação, broncoespasmo e laringoespasmo, bem como a presença de outros eventos que podem variar desde lesões dentárias ao aparecimento de arritmias cardíacas graves, entubação endobrônquica, epistaxe, trauma faríngeo, espasmo masseter e paragem respiratória secundária à hipoxia e mesmo à morte. Consequentemente, dada a importância de uma gestão adequada das vias aéreas, esta revisão pretende actualizar as principais recomendações para a avaliação de uma Vía Aérea Difícil (RAD). A investigação foi realizada sob uma metodologia de tipo documental bibliográfico, sob a modalidade de revisão. Da revisão resulta que não existe uma característica única que indique a presença de um DVA. Dada esta situação, numerosas directrizes para a gestão do DVA fizeram recomendações com base em provas científicas existentes. A avaliação de um historial pré-operatório detalhado, bem como uma avaliação exaustiva das vias aéreas para identificar potenciais factores de risco, podem ajudar a prever o DVA. O exame físico das características faciais, bem como os pontos de referência e medições anatómicas, podem orientar a previsão de um DVA, a fim de antecipar este problema e de o gerir adequadamente. Finalmente, é importante salientar que, em todos os pacientes cirúrgicos, é essencial realizar uma avaliação minuciosa das vias respiratórias, a fim de melhorar, manter e até aumentar a sua segurança.

Palavras-chave: Anestesiologia, Vias Aéreas Difíceis, Previsões, Factor de Risco, Recomendações.

Introducción

Las complicaciones que se encuentran asociadas con el manejo de las vías respiratorias representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo.

La capacidad de reconocer de manera práctica, confiable y con adecuada anticipación las dificultades que se tengan para asegurar la vía aérea..., ...resultan de vital importancia y es quizás la medida que más repercute en el pronóstico de un paciente que por algún motivo de origen médico, traumático o no reconocido, se ve comprometida. (Saavedra & Becerra, 2015, pág. 174)

Cook, Woodhall & Frerk, 2011 citados por Galván Talamantes & De los Monteros Estrada, (2013) definen la Vía Aérea Difícil (VAD) como aquella "situación clínica en la cual un anestesiólogo con entrenamiento convencional experimenta dificultad para la ventilación de la vía aérea superior con una mascarilla facial, dificultad para la intubación traqueal o ambas". (p. S312)

Para Cobo García-a, (2015) la dificultad en el abordaje de la VAD puede tener importantes consecuencias clínicas para el paciente, incluido la muerte. Citando a Metzner, Posner, Lam & Domino, 2011 explica lo siguiente:

Los Closed Claims de la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA), revela que el 34 % de las demandas a anestesistas se encuentran en relación a eventos de la vía aérea (VA) y que la dificultad de intubación (DI) ha sido la causa más común de daño en las mismas desde los años 90.

La VAD representa el 50% de las complicaciones severas en anestesiología y es responsable de hasta el 30% de las muertes por causa anestésica. La mayoría de los casos se deben a la existencia de una VAD no reconocida previamente, de ahí la gran importancia que adquiere la valoración de la vía aérea (VA) en el periodo

preoperatorio, y el que todos los especialistas en disposición de manejar la VA de un paciente deban estar correctamente capacitados con las habilidades necesarias para tal fin. (Martínez Hurtado, Sánchez Merchante, Mariscal Flores, & Paz Martín, 2016, pág. 1)

Para Márquez Ercia, Ojeda González, Cabezas Poblet, & Robaina Reyes, (2012) el poder abordar la vía aérea constituye un reto en el modo de actuación del anestesiólogo, pues entre las complicaciones frecuentes más importantes asociadas a la intubación difícil se destacan: la desaturación arterial, la intubación esofágica, la cianosis, la regurgitación, el broncoespasmo y laringoespasmo, así como la presencia de otros eventos que pueden ir desde la lesiones dentales hasta la aparición de arritmias cardíacas graves, intubación endobronquial, epistaxis, trauma faríngeo, espasmo del masetero y parada respiratoria secundaria a la hipoxia.

En tal sentido, constituye una exigencia en el modo de actuación del anestesiólogo, no sólo realizar acciones médicas cuando se enfrenta durante la conducción de la anestesia al abordaje de la vía aérea, sino prevenir desde la consulta del preoperatorio aquellos pacientes con factores de riesgo para la presentación de la complicación, así como diseñar las pautas ante el evento. De modo que aunar criterios de actuación profesional a través de conformar algoritmos, protocolos o estrategias debe constituir un reto en el desempeño del anestesiólogo para el logro de óptimos resultados. Todo lo anterior alcanza un máximo esplendor si se parte de considerar que la incapacidad de abordar la vía respiratoria, puede provocar en pocos minutos lesiones cerebrales irreversibles e incluso la muerte. (p. 5)

La evaluación de la vía aérea tiene como finalidad identificar factores que se han asociado a la presencia de laringoscopia, ventilación o intubación difícil; éstos pueden ser clínicos o de gabinete; igualmente

identificar a través de la historia clínica factores médicos, quirúrgicos o anestésicos que puedan indicar dificultad en el manejo de la vía aérea. (Galván Talamantes & De los Monteros Estrada, 2013, pág. S312)

En consecuencia, dada la importancia del adecuado manejo de la vía aérea, la presente revisión pretende llevar a cabo una actualización con relación a las principales recomendaciones para la evaluación de una Vía Aérea Difícil (VAD).

Materiales y Métodos

Las herramientas y materiales de trabajo requeridos para el desarrollo de este trabajo investigativo son los siguientes: computadores personales con conexión a internet. Con estos se persigue aportar información de calidad y actualizada respecto a las recomendaciones para la evaluación de una VAD. La clasificación de la investigación es de tipo documental bibliográfico, a través de una metodología de revisión.

La investigación se enfoca en la búsqueda y revisión sistemática de literatura científico-académica seleccionada, disponible de determinadas bases de datos, entre las que figuran: PubMed, MedlinePlus, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), SciELO, Medigraphic, Dialnet y ELSEVIER, Cochrane, entre otras.

Se llevó a cabo una búsqueda aleatoria y consecutiva en las mencionadas bases de datos, usando los siguientes descriptores: "Vía Aérea Difícil", "Evaluación + Vía Aérea Difícil", "Predictores + Vía Aérea Difícil" y "Guías para el manejo de Vía Aérea Difícil". El resultado fue de más de un centenar de miles de registros bibliográficos, los cuales fueron filtrados bajo los siguientes criterios: idioma español, relevancia, correlación temática y fecha de publicación en los últimos once años.

El tipo de material bibliográfico consistió en títulos de artículos científicos, ensayos, revisiones sistemáticas, protocolos, editoriales,

libros, boletines, folletos, tesis de grado, posgrado y doctorado, noticias científicas, entre otros documentos e información de interés científico y académico.

Seguidamente, se efectúa la selección y clasificación de la literatura científico académica físicamente disponible, aplicando, en términos generales, los criterios antes mencionados, siendo a partir de allí que el equipo investigador le da la correspondiente lectura crítica y análisis de toda esa evidencia científica, lo que resultó consecutiva y consensuadamente en el fundamento de las ideas y planteamientos aquí plasmados.

Resultados

Recomendaciones para la evaluación de la vía aérea difícil

La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA, por sus siglas en inglés), publicó una nueva guía para el manejo de la vía aérea difícil, en noviembre de 2021, en *Anesthesiology*, en donde, para la evaluación de la vía aérea difícil, manifiesta las siguientes recomendaciones (ver Tabla 1):

- Antes de iniciar la atención anestésica o el manejo de la vía aérea, asegúrese de que la(s) persona(s) responsable(s) del manejo de la vía aérea realice una evaluación del riesgo de la vía aérea siempre que sea factible para identificar los factores del paciente, médicos, quirúrgicos, ambientales y anestésicos (por ejemplo, riesgo de aspiración) que puedan indicar la posibilidad de una vía aérea difícil.
- Cuando esté disponible en la historia clínica del paciente, evaluar la información demográfica, las condiciones clínicas, los resultados de las pruebas diagnósticas, las entrevistas con el paciente/familia y las respuestas al cuestionario.
- Evaluar múltiples características demográficas y clínicas para determinar el potencial de un paciente para

una vía aérea difícil o aspiración.

- Antes de iniciar la atención anestésica o el manejo de la vía aérea, realizar un examen físico de la vía aérea para identificar más características físicas que puedan indicar la posibilidad de una vía aérea difícil.
- El examen físico puede incluir la evaluación de los rasgos faciales (los ejemplos de rasgos faciales incluyen la apertura de la boca, la capacidad de prognatar, la movilidad de la cabeza y el cuello, los incisivos superiores prominentes, la presencia de barba y la prueba de mordida del labio superior) y la evaluación de las medidas y puntos de referencia anatómicos (los ejemplos de medidas anatómicas incluyen las puntuaciones de Mallampati y de Mallampati modificado, la distancia tiromental, la distancia esternomental, la distancia entre los incisivos, la circunferencia del cuello, la relación entre la circun-

ferencia del cuello y la distancia tiromental, la relación entre la altura y la distancia tiromental, la distancia hómica y la relación entre la distancia hómica. Las mediciones obtenidas mediante ecografía incluían la distancia piel-hioides, el volumen de la lengua y la distancia de la piel a la epiglotis).

- La evaluación adicional para caracterizar la probabilidad o la naturaleza de la dificultad prevista de la vía aérea puede incluir la endoscopia de cabecera, la laringoscopia/broncoscopia virtual o la impresión tridimensional (además de la evaluación de las vías respiratorias, la impresión tridimensional puede ser un medio útil para probar métodos de inserción de dispositivos o para la formación de los profesionales).

Evaluar múltiples características de la vía aérea para determinar el potencial de un paciente para una vía aérea difícil o aspiración. (Plaza Moreno, 2021)

Tabla 1. Recomendaciones para la evaluación de la vía aérea difícil de la Sociedad Americana de Anestesiología 2021.

Evaluación del riesgo.	Factores del paciente, médicos, quirúrgicos, ambientales y anestésicos.	Información demográfica, las condiciones clínicas, los resultados de las pruebas diagnósticas, las entrevistas con el paciente/familia y las respuestas al cuestionario.
Examen físico de la vía aérea.	Rasgos faciales.	Características demográficas y clínicas. Apertura de la boca. La capacidad de prognatar. La movilidad de la cabeza y el cuello. Los incisivos superiores prominentes. La presencia de barba. La prueba de mordida del labio superior.
	Medidas y puntos de referencia anatómicos.	Las puntuaciones de Mallampati y de Mallampati modificado. La distancia tiromental. La distancia esternomental La distancia entre los incisivos. La circunferencia del cuello. La relación entre la circunferencia del cuello y la distancia tiromental. La relación entre la altura y la distancia tiromental. La distancia hómica y la relación entre la distancia hómica.
	Evaluación adicional.	Endoscopia de cabecera. La laringoscopia/broncoscopia virtual. La impresión tridimensional.

Nota: Elaborado con datos de la Guía de la Sociedad Americana de Anestesiología 2021. Tomado de: (Plaza Moreno, 2021).

Evaluación del riesgo

Tomando en cuenta las principales guías como ASA y DAS destacan la significancia de la evaluación pre operatoria del paciente y la respectiva vía aérea; así se prevendrían posibles problemas y facilitaría tomar medidas y preparar pautas, limitando efectos adversos no deseados. Así pues; la evaluación pre operatoria de vía aérea, tendrá que llevarse a cabo rutinariamente, identificando y estableciendo aquellos componentes que pudieran ser parte de los problemas de la ventilación con Mascarilla Facial (MF), Laringoscopia, Introducción de algún Dispositivo Extra Glótico (DEG), Intubación Endotraqueal (IET) y Abordaje Quirúrgico (cricotirotomía).

Los registros médicos y la documentación que se realizan sobre la gestión previa de la vía aérea son de gran importancia. En ausencia de una patología nueva o que empeora significativamente, es valioso contar con la retroalimentación de un anestesiólogo anterior con respecto a la facilidad de la ventilación con mascarilla, la facilidad de la laringoscopia directa y / o indirecta, y con qué dispositivos de la vía aérea tuvieron éxito o fracaso. En todos los casos, ya sea fácil o difícil, es útil registrar esta información para el beneficio de futuros colegas. El paciente puede ofrecer información directamente, y algunos tienen copias de un formulario de alerta de vía aérea. Los detalles pueden estar disponibles de los médicos generales, quienes pueden haber sido informados de dificultades previas. (Villacorta Celi, 2019, pág. 11)

Examen físico de la vía aérea. Rasgos faciales

Distancia interdental

La distancia interdental se mide con la boca abierta al máximo y ligera extensión cefálica. Se mide en la línea media la distancia interinsiciva; se valoran 3 grados, grado 1: > 5 cm, grado 2: 5- 3.5 cm y grado 3; < 3.5 centímetros (ver Figura 1). (Martínez Hernández, 2017, pág. 11)

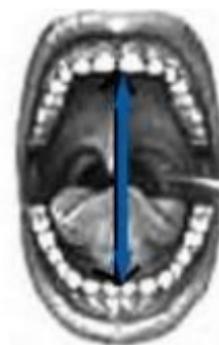
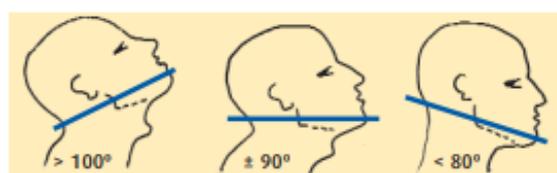


Imagen 1. Distancia interdental. Recuperado de: “Relación del índice de masa corporal con la clasificación de Cormack Lehane como predictor de intubación difícil”. Martínez Hernández, E. (2017). p. 12. Url. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/51320/MartinezHernandezEdgar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rango de movimiento de la cabeza y el cuello

Con el paciente sentado, cabeza en posición neutra y de perfil respecto al anestesiólogo, colocamos un dedo índice en la prominencia occipital inferior del paciente y el otro dedo índice en el mentón. Después solicitamos al paciente que extienda lo máximo que pueda la cabeza hacia atrás y, según la alineación de los dos índices, valoraremos la movilidad en 3 grados. Como menor sea el grado de movilidad, mayor será la dificultad de la vía aérea (ver Figura 2). (Departamento de Salud de Cataluña, 2011)



- >100° El dedo índice colocado en el mentón se eleva más que el de la prominencia occipital.
- ± 90° Los dos dedos índices quedan situados en el mismo plano.
- < 80° El dedo índice del mentón queda por debajo del de la prominencia occipital.

Imagen 2. Rango de movimiento de la cabeza y cuello. Recuperado de: “Valoración de la vía aérea. Departamento de Salud de Cataluña. (2011). Url: <https://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/valoracionvad-cast.pdf>

La regla “OBESE”

Para la predicción de la ventilación difícil con mascarilla facial se puede seguir la regla nemotécnica “OBESE”:

O - Obesidad: índice de masa corporal > 26 kg/m²

B - Barba

E - Edentación

S - SAOS o «Snoring»: historia de ronquidos diarios

E - Edad > 55 años

Cinco criterios que fueron reconocidos como factores independientes para una ventilación difícil; la presencia de dos indica alta probabilidad de ventilación difícil con mascarilla facial. (Ramírez Acosta, Torrico Lara, & Encinas Pórcel, 2013, pág. 194)

Prueba de la mordida del labio superior

- Evalúa la habilidad del paciente de alcanzar o cubrir completamente el labio superior con los incisivos inferiores (ver Figura 3). Se le pide al paciente que muerda con su dentadura inferior el labio superior y se divide en tres clases:
- Clase I: Los incisivos inferiores ocluyen completamente el labio superior.
- Clase II: Visión parcial del labio superior.
- Clase III: Los incisivos inferiores no pueden ocluir el labio superior. Se relaciona con laringoscopia difícil. (Valdés Soutelo, Cordero Escobar, Cordoví de Armas, & Pernas González, 2011, pág. 189)



Imagen 3. Prueba de la mordida de labio superior. A. Clase I. B. Clase II. C. Clase III. Recuperado de: “Eficacia diagnóstica de un método predictivo de vía respiratoria anatómicamente difícil”. Mariscal, Pindado, Rey, Arrázola & Engel, citados por Valdés Soutelo, Cordero Escobar, Cordoví de Armas, & Pernas González. (2011). Revista cubana de anestesiología. 10 (3). p. 190. Url: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v10n3/ane03311.pdf>

Evaluación de las medidas y puntos de referencia anatómicos

Es importante destacar que para obtener el mejor rendimiento los modelos de predicción deberían seleccionar los puntos de corte tras la realización de un análisis poblacional, incluyendo además los cambios que puedan derivarse de las diferencias entre sexos y en las diferentes edades de los pacientes. La adopción de puntos de corte seleccionados a partir de poblaciones con características diferentes se asociaría con

una discriminación inapropiada. Asimismo, un modelo de predicción debería tener presente que los puntos de corte podrían variar con la edad y el sexo. En este sentido, Giraldo Gutiérrez, (2019) cita a diversos autores para explicar estas diferencias a considerar en la población de la siguiente manera:

Es importante la mención de las diferencias étnicas y relacionada con la edad y el sexo y sus consecuencias en el riesgo de intubación difícil. Se ha determinado la existencia de una diferencia en los puntos de cor-

te óptimos entre sexos para determinados factores pronóstico; Domi R., sugiere que el cuello mucho más muscular y rígido en los hombres puede correlacionarse con un grado mayor de dificultad, factor pronóstico que ha sido documentado en algunos de los modelos incorporados en esta revisión. Además, también se ha mencionado que la anatomía de la vía aérea se modifica significativamente con la edad. Moon et al., describió que con el envejecimiento los movimientos de la cabeza y el cuello, la distancia tiromentoniana y la apertura oral disminuían, mientras que el estado de la dentadura, el Mallampati y la rigidez de la columna cervical incrementaban, indicando una mayor incidencia de dificultad en la intubación al comparar viejos con jóvenes. Estas consideraciones explicarían la inclusión de la variable edad en algunos modelos de predicción. Las diferencias étnicas tampoco son despreciables, en su estudio con pacientes africanos, Merah et al., informa un valor promedio de 17 cm para la distancia esternomentoniana en los pacientes difíciles de intubar, valor muy por encima a los puntos de corte descritos en poblaciones no africanas. (p. 29)

Escala de Patil-Aldrete (distancia tiromentoniana)

Este predictor de intubación difícil mide la distancia entre la escotadura tiroidea y el mentón, así como el trayecto entre el borde superior del manubrio del esternón y el mentón (distancia esternomentoniana). Sin embargo, el diagnóstico con estas pruebas varía debido a las diferencias en la incidencia de la intubación y a las características anatómicas de cada paciente, por lo que es imperativo individualizar la evaluación. (Orozco Díaz, Álvarez Ríos, Arceo Díaz, & Ornelas Aguirre, 2010, pág. 394)

Técnica paciente sedente, cabeza extendida y boca cerrada. Clasificación clase I >6.5 cm, clase II 6-6.4 cm y clase III < 6 centímetros. Cuando es inferior a 6,5 cm se considera predictivo de vía aérea difícil (Ver

Figura 4). (Martínez Hernández, 2017, pág. 11)



Imagen 4. Escala de Patil-Aldrete (distancia tiromentoniana). “Relación del índice de masa corporal con la clasificación de Cormack Lehane como predictor de intubación difícil”. Martínez Hernández, E. (2017). p. 11. Url. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/51320/MartinezHernandezEdgar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Escala de Lemon

La escala de Lemon es una nemotecnia para recordar cinco aspectos importantes para al evaluar clínicamente la vía aérea superior de cualquier paciente. En la primera sigla “L” se observa la presencia de barba u alguna alteración anatómica que perturbe la vía aérea; “E” se evalúa la distancia interinsicivos; “M” se evalúa el Mallampati del paciente, es decir las estructuras anatómicas faríngeas. En la letra “O” evaluamos si existe alguna obstrucción de la vía aérea y la presencia de obesidad en los pacientes evaluados. “N” se inspecciona la movilidad cervical. (Chávez Castillo, 2020, pág. 12)

Clasificación Cormack-Lehane

Esta clasificación valora el grado de dificultad para lograr una intubación endotraqueal, según las estructuras anatómicas que se visualicen en la laringoscopia directa. Grado I: se observa el anillo glótico en su totalidad, grado II: solo se observa la comisura o mitad superior del anillo glótico, grado III: solo se observa la epiglotis sin visualizar orificio glótico, grado IV; imposibilidad para visualizar incluso la epiglotis (ver Figura 5). (Martínez Hernández, 2017, pág. 13)

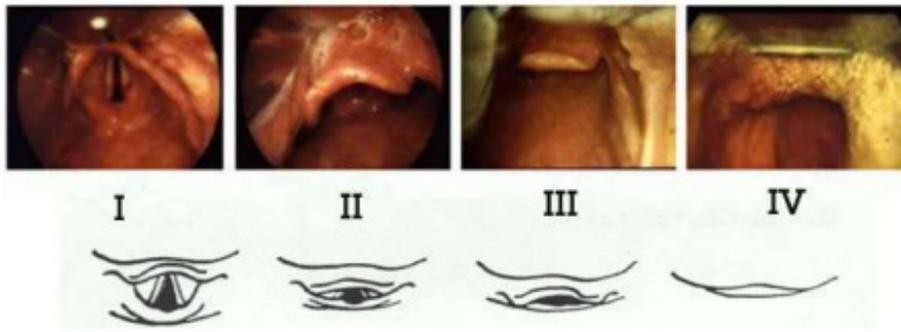


Imagen 5. Clasificación Cormack-Lehane. Recuperado de: “Relación del índice de masa corporal con la clasificación de Cormack Lehane como predictor de intubación difícil”. Martínez Hernández, E. (2017). p. 13. Url. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/51320/MartinezHernandezEdgar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Escala de Wilson

La escala de Wilson clasifica factores de riesgo para intubación difícil, dándoles un puntaje determinado del 0 al 2 con un puntaje máximo en total de 10 puntos. Los factores de peso, movilidad de cabeza y cuello, movimiento mandibular, retroceso mandibular y dientes muy grandes y extruidos.

El peso cuando es menos de 90kg es 0 puntos, de 90-110 kg es 1 punto y cuando es mayor de 110kg es 2 puntos. Los movimientos de la cabeza $>90^\circ$ es 0 puntos, 90° es 1 punto y $< 90^\circ$ es 2 puntos. En el movimiento mandibular, si la distancia interincisivos (DI) es > 5 cm o subluxación > 0 equivales a 0 puntos, si la DI < 5 cm o subluxación es igual a 0 es 1 punto y si la DI < 5 cm o subluxación < 0 son dos puntos. En el retroceso mandibular, si es normal es 0 puntos, si es moderado 1 y si es severo 2. Por último, los dientes se miden con la protrusión de la arcada dentaria maxilar, si es normal 0 puntos, si es moderada 1 punto y si es severa 2 puntos. (Chávez Castillo, 2020, pág. 12)

Clasificación de Mallampati

La clasificación de Mallampati se basa en la cantidad de estructuras que se logra visualizar en la cavidad oral, con el paciente frente al observador, con la boca abierta y la lengua protruida al máximo. Se cataloga de I a IV, según se logre ver pilares y úvula

completa, clase I; hasta clase IV, en que no se logra visualizar la base de la úvula (ver Figura 6). (Coloma & Álvarez, 2011, pág. 272)

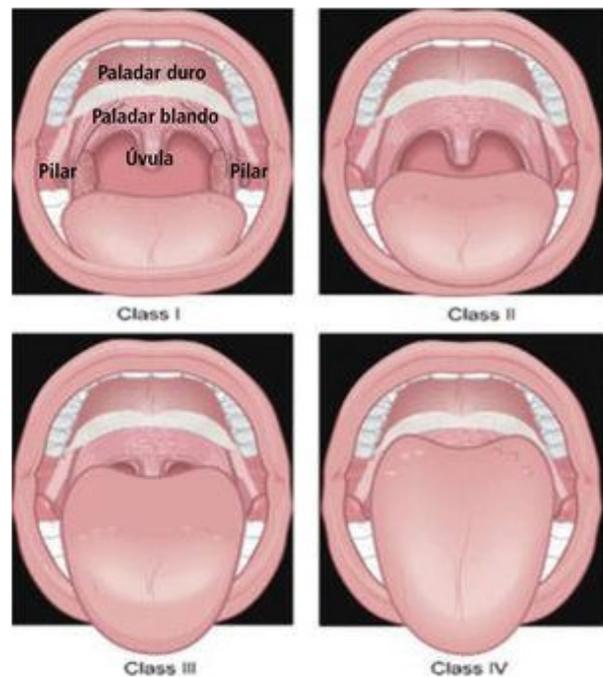


Imagen 6. Clasificación de Mallampati. Recuperado de: “Manejo avanzado de la vía aérea”. Coloma & Álvarez. (2011). Revista Médica Clínica Las Condes. 22 (3). p. 272. Url: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011704266>

Conclusión

De la revisión se desprende que no existe característica única que indique la presencia de una vía aérea difícil. Ante esta situación numerosas Guías para el manejo de la vía aérea difícil han elaborado recomendaciones en base a la evidencia científica existente.

Pueden ayudar a la predicción de una vía aérea difícil la evaluación de la historia preoperatoria detallada, así como una minuciosa evaluación de las vías respiratorias para identificar factores de riesgo potenciales. El examen físico de los rasgos faciales, así como las medidas y puntos de referencia anatómicos pueden orientar la predicción de una VAD, con el propósito de prever este problema y manejarlo apropiadamente.

Por último, es importante destacar que en todos los pacientes quirúrgicos resulta fundamental realizar una minuciosa valoración de la vía aérea con la finalidad de mejorar, mantener e incluso incrementar su seguridad.

Bibliografía

- Chávez Castillo, M. (2020). Escala de Wilson ante la escala de Lemon en toracotomía. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2020. Tesis de post grado, Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Lima. Perú. Recuperado el 28 de enero de 2022, de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6464/chavez_cme.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cobo García, B. (14 de septiembre de 2015). Anestesiología. Recuperado el 05 de enero de 2022, de <https://anestesiologia.org/2015/valoracion-preoperatoria-de-la-via-aerea-dificil-hay-algo-nuevo/>
- Coloma, R., & Álvarez, J. P. (2011). Manejo avanzado de la vía aérea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 270-279. doi:<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-avanzado-via-aerea-S0716864011704266>
- Departamento de Salud de Cataluña. (2011). Informed. Recuperado el 20 de enero de 2022, de <https://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/valoracionvadcast.pdf>
- Galván Talamantes, Y. z., & De los Monteros Estrada, I. (2013). Manejo de vía aérea difícil. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(1), S312-S315. Recuperado el 15 de enero de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas-131bw.pdf>
- Giraldo Gutiérrez, D. S. (2019). Modelos de predicción multivariables para intubación orotraqueal difícil empleando laringoscopia directa. Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía, Bogotá. Colombia. Recuperado el 30 de enero de 2022, de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/69087/1122127043.2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Márquez Ercia, F., Ojeda González, J. J., Cabezas Poblet, B. L., & Robaina Reyes, M. (2012). Protocolo de intervención para abordar la vía aérea difícil: alternativa en el modo de actuación del anestesiólogo. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos - Medisur*, 10(1), 4-16. Recuperado el 20 de enero de 2022, de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n1/ms02110.pdf>
- Martínez Hernández, E. (2017). Relación del índice de masa corporal con la clasificación de Cormack Lehane como predictor de intubación difícil. Tesis de post grado, Universidad Veracruzana, Departamento de estudios de posgrado, Veracruz. Recuperado el 28 de enero de 2022, de <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/51320/MartinezHernandezEdgar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez Hurtado, E., Sánchez Merchante, M., Mariscal Flores, M., & Paz Martín, D. (. (2016). Implicaciones Fisiológicas en la Vía Aérea Difícil. *Anestesiología R*, 1-9. Recuperado el 15 de enero de 2022, de <http://revistaanestesiologia.org/index.php/rear/article/view/136/294>
- Orozco Díaz, E., Álvarez Ríos, J., Arceo Díaz, J., & Ornelas Aguirre, J. (2010). Predicción de intubación difícil mediante escalas de valoración de la vía aérea. *Cir. Cir*, 78, 393-399. Recuperado el 20 de enero de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105d.pdf>
- Plaza Moreno, E. (14 de noviembre de 2021). Urgencias y emergencias. Recuperado el 10 de enero de 2022, de <https://www.urgenciasyemergen.com/via-aerea-dificil-guias-asa-2022/#Introduccion>
- Ramírez Acosta, J. A., Torrico Lara, G. G., & Encinas Pórcel, C. (2013). Índices predictores de vía aérea en pacientes obesos. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(3), 193-201. Recuperado el 05 de febrero de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cma133e.pdf>

Saavedra, M. Á., & Becerra, E. (2015). Predecir la vía aérea difícil en sala de urgencias. *Repert. Med. Cir*, 24(3), 173-181. Recuperado el 10 de enero de 2022, de <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/download/612/649/1188>

Valdés Soutelo, A., Cordero Escobar, I., Cordoví de Armas, L., & Pernas González, A. (2011). Eficacia diagnóstica de un método predictivo de vía respiratoria anatómicamente difícil. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación* 2, 10(3), 186-197. Recuperado el 29 de enero de 2022, de <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v10n3/ane03311.pdf>

Villacorta Celi, C. L. (2019). Predictor de vía aérea difícil de paciente en estado crítico preoperatorio Hospital Nacional Arzobispo Loaiza 2019. Tesis de post grado, Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Lima, Perú. Recuperado el 20 de enero de 2022, de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8692/villacorta_cl.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CITAR ESTE ARTICULO:

Guiracocha Landetta, J. A., Ortiz Andrade, L. A., León García, J. L., & Bellorin Rivas, N. C. (2022). Vía Aérea Difícil. *RECIAMUC*, 6(1), 348-358. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.348-358](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.348-358)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.