

Uso de cánula nasal de alto flujo para procedimiento con sedación en contexto de vía aérea difícil: reporte de un caso

ID

<https://doi.org/10.25237/congreso-2025-16>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Cristóbal Díaz Muñoz

Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe

Begoña Aragón Rosales

Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe

Guillermo Kegevic Romero

Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe

Valentina Sandoval Toro

Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe

Catalina Silva Arenas

Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe

Renato Vásquez Lazarus

Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe

Andrea Straub Valdivieso

Anestesióloga, Hospital San Camilo de San Felipe

Introducción

La vía aérea difícil (VAD) representa un reto, pues un abordaje inadecuado puede generar complicaciones graves. Definida como dificultad para ventilar con máscara facial, realizar intubación endotraqueal o ambas (1), tiene una prevalencia de 1,5% a 8% (2). Causas frecuentes incluyen alteraciones anatómicas, apertura oral limitada y masas tumorales en cabeza y cuello. Se expone el caso de paciente con VAD anticipada por cáncer orofaríngeo, programada para gastrostomía percutánea.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Mujer de 75 años, 38 kg y 1.52 m, hipertensa, hipotiroides, con tabaquismo suspendido y cáncer orofaríngeo tratado con radioterapia. Consulta por odinofagia intensa y disfagia severa mixta. Se propone endoscopía digestiva alta (EDA) y gastrostomía. Al examen de vía aérea (VA) se observa trismus con apertura bucal de 2 cm y buena extensión cervical (imágenes 1 y 2). Se intenta endoscopía bajo sedación con midazolam 2.5 mg, fentanilo 20 mcg y lidocaína tópica, con paso imposible del endoscopio por esfínter esofágico superior. Se planifica nuevo intento con anestesiología.

Calendario (cronología)

Día 1: Hospitalización por disfagia severa.
Día 19: Intento frustro de EDA.
Día 26: EDA + gastrostomía percutánea exitosa.

Plan anestésico

La paciente presenta VAD por cáncer lingual, hallazgos de VA descritos; sin disnea ni ortopnea. Requiere gastrostomía percutánea, habitualmente realizada con sedación. Se plantean como alternativas intubación vigil para asegurar VA versus sedación profunda. Dado que la apertura bucal permite paso de videolaringoscopio (plan B), se decide realizar el procedimiento bajo sedación profunda con cánula nasal de alto flujo (CNAF).

Conflictos de interés

Con oxígeno por CNAF a 60 L/min, FiO₂ 38% y 37°C; paciente semisentada 30°, se topicalizó orofaringe con lidocaína, y se administraron fentanilo 40 mcg, lidocaína 40 mg y propofol en infusión controlada por objetivo (TCI) a sitio efecto, titulado lentamente hasta 2,2 mcg/ml, perdiendo conciencia y conservando ventilación espontánea. EDA visualiza cuerdas vocales indemnes y masa en base de lengua izquierda, con dificultad para avanzar endoscopio. Se logra pasar esófago con endoscopio pediátrico, pudiendo realizar gastrostomía percutánea sin complicaciones. Se aplicó elevación del mentón y subluxación mandibular para mejorar saturación de 92% a 95-96%, sin interrumpir procedimiento. Luego se suspendió TCI de propofol y se redujo gradualmente flujo y FiO₂ de CNAF, pasando a naricera 3 L/min, manteniendo adecuada saturación hasta traslado a sala.

Discusión y Conclusiones

El abordaje habitual para un paciente colaborador con VAD para anestesia general es la intubación vigil. El manejo de esta paciente fue desafiante, porque requería un procedimiento que habitualmente se realiza bajo sedación profunda. Desde la pandemia por COVID-19 se encuentran ampliamente disponibles las CNAF en centros asistenciales, estos dispositivos tienen la capacidad de aportar CPAP con flujos mayores a 50 L/min (3), permeabilizando la VA. En el caso presentado se planteó titular cuidadosamente la sedación con propofol, manteniendo CNAF sin perder la ventilación espontánea, pudiendo retroceder en la sedación o realizar una intubación con videolaringoscopio ante alguna emergencia, dado que la apertura bucal de la paciente permitía su paso. La toma de decisiones individualizada en el contexto de una VAD es clave para la seguridad del paciente.

Contacto

Nombre: Cristóbal Díaz Muñoz

Correo electrónico: cristobal.d.munoz@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 9 51339993

Dirección: