

Verano 2018 (Vol. 23, #2)

The Airway Gazette

Publicación Oficial de la
Sociedad del Manejo de la
Vía Aérea

- 2 Contactos SAM, información de publicación
- 3 Oficiales, Equipo Editorial, Administración
- 4 Expresiones Editoriales
- 5-6 Nuevos Miembros SAM
- 7-8 Mensaje del Presidente SAM 2018
- 9 Serie WDSOACCD: Miembros Generales de la SAM
- 10-12 Análisis Espectrográfico Respiratorio
- 14 Serie WDSOACCD: Vice-Presidente SAM
- 15-17 Carin Hagberg WDSOACCD y mensaje de despedida
- 18-21 Crucero SAM2018 / Eventos Sociales
- 22 Casos Desafiantes SAM2018 — ¡Ganadores!
- 23-30 Agenda Actualizada de Reuniones SAM 2018
- 32-33 Nuevas Guías de Publicación Airway Gazette
- 35-38 SAM for[MD] E-Lights— Swan Song?



Verano, 2018 (Vol. 23, #2)

The Airway Gazette

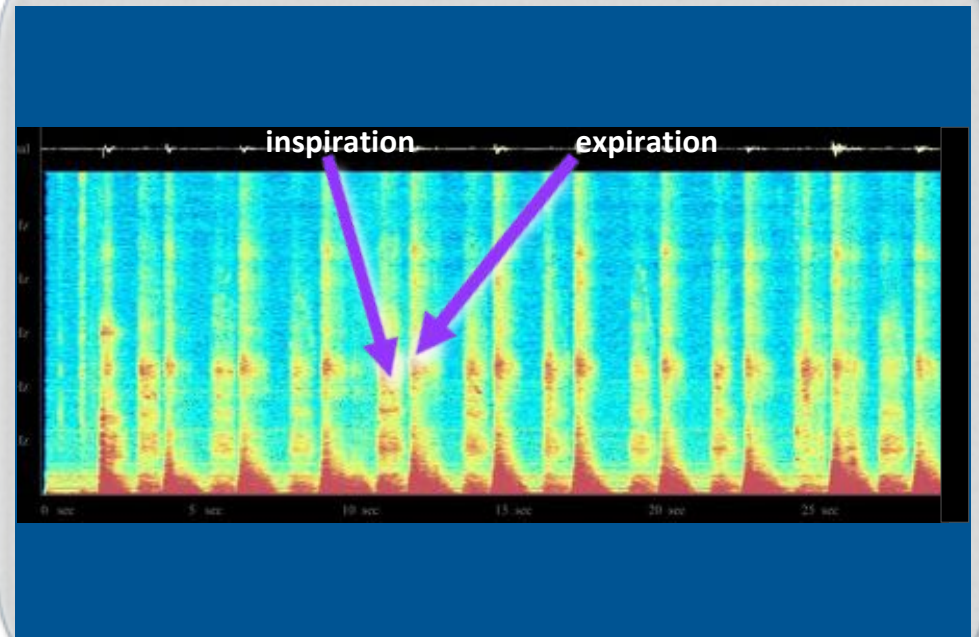
The official publication of the
Sociedad del Manejo de la Vía
Aérea

El Airway Gazette es publicado
semestralmente
cada año de la siguiente manera:

Primavera, Verano, Otoño e Invierno.

El material publicado en el Airway
Gazette es propiedad de la Sociedad del
Manejo de la Vía Aérea y no puede ser
reproducida sin consentimiento escrito.

Sociedad del Manejo de la Vía Aérea



Contactos:

5753 Tanager St., Schererville, IN 46375
Telephone 773-834-3171

SAM Website: samhq.com

Twitter: <https://twitter.com/@samhqglobal>

Facebook:
<https://www.facebook.com/SocietyforAirwayManagement/>



Editor Jefe

Katherine S.L. Gil, MD
k-gil@northwestern.edu

Editores Asociados

Valerie Armstead, MD
vearmstead@gmail.com

Christopher Godlewski, MD
cgodlewski@uabmc.edu

Mauricio do Amaral Neto, MD
mauricio.amaral.neto@gmail.com

Editor de Diseño

Kathryn Nicole Ludmer

Papers para publicación

Incentivamos con entusiasmo la entrega. El material entregado para publicar debe estar conforme a las guías de publicación (ver números anteriores de Gazette en el sitio web de la SAM). Favor enviar los manuscritos al Editor Jefe hasta el 15 de Marzo, Junio, Septiembre o Diciembre (≈45 días antes de la publicación de la revista). Los autores deben entregar citas del material obtenido de otras fuentes publicadas antes de su publicación.

Director Administrativo:

Anne-Marie Prince
amprince@peds.bsd.uchicago.edu

**Junta Directiva****Presidente**

Lorraine Foley, MD
ljfoley@comcast.net

President-Electo

Lauren Berkow, MD
lberkow@anest.ufl.edu

Vice Presidente

Felipe Urdaneta, MD
furdaneta1@mac.com

Secretario

Paul Baker, MD
paul@airwayskills.co.nz

Tesorero

Joseph Quinlan, MD
quinlanij@anes.upmc.edu

Past-President Inmediato

Ashutosh Wali, MD
awali@bcm.tmc.edu

Director Ejecutivo

Carin Hagberg, MD
Carin.A.Hagberg@uth.tmc.edu

Miembros de la Junta

John Sakles, MD
sakles@aemrc.arizona.edu

Michael Aziz, MD
michaelfaziz@gmail.com

Sim Jagannathan, MD
simjag2000@gmail.com

Kenneth Rothfield, MD
kprothfield@aol.com

Ellen O'Sullivan, MD
ellenosullivan2000@gmail.com

Michael Seltz Kristensen, MD
Michael.Seltz.Kristensen@regionh.dk

David Wong, MD

Expresiones Editoriales

Estimados Colegas,

Este volumen es notable en muchos sentidos. La Dra. Lorraine Foley, cuyo período presidencial se inició en el 2016, presenta su Mensaje Final del Presidente. Pareciera que el tiempo vuela bajo su intachable dirección. La Dra. Foley siempre ha tenido una visión futurista en el desarrollo de programas y en ampliar la influencia global y nacional de la SAM. Estamos impresionados y agradecidos por mantener -como Presidente de la SAM- el nivel de exigencia que siempre hemos buscado.

El Dr. John Doyle, past-president de la SAM, ex Editor Jefe del Airway Gazette y actual “experto sabelotodo en vía aérea”, ha escrito un texto sobre metodología innovadora para monitorización en ventilación con espectrogramas de audio. Me impactaron sus cuatro ejemplos de espectrograma que evidentemente difieren entre sí en la forma de la curva y densidad durante los patrones de inspiración versus espiración. Afortunadamente, el Dr. Doyle dio una respuesta a la naturaleza no idéntica de estos espectrogramas, ej: la variación de un sujeto/paciente a otro puede deberse a grabaciones en diferentes lapsos de frecuencia. Adicionalmente, quizás se deben a razones desconocidas que han sido recogidas de una mayor experiencia.

El Dr. Michael Aziz de la Universidad de Salud & Ciencia de Oregon en Portland, Oregon, aparece en la sección “¿Qué hacen los Oficiales y Presidentes de Comités de la SAM?” (WDSOACCD). Esta serie comprende las impresiones personales entregadas voluntariamente por varios miembros de la SAM con detalles de antecedentes, labores, tiempo requerido y otros.

Estas series WDSOACCD continúan con datos informativos de dos líderes SAM. El Dr. Felipe Urdaneta lidera en estas experiencias como Vice-Presidente de la SAM y con su interminable trabajo con la organización con una visión hacia las constantes mejoras e innovaciones.

A continuación, la Dra. Carin Hagberg describe las responsabilidades como Director Ejecutivo de la SAM. También profundiza sobre sus múltiples roles dentro de la SAM y otras organizaciones – una discusión combinada que incluye un mensaje de despedida a los miembros – siendo este su último año.

Su historia podría ser una cartilla para los avances extraordinarios en ámbitos profesionales. La Dra. Hagberg es una líder sumamente respetada y capaz y, como era de esperarse, ha cumplido de sobremana las expectativas de nuestro querido fundador de la SAM, el Dr. Andy Ovassapian.

Por favor, tengan en cuenta la información entregada por el Presidente de la Reunión de la SAM 2018, el Dr. Sim Jagannathan, comenzando con los detalles del Evento Social del Crucero, seguido por los ganadores de los Casos Desafiantes SAM 2018. Estos incluyen anomalías craneo-faciales pediátricas, malformaciones faciales arteriovenosas, lesiones traqueales, medicina de urgencia y reportes de cuerpos extraños subglóticos. Se incluyen finalmente las actualizaciones del folleto final SAM2018, publicado recientemente.

Las Guías de Publicaciones de la SAM están disponibles en la página 34 para todos aquellos miembros que quieren escribir para el Airway Gazette. Escribir amplía el CV y suele ser un paso importante para avanzar profesionalmente. Se puede incluso comenzar escribiendo un resumen de diferentes lecturas /discusiones presentadas en la Reunión SAM 2018. Para autores con más experiencia, es una gran herramienta educacional para otros colegas. Sean todos bienvenidos a comunicarse con nuestro Editor Jefe para más información y asistencia en cualquier momento.

El sitio web “for[MD]” para la interacción entre miembros ha dejado de existir – debido a una decisión de la compañía que lo administra. La SAM se comprometió a encontrar un reemplazo seguro. Por favor vea la publicidad del nuevo Foro SAM seguido por la última discusión for[MD].

Por favor asista a la Reunión SAM2018 – disfrute de las conversaciones íntimas y la interacción con los mejores expertos en el manejo de la vía aérea en el mundo de variados países. Va a ser la experiencia educacional y de conectividad más placentera de su vida.

Saludos Cordiales,
Editor Jefe
Katherine S.L.Gil, MD



¡DAMOS LA BIENVENIDA A LOS NUEVOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD DE MANEJO DE LA VÍA AÉREA!

WELCOME TO THE SOCIETY FOR AIRWAY MANAGEMENT'S
NEWEST MEMBERS!

Dr. Sultan Almotairi (Saudi Arabia)

Dr. Kunal Gangopadhyay (Issaquah, WA)

Dr. Bruna Antenucci Munhoz (Brazil)

Dr. Annery Garcia-Marcinkiewicz (Philadelphia, PA)

Dr. Bernard Barban (Brazil)

Dr. David Jeremiah Garrison (Tucson, AZ)

Dr. Jesus Guillermo Becerra (Mexico)

Dr. Douglas Groswald (Carmel, IN)

Dr. Luis Daniel Beltrán Beltrán (Peru)

Dr. David Kelley (Litte Rock, AR)

Dr. Ben Cloyd (Ann Arbor, MI)

Dr. Ricardo Kenithi Nakamura (Brazil)

Dr. Lorena Faleiro Rodrigues (Brazil)

Dr. Roberto Larios (Fitchburg, MA)

Dr. Ursula Galway (Lakewood, OH)

Dr. R. Mario Leal Ferreira (Brazil)

¡DAMOS LA BIENVENIDA A LOS NUEVOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD DE MANEJO DE LA VÍA AÉREA!

Dr. Parul Maheshwari (Edmond, OK)

Dr. Louis Relle III (Marrero, LA)

Dr. Ana Luisa Maia Do Nascimento (Brazil)

Dr. Felipe Augusto Ribeiro Valadares (Brazil)

Dr. Amer Majeed (Saudi Arabia)

Dr. Ashlie Stowers (Boerne, TX)

Dr. Kevin McCann (Canadá)

Dr. Thomas Terndrup (Franklin, TN)

Dr. Daniela Nunes Oliveira (Brazil)

Dr. Shan Theventhiran (Staten Island, NY)

Dr. Sabrina Prates De Noronha Romanczuk (Brazil)

Dr. Marco Vinicio Valenzuela Cifuentes (Brazil)

Dr. Shanthi Ramaiah (Saudi Arabia)

Dr. Claudio Villagra (Chile)

Dr. Zenon Rei De Brito Borges (Brazil)

Dr. Enrique Zorrilla (Brazil)



MENSAJE DE LA PRESIDENTE SAM 2018

Lorraine J. Foley, M.D.

Winchester Hospital

Boston, MA

Estimados Miembros y Colegas,

Espero con ansias la 21° Reunión y Taller Anual de la Sociedad de Manejo de la Vía Aérea (SAM 2017) en Chicago, Illinois en Septiembre 13-16, 2018. El tema de este año es la Educación, Tecnología y el Futuro de la Vía Aérea. El vínculo para el folleto es: samhq.com/wp-content/uploads/2018/03/SAM-2018-Chicago-Program-3.28.18-1.pdf que contiene toda la información necesaria.

Nuestras charlas, discusiones de Mesa Redonda y sesiones de posters serán magníficas. El Dr. J. Adam Law (Halifax, Canadá) dictará la Charla Ovassapian (auspiciada por Jack Pacey, M.D.) llamada: “5 Cosas Que Deben Cambiar Ahora Sobre la Práctica del Manejo de la Vía Aérea”. Nuevamente ofrecemos un taller extenso de 90 minutos que incluirá discusión y experiencia práctica en el manejo de una crisis “sin intubación, sin oxigenación” (CICO). Este taller ha sido aprobado por el Colegio de Anestesiólogos de Australia y Nueva Zelanda (ANZCA) como una actividad de respuesta de emergencia (código de reconocimiento ER-15-CICO-013).

La SAM continúa creciendo como una sociedad mundial con once Capítulos internacionales. Gracias a los numerosos y excelentes reportes entregados, hemos escogido tres, provenientes de China, Canadá y España, como cátedras en la sección de Capítulos del programa. También hemos seleccionado los mejores resúmenes de casos desafiantes para presentar y discutir en la sección de Casos Desafiantes.

Me gustaría agradecer a los auspiciadores de nuestra Reunión. Hasta el momento se incluyen Vyair Medical, Ambu, Teleflex Medical, Fisher & Paykel Healthcare, Karl Storz GmbH, Cook Medical, Masimo, Flexicare, Pulmonary, Masimo, Dr. John Pacey, Parker Medical, TruCorp, BVM Medical, SafecamMedical LLC, Salter Labs, NuZone Medical, y Adroit Surgical. Sin ellos, nuestra reunión no sería posible.

Este año, Vyair, como auspiciador Diamante, organiza un simposio de almuerzo el Viernes 14 de Septiembre. El Dr. Steven Cataldo presentará: Combatiendo la hipoxemia perioperatoria con presión positiva nasa: Introduciendo el SuperNO2VA™. Pueden pre-inscribirse enviando un email: blair.waite@vyair.com. También podrán inscribirse en el puesto de Vyair en la mañana del evento.

Felicitaciones al Dr. David Cattano, quien recibió el Premio a la Investigación SAM 2013, por su publicación: Corso RM, Lee S, Wojtczak J, Cattano D. Aparatos extraglóbulos de vía aérea y evaluación ecográfica; ¿Vamos bien encaminados? *Minerva Anestesiologica* 2017;83(10):1110-1. DOI: 10.23736/S0375-9393.17.12025-0.

La Reunión Mundial del Manejo de la Vía Aérea (WAMM 2019) será en Amsterdam, Holanda, en Noviembre 15-17, 2019, en colaboración con la Sociedad de Vía Aérea Difícil (DAS), Reino Unido, y la Sociedad Europea del Manejo de la Vía Aérea (EAMS). Por favor, reserven la fecha.

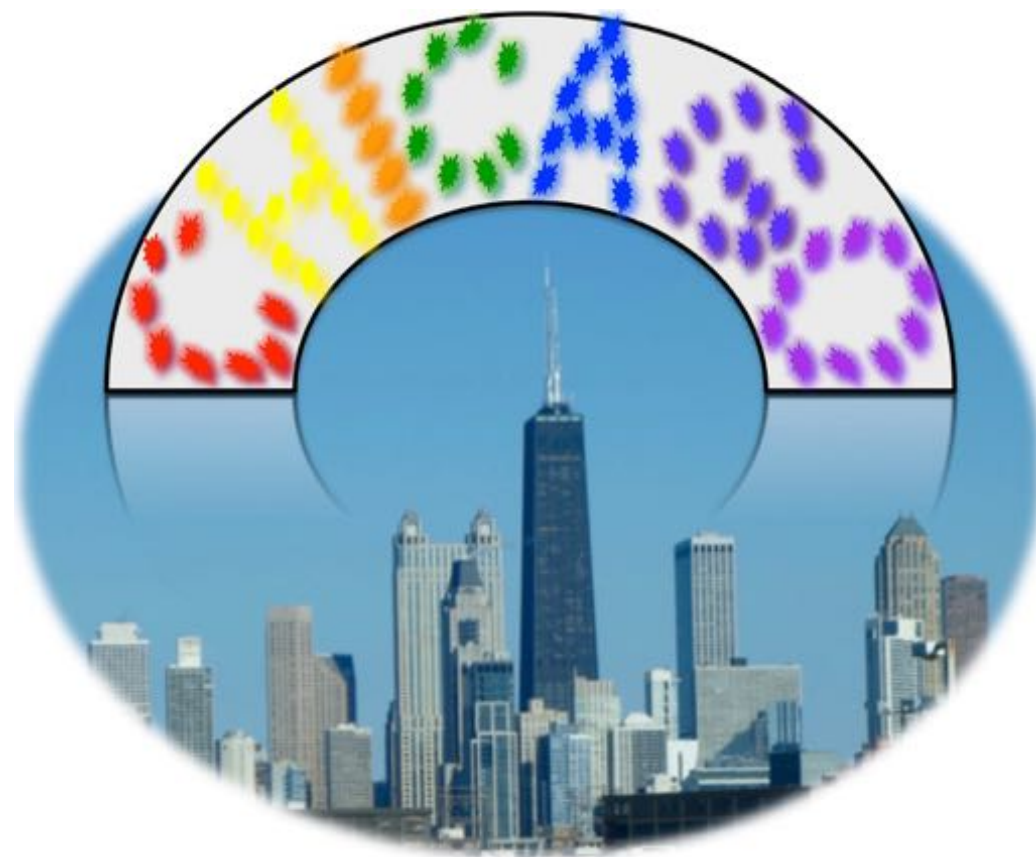
La Sociedad de Manejo de la Vía Aérea (SAM) se complace en continuar con su apoyo al Movimiento de Seguridad del Paciente (PSM) y su misión de lograr cero muertes prevenibles en hospitales al año 2020 (OX2020). Actualmente tenemos una Comité de Proyecto Especial trabajando en colaboración con el PSM en el tema: “Manejo de la

Vía Aérea Afuera del Pabellón y la Extubación No Planeada”. Estaremos participando en el Taller de Seguridad en la Vía Aérea PSM de Soluciones de Acción en la Seguridad del Paciente (APSS). Por favor dirijase al sitio web.: <http://patientsafetymovement.org/> para más información.

Finalmente, esta será mi último Mensaje de Presidente ya que mi período termina en Septiembre. Seguirá el Presidente electo, la Dra. Lauren Berkow. Han sido dos buenos años y siento que se ha logrado mucho. Me gustaría agradecer a todos por su apoyo y arduo trabajo. Ansío ver a todos en Septiembre en nuestra Reunión Anual en Chicago, Illinois.

Lorraine J. Foley, M.D., M.B.A.

Presidente, Sociedad del Manejo de la Vía Aérea



La SAM siempre incentiva a los residentes/estudiantes a participar...

- Envíen sus revisiones de artículos ya publicados sobre la vía aérea
- Postulen a premios de viaje y conviértanse en miembros de la SAM!
- Envíen abstracts o posters para la reunión anual.

Los Jefes de Sección del Airway Gazette solicitan

Si cualquier miembro de la SAM quiere reclutar autores incluyendo residentes y/o revisar y preparar E-Lights para el Gazette, por favor comuníquese con el Editor Jefe.

Miembro de la Directiva SAM

Michael Aziz, M.D.
Oregon Health & Science University
Portland, Oregon



Soy investigador en técnicas en la vía aérea. Mi enfoque ha sido la videolaringoscopia y he llevado a cabo grandes estudios observacionales y aleatorios para determinar su beneficio en el pabellón. Mi experiencia en la vía aérea me hace un candidato natural para la anestesia de Cabeza y Cuello. También soy subespecialista en anestesia regional.

Fui invitado inicialmente a presentar una charla en la reunión anual de la Sociedad del Manejo de la Vía Aérea después de que un líder de la SAM leyera una de mis publicaciones. Me convertí en un miembro de la directiva SAM luego de que la Dra. Carin Hagberg (Directora Ejecutiva SAM) me preguntara si quería servir más a la sociedad. Nos habíamos conocido cuando colaboré con ella en un estudio juntos.

A los Miembros de la Directiva se nos solicita participar en varias actividades anuales de la SAM tales como talleres, presentaciones y/o moderación de sesiones; en reuniones de la Junta Directiva durante la reunión anual de la SAM y en la reunión anual de la Sociedad Americana de Anestesiología; y durante conferencias telefónicas en diferentes momentos del año. También se espera una participación en un comité SAM. Actualmente soy Co-Director del Comité de Investigación.

El tiempo requerido como miembro de la Directiva es fluctuante. Es bastante activo durante las reuniones de la SAM, consumiendo muchas horas del día, mientras que en los meses que no, solo involucra un par de horas al mes.

Mi rol como Miembro de la Directiva ha sido interesante. Personalmente, intento brindar una voz científica en las discusiones que tratan los objetivos de la SAM y planes futuros. La Junta Directiva toma decisiones respecto a la dirección que toma la Sociedad y para mi es un honor poder aportar una voz a eso.

El número de miembros de la Junta Directiva me parece apropiado. Con siete miembros podemos representar las muchas disciplinas del manejo de la vía aérea así como también a regiones alrededor del mundo, con quienes estamos comprometidos.

Erratum: En el volumen anterior, este artículo tenía una afiliación institucional errada atribuida al Dr. Michael Aziz. Lamento que esto ocurriera, un error poco común secundario a un ahorro de tiempo, efectos de “sobreescribir” – una herramienta de los editores. Es por esta razón que el artículo fue republicado completamente.

INTUBATION | AIRWAY EXCHANGE | EMERGENCY AIRWAY

**When seconds matter,
what's your plan?**



**New
website**



cookairway.com

At **cookairway.com**, you can:

- Discover a comprehensive line of airway products.
- Request a product demonstration.
- Contact a Cook Medical sales representative who can assist you with your airway needs.





Analisis Espectrografico a Color: Una Tecnologia Naciente para la Monitorización Respiratoria

D. John Doyle M.D., Ph.D.

Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University
Anestesiólogo Consultor Cleveland Clinic Abu Dhabi, UAE

Introducción:

La necesidad de tener métodos de monitorización simples pero confiables ha existido desde el tiempo de Hipócrates. Esta necesidad se ha vuelto especialmente fuerte en los últimos años con el aumento del uso de opioides para el manejo del dolor perioperatorio. Pese a esta necesidad, no existe un método simple y altamente confiable para el monitoreo respiratorio continuo de uso clínico rutinario, si bien la capnografía se le acerca (Tabla 1).

Tabla 1. Métodos variados de monitorización respiratoria en pacientes intubados. .

- Observación directa de los movimientos de tórax y abdomen
- Capnografía oral/nasal
- Métodos termistores nasales/orales (el termistor se calienta con los gases espirados)
- Uso de cinturones de monitorización respiratoria (tórax más abdominal; varios subtipos)
- Extracción de información respiratoria de la señal fotopletimográfica
- Métodos de impedancia eléctrica (utiliza una pequeña corriente inyectable)
- Métodos acústicos (ej., espectrograma de color muestra los sonidos respiratorios)

De estos, la capnografía está dentro de las más populares pero sufre de la necesidad de reafirmar continuamente que el sistema de muestreo gaseoso esté operando correctamente. La extracción de información respiratoria de la señal pletismográfica del oxímetro de pulso es un campo activo¹ de investigación, pero aún no es una corriente principal. Un aparato conocido como el ExSpirom 1Xi Monitor Pack (Respiratory Motion Inc., Waltham, MA) opera detectando los cambios de impedancia eléctrica en el tórax y musculatura respiratoria y parece ser promesa^{2,3}, pero no es simple ni barato.

Una posible tecnología para la monitorización respiratoria que ha captado el interés del autor durante ya un tiempo es el uso del análisis del espectrograma a color de los sonidos respiratorios. Motivado por el éxito de las técnicas espectrográficas a color en la monitorización diagnóstica de maquinaria rotativa⁴, y el análisis del

canto de los pájaros⁵, el autor busca construir su propio sistema para el análisis espectrográfico a color de los sonidos respiratorios.

Técnica:

Se exploraron varias ideas para grabar los sonidos respiratorios. El **primer proyecto** consistió en agregar un micrófono especial a una Máscara de Vía Aérea Laríngea (LMA, Teleflex, Wayne, PA) utilizando un sistema ensamblado sin fugas y personalizado basado en un micrófono eléctrico en miniatura (RadioShack 30-3013, RadioShack). Este micrófono fue fijado con *pegamento* epoxy para asegurarlo al barril de una jeringa de plástico corta de 3mL con un tope Luer. Se utilizó un amplificador de audio monoaural de alta ganancia (RadioShack Mini Audio Amplifier/Speaker 277-1008) para amplificar la señal del micrófono para ser usado con audífonos o para el análisis computacional⁶. Una muestra de la grabación de audio puede ser oída más fácilmente utilizando un navegador Chrome en <http://lmamonitor.homestead.com>. La Figura 1 muestra la presentación del espectrograma a color de esta grabación obtenida usando un programa de espectrograma de Windows conocidos como spectrogram16.exe.

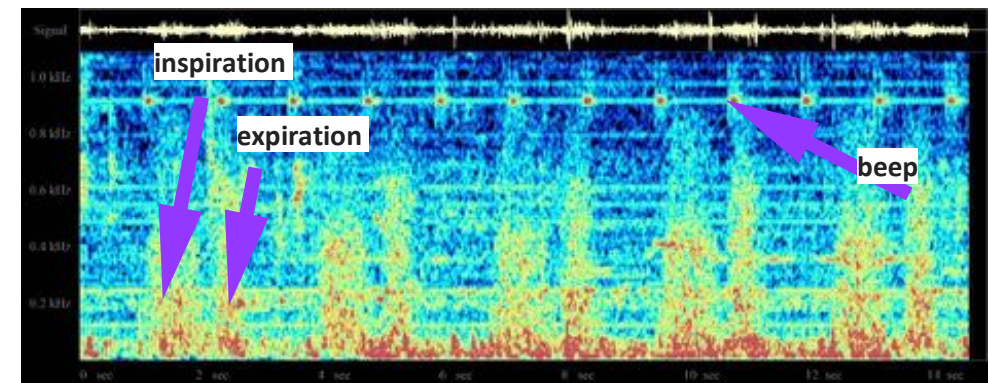


Fig. 1. Muestra de espectrograma a color de los sonidos respiratorios grabados de un cuff de Máscara Laríngea

El rango de frecuencia mostrado es de 0 Hz a un poco más de 1000 Hz, mostrando los componentes de señal con frecuencia más alta en la cima y los más bajos en la base. Las áreas rojas indican los niveles de señal más fuertes, las áreas azules muestran los niveles más débiles que no son cero.: NEGRO < AZUL < VERDE < AMARILLO < ROJO. Nótese que la inspiración y espiración son claramente visibles así como también el *beep* repetitivo del oxímetro de pulso alrededor de 915 Hz.

El **segundo proyecto** buscó fijar un micrófono en una máscara de oxígeno para grabar los sonidos respiratorios (Figura 2).

La señal amplificada fue ingresada al programa de espectrograma a color spectrogram16.exe para producir la presentación mostrada en la Figura 3. Nuevamente, la inspiración y espiración son claramente visibles.



Fig. 2. Micrófono miniature electret

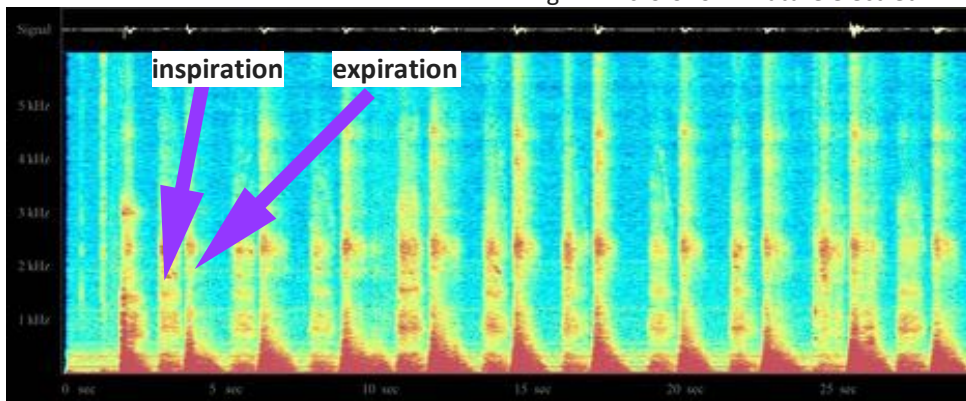


Fig. 3. Resultado de las señales amplificadas ingresadas a un programa de espectrograma a color

El rango de frecuencias mostrado en esta figura es de 0 Hz a 6000 Hz, donde los componentes más altos de la señal están en la cima y los más bajos en la base. Las áreas rojas indican los niveles de señal más fuertes, las áreas azules muestran los niveles más débiles que no son cero.: NEGRO < AZUL < VERDE < AMARILLO < ROJO. Nótese que la inspiración y espiración son claramente visibles. Este diseño

ganó el primer lugar en el concurso Technology in Anesthesia 2010 Engineering Design, premio otorgado por ser un monitor respiratorio novedoso basado en bioacústica.

El **tercer Proyecto** buscó grabar los sonidos respiratorios del canal auditivo. En este caso, un micrófono miniatura electret (un tipo basado en capacitor electrostático) fue modificado, agregándole un adaptador que permitió que fuese colocado cómodamente en canal auditivo externo. La señal amplificada fue conectada nuevamente a un programa de espectrograma a color en tiempo real. Las Figuras 4A y 4B muestran el ensamblaje modificado del micrófono electret y su colocación en el canal auditivo del sujeto evaluado.

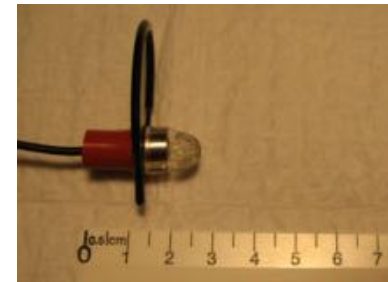


Fig. 4A. Ensamblaje modificado del micrófono electret

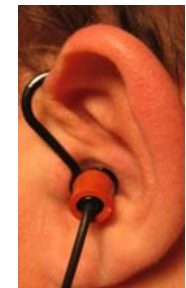


Fig. 4B. Inserción del ensamblaje en el canal auditivo externo

Figura 5 muestra como este micrófono electret modificado puede ser utilizado para obtener una monitorización espectrográfica a color de la respiración.

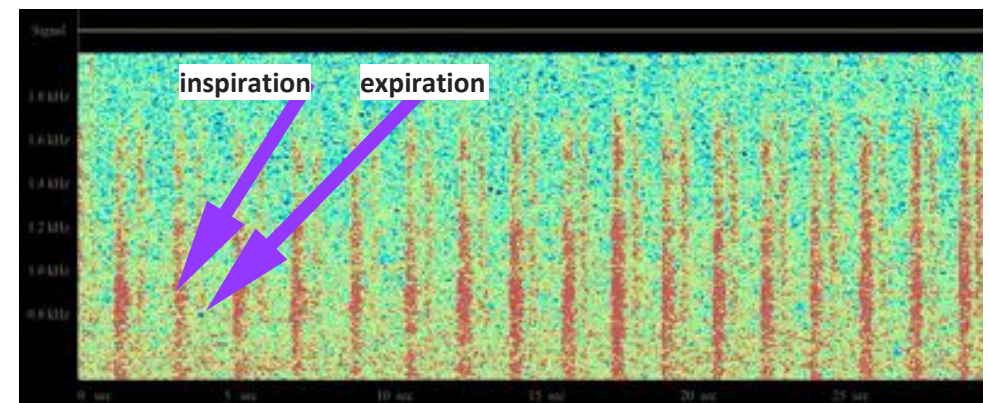


Fig. 5. Espectrograma acústico de ventilación continua*

Pese a que el patrón mostrado en la figura 5 es menos distintivo en comparación con aquel mostrado en la Figura 3, muestra el espectrograma acústico respiratorio obtenido bajo dos condiciones diferentes. Esta imagen muestra un espectrograma a color obtenido durante 30 segundos de respiración nasal; nótese que la inspiración es más evidente que la espiración. El rango de frecuencias mostrado es de 500 Hz y 2000 Hz, siendo la frecuencia más alta la mostrada en la cima y la más baja en la base. Las áreas rojas indican los niveles de señales más fuertes y las áreas azules muestran los niveles más débiles que no son cero: NEGRO < AZUL < VERDE < AMARILLO < ROJO. La Figura 6 muestra un período de 30 segundos de respiración bucal interrumpida por un período deliberado de apnea (sostener la respiración). Nótese la inspiración más larga de lo común luego del período de apnea. En esta grabación, al igual que en la Figura 5, el autor fue el sujeto experimental.

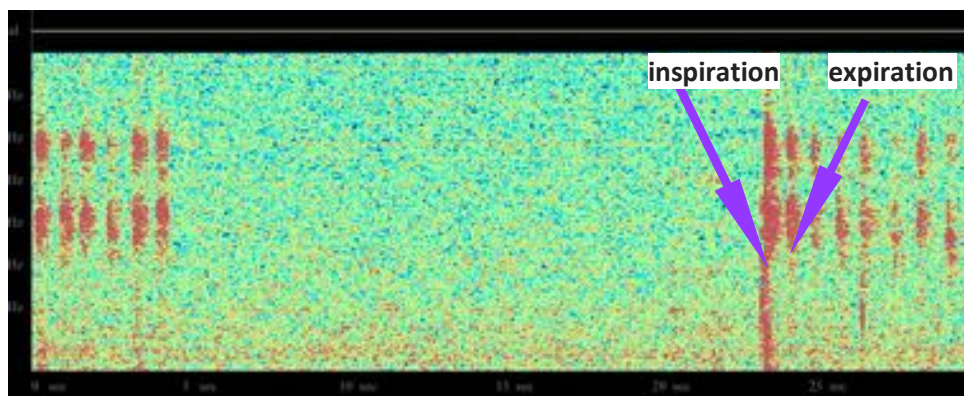


Fig. 6. Espectrograma respiratorio acústico de ventilación interrumpida (ej. Apnea)

Discusión:

Un espectrograma a color es una forma de graficar los componentes de frecuencia como señal contra el tiempo, con la intensidad de la señal codificada en color. En las imágenes mostradas, las áreas rojas indican niveles de señales fuertes mientras que las áreas azules son los puntos de señal no cero más débiles: NEGRO < AZUL < VERDE < AMARILLO < ROJO. Está previsto que una presentación de los patrones respiratorios en un espectrograma a color en tiempo real eventualmente será un medio útil de monitoreo respiratorio remoto en pacientes con riesgo aumentado de depresión respiratoria. Adicionalmente, se preveé que los médicos serán capaces de interpretar los sonidos crudos obtenidos y sus espectrogramas correspondientes para detectar estados normales y patológicos. Estos incluyen

respiración normal, taquipnea, fonación, obstrucción parcial de la vía aérea, sibilancias y fugas en ventilación con presión positiva.

Aquellos médicos a quienes les gustaría explorar las posibilidades que ofrece esta tecnología naciente encontrarán que este método es notablemente sencillo, siendo necesario solo un mínimo conocimiento de los métodos para grabar audio. Además, hay varias aplicaciones de iPhone y Android que producen espectrogramas a color, si alguien no desea utilizar un PC como plataforma computacional. Finalmente, copias del programa spectrogram16.exe para Windows están disponibles por el autor si son solicitadas (djdoyle@hotmail.com). El autor no presenta conflictos de interés.

Referencias:

1. Nilsson LM. Respiration signals from photoplethysmography. *Anesth Analg*. 2013;117(4):859-65. PubMed PMID: 23449854.
2. Voscopoulos CJ, MacNabb CM, Freeman J, Galvagno SM Jr, Ladd D, George E. Continuous noninvasive respiratory volume monitoring for the identification of patients at risk for opioid-induced respiratory depression and obstructive breathing patterns. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;77(3 Suppl 2):S208-15. PubMed PMID: 25159358.
3. Holley K, MacNabb CM, Georgiadis P, Minasyan H, Shukla A, Mathews D. Monitoring minute ventilation versus respiratory rate to measure the adequacy of ventilation in patients undergoing upper endoscopic procedures. *J Clin Monit Comput*. 2016;30(1):33-9. PubMed PMID: 25735263.
4. Yu Zhang, Chris Bingham, Zhijing Yang, Bingo Wing-Kuen Ling, Michael Gallimore. Machine fault detection by signal denoising—with application to industrial gas turbines. *Measurement*, 2014; 58:230-240. <https://doi.org/10.1016/j.measurement.2014.08.020>.
5. Meliza CD, Keen SC, Rubenstein DR. Pitch- and spectral-based dynamic time warping methods for comparing field recordings of harmonic avian vocalizations. *J Acoust Soc Am*. 2013;134(2): 1407-15. DOI:10.1121/1.4812269. PubMed PMID: 23927136; PubMed Central PMCID: PMC 3745477.
6. Doyle DJ. The Laryngeal Mask Airway audio monitor. Obtaining breath sounds from the Laryngeal Mask Airway: a new device for patient monitoring. *Anesthesiology*. 2003;99(1):242. PubMed PMID: 12826876.

Figures:

5 and 6—Presented at the 16th World Congress of Anaesthesiologists(WCA) 2016 <https://f1000research.com/posters/5-2300>.

Now you can maintain an open airway for an EGD and a clear path for the scope.

Maintaining an open airway shouldn't impede the movement of the scope. That's why the LMA[®] Gastro[™] Airway from Teleflex features an integrated endoscope channel — providing esophageal access while allowing you to establish an airway for your EGD and other endoscopic procedures.



Featuring
Cuff Pilot[™]
Technology

teleflex.com/lmagastro



CAUTION: Federal (USA) law restricts this device to sale by or on the order of a physician.

Teleflex, the Teleflex logo, Cuff Pilot, LMA Gastro, and LMA are trademarks or registered trademarks of Teleflex Incorporated or its affiliates, in the U.S. and/or other countries. Information in this material is not a substitute for the product Instructions for Use. The products may not be available in all countries. Please contact your local representative. Revised: 07/2017.

Teleflex[®]

Editor's Note:

What Do SAM Officers and Committee Chairs Do?

This is the initial series on first-person impressions volunteered by several SAM position-holders including brief backgrounds, duties, and time involved.

Vice Presidente SAM

Felipe Urdaneta, M.D.

**University of Florida
Gainesville, FL**



Nací en Colombia, Sudamérica, y luego de terminar mis estudios de medicina, viajé a los Estados Unidos y he vivido aquí desde entonces. Me alegra haber sido capaz de navegar por la sopa de letras de las visas de inmigración.

Ingresé a la Universidad de Florida (UF) como residente y luego terminé mi entrenamiento como Especialista en Anestesia Cardio Torácica. He estado en la UF desde ese entonces, excepto por un año sabático el 2007 que decidí unirme a una consulta privada en un hospital pequeño. Posteriormente, decidí que lo que realmente me gustaba era la academia, y volví a mi antigua posición en la UF y al Florida Veterans Administration (VA) Hospital en Gainesville, en donde realicé todo mi trabajo clínico. Mi consulta consiste en 30% de Anestesia Cardio Torácica, 50% en Otorrinolaringología, y el resto es una variedad en cuidado adulto-geriátrico, tanto dentro como fuera del pabellón (OR). Estoy a cargo de la educación relacionada a la vía aérea en la UF y a cargo de las actividades de la vía aérea fuera del pabellón de la VA en Florida Norte Central.

Durante mi consulta privada sabática me interesó el manejo de la vía aérea... déjenme reformular esto, tuve unas situaciones riesgosas que me hicieron dar cuenta que necesitaba mejorar en el arte del manejo de la vía aérea y más aún, necesitaba enseñarles a los residentes sobre temas y problemas de la vía aérea avanzada. Hice una búsqueda en Google de organizaciones de la vía aérea y apareció la Sociedad del Manejo de la Vía Aérea (SAM). Me uní y asistí a mi primera reunión de la SAM y me maravilló. Supe que había encontrado un grupo de individuos con ideas afines que compartían experiencias iguales o similares. Toqué varias puertas y me uní al foro de la SAM, que para ese entonces era una plataforma interactiva basada en e-mail donde se compartían múltiples ideas sobre la vía aérea. Me atreví a dar mi opinión y escribí un par de cartas al Airway Gazette y actualmente me encuentro aquí. He aprendido tanto de cada miembro de la SAM que comparte su experiencia en el Foro, en redes sociales de la SAM, quienes escriben artículos, capítulos o en reuniones editoriales. Me interesó de manera importante los medios electrónicos incluyendo las redes sociales; al oír las fantásticas charlas a las que he asistido durante el diseño web de la SAM. Un día decidí preguntar si la SAM estaría

interesada en actualizar algunos métodos de comunicación y la respuesta positiva significó mi participación en las actividades de comunicaciones de la SAM desde entonces.

Durante los años he sido voluntario para diferentes esfuerzos educacionales de la SAM, como instructor, participante de mesas redondas y orador en la Reunión Anual y Talleres de la SAM. He escrito artículos para el Gazette, he sido líder y miembro de comités y me convertí en Vice-Presidente de la Reunión Anual de la SAM y Presidente de la Reunión de la SAM en Atlanta, Georgia en el 2016.

Mis labores como Vice-Presidente no son exactas pero sí fluidas: en primer lugar mi rol es de apoyar al Presidente y Director Ejecutivo con las políticas y procedimientos y asegurar que cuando algo me sea delegado, se cumplan los objetivos. Mucho de esto sucede tras bambalinas: muchos “incendios” que son apagados a medida que avanzan los años. Me veo a mi mismo como un miembro de la SAM que se ha interesado en involucrarse más en las actividades del día a día. También soy miembro del Comité de Medios y del Comité de la Reunión Anual de la SAM. He tomado un interés especial en la sección del Comité de Capítulos y he trabajado de manera cercana con la sección de “Miembros Internacionales”; y como ya muchos se han dado cuenta, hay una nueva sección diseñada en la página web de la SAM... con espacio para crecer.

Ha sido un honor haber sido Vice-Presidente estos últimos 2 años, puedo resumir mi contribución como parte de un grupo de apoyo al Comité Ejecutivo. Mi éxito o fracaso depende netamente de mi entusiasmo, tenacidad y compromiso. Quiero que todos, especialmente los nuevos miembros, vean mi historia como un ejemplo: todos quienes quieran involucrarse con esta organización, deberían. Todos tienen talentos y opiniones y la SAM los necesita. He sido tremendamente afortunado de que muchos oficiales de la SAM y Ex Presidentes me dieran la oportunidad – muchos de ellos me dieron más de una, para ser honesto – y creyeron en mí. Estoy eternamente agradecido y orgulloso de ser un miembro de este grupo de gente y organización global tan talentoso y diverso.

Director Ejecutivo de la Sociedad de la Vía Aérea 2009-2018 18



Carin A. Hagberg, M.D.
University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, TX

Soy originaria de Massachusetts, me mudé a Texas para estudiar medicina a un precio pagable, ya que era financieramente independiente de mis padres después de graduarme de la Universidad de Massachusetts.

Permanecí en Texas durante mi residencia en la Universidad de Texas en la Escuela de Medicina Southwestern en Dallas, en donde ingresé al profesorado en UT Health Mc Govern Medical School y permanecí durante 24 años. Durante mi carrera en UTHealth®, fui Directora de Programa de Pregrado, Directora del Programa de Residencia, Vicepresidente y finalmente Presidente del Departamento, una posición en la cual estuve durante los últimos 9 años de mi estadía en UTHealth®.

Actualmente, me desempeño como Profesor Distinguido Helen Shafer Fly y Jefa de la División de Anestesiología, Cuidado Intensivo y Medicina del Dolor en el University of Texas MD Anderson Cancer Center en Houston, un cargo que he ocupado desde Octubre del 2016. En este cargo, tengo responsabilidades operacionales, financieras y estratégicas sobre estos tres departamentos y cumpla funciones que interactúan con las áreas de misión primarias de la institución: educación, investigación y cuidado clínico. Recientemente, el 1 de Agosto del 2018, fui designada y asumiré la posición de Oficial Académico Jefe en el University of Texas MD Anderson Cancer Center.

Me he involucrado en muchas organizaciones a nivel local, regional, nacional e internacional. He sido una miembro activa de la Sociedad del Manejo de la Vía Aérea (SAM) desde su creación y actualmente estoy como Ex Presidenta y Director Ejecutivo. Recibí el Premio por Servicio Distinguido de la SAM en el 2012.

Adicionalmente, he servido como Presidente de la Sociedad de Anestesia Texas Gulf Coast y como miembro fundador de la Sociedad de Anestesia en Trauma. Actualmente soy Presidenta del Comité de Preparación de Trauma y Urgencia de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), cargo que ocupo desde el 2013.

El enfoque de mi Carrera ha sido la neuroanestesia y el manejo de la vía aérea difícil, incluyendo aspectos educacionales y clínicos en estas áreas. He estado involucrada en el desarrollo de las Guías Prácticas de la ASA en el Manejo de la Vía Aérea Difícil de una forma u otro desde su desarrollo en 1992 y su publicación en 1993.

Hasta ahora, en mi carrera, he recibido más de 50 becas de investigación y publicado 96 artículos revisados por pares, 44 capítulos de libros y 23 editoriales y cartas al editor. Me desempeño como editora de varios libros, incluyendo 5 de 7 libros que he publicado. Mi último libro, la 4ta edición del libro de Manejo de la Vía Aérea de Hagberg y Benumof's, fue publicado en Enero del 2018.

He realizado numerosas visitas de profesorado a lo largo del país y he recibido varios premios de enseñanza durante mi carrera. En el 2014, fui nominada por la Universidad de Texas McGovern Medical School para recibir el Premio Alpha Omega Alpha Honor Society y el Premio a Alumni Distinguido. Recientemente, recibí el Premio a Investigación Distinguida 2018 de la Sociedad Internacional del Manejo de Vía Aérea. Adicionalmente, me desempeñé como expositora en un curso de actualización en los 10 años de la ASA y fui oradora en la PG Rovenstine 2017. En total, he dictado 91 charlas internacionales de 31 países distintos.

¿Cómo surgió mi interés en la Sociedad? – Viví una vía aérea difícil en mi última noche de llamada como residente CA-3 (1988), en donde no pude intubar ni ventilar al paciente y se requirió de una vía aérea quirúrgica. Afortunadamente el cirujano estaba presente y realizó una cricotiroidotomía quirúrgica solicitada por el equipo de anestesia y el paciente no tuvo un resultado adverso. A partir de este evento, me he dedicado a aprender y enseñar casi todo lo que tenga que ver con el manejo de la vía aérea. Obtuve mi primera beca de investigación para comparar la vía aérea Ovassapian con la Máscara de Vía Aérea Laríngea™ como conducto de intubación en pacientes anestesiados y vigiles en 1993.

Asistí a mi primera Reunión Anual de la Sociedad de Manejo de la Vía Aérea en Newport Beach en 1995 y fue en esta reunión que me uní a la Sociedad. He sido miembro de la SAM desde ese entonces y he asistido a cada reunión científica anual desde su formación. Desde que me uní a la SAM, he sido oradora, moderadora, panelista experto y miembro de varios comités de la SAM. Adicionalmente, fui presidenta de la Reunión de la SAM 1999 en Nueva Orleans.

Me convertí en un miembro activo de la Sociedad de Manejo de la Vía Aérea y tuve mi primera posición como oficial (Secretaria) en el 2004, posición que mantuve durante 5 años. Posteriormente, asumí la posición de Vice-Presidente, Presidente electo, Presidente y Past President Inmediato. El Dr. Andranik Ovassapian, fundador de la Sociedad del Manejo de la Vía Aérea me pidió que considerara la posición de director, ya que él iba a retirarse luego de servir como Director Ejecutivo de la SAM durante 11 años. Luego, en el 2009, fui nombrada Director Ejecutivo por la Junta Directiva (JD), en acuerdo con los estatutos. En ese momento, la posición no tenía una fecha de término. Los Estatutos fueron revisados el 2014, de modo que “el período del Director Ejecutivo será de un mínimo de 5 años con la posibilidad de agregar un período de 5 años más”.

El rol del Director Ejecutivo es asistir al Presidente, oficiales y miembros del Directorio en la ejecución de sus labores al planear y organizar la Reunión Científica Anual, así como también cualquier otra conferencia que involucre a la Sociedad del Manejo de la Vía Aérea. Como tal, participo en las conferencias de llamada de la Junta Directiva y reuniones presenciales. El Director Ejecutivo se considera como un miembro “ex-oficio” (sin voto) de la Junta Directiva.

Es difícil cuantificar el tiempo que toma realizar estas labores. Además de las conferencias de llamada de la Junta Directiva, participo en el Comité Ejecutivo de la Reunión Mundial del Manejo de la Vía Aérea, así como también en las conferencias de llamada y reuniones del Comité de Proyectos Especiales. Adicionalmente, participo en el intercambio de e-mails que involucran temas importantes relacionados a la Sociedad.

Esta posición era bastante única hasta hace poco, cuando la Sociedad Europea del Manejo de la Vía Aérea (EAMS) desarrolló una posición similar para su organización, con el Dr. Arnd Timmerman como primer EAMS Director Ejecutivo.

La Sociedad del Manejo de la Vía Aérea fue fundada en 1995 para promover la práctica clínica segura del manejo de la vía aérea a través de la investigación, educación y desarrollo de recursos de enseñanza. La SAM se distingue por constituirse internacional y multidisciplinariamente (anestesiología, cuidados intensivos, medicina de urgencia y cirugía), de donde ha sacado a sus oficiales, incluyendo al Presidente. Adicionalmente, la SAM no solo ha formado alianzas internacionales si no que capítulos internacionales (mínimo de 10 miembros en cada uno) también, incluyendo Argentina, Australia, Brasil, Canadá, Chile, China, Nueva Zelanda, Arabia Saudita, España y el Reino Unido; con México incluyéndose en esta lista en breve. Cada uno de estos capítulos tiene un representante en el Comité Internacional de la SAM. Adicionalmente, califican para ingresar reportes para dar charlas en la sesión de Capítulos en la Reunión de la SAM. Estas alianzas y capítulos serán una herramienta para ayudar en la búsqueda de recursos de investigación, facilitar estudios multicéntricos, apoyar en la revisión de conceptos y propuestas de investigación, revisar informalmente las solicitudes de becas y llevar a cabo otros temas útiles para los miembros de la SAM.

La SAM está afiliada a la Sociedad Internacional de Investigación en Anestesia (IARS), cuya revista, Anestesia y Analgesia, tiene al Dr. Narasimhan Jagannathan como Editor de la Sección del Manejo de la Vía Aérea. La SAM se ha afiliado con la Fundación de Investigación y Educación en Anestesia, y la Fundación en Seguridad del Paciente en Anestesia durante varios años, así como también con el Movimiento de Seguridad del Paciente (Fundación) que tiene la misión de eliminar por completo las muertes prevenibles de pacientes para el año 2020.

La Sociedad del Manejo de la Vía Aérea continúa siendo una sociedad altamente innovadora con la incorporación de nueva tecnología e investigación, colaboración con otras sociedades de la vía aérea y entrenamiento avanzado dentro de las diferentes especialidades. Preveo grandes colaboraciones con el Movimiento de Seguridad del Paciente y un aumento en el desarrollo de iniciativas de investigación tanto nacional como internacionales, así como también un mayor desarrollo del trabajo que saldrá del Comité de Proyectos Especiales de la SAM. Espero con ansias los años que vendrán, a medida que la Sociedad continúa creciendo bajo la dirección de sus líderes actuales y futuros y el compromiso continuo de sus miembros.

He tenido la suerte de haber contribuido con la SAM en los siguientes aspectos:

- Primera Presidente mujer de la SAM y primera Directora Ejecutiva mujer
- Comencé la asociación de la SAM con la Journal of Clinical Anesthesia y a continuación inicié la afiliación de la SAM con la IARS y la revista Anestesia y Analgesia, como revista oficial de la SAM.
- Inicié las teleconferencias de la SAM para las reuniones de la Junta Directiva
- Inicié la inclusión de las noticias SAM del Presidente en el ASA Monitor (para el boletín de la ASA)
- Desarrollé el concepto del Foro SAM como un beneficio de membresía y consecuentemente para [MD] como medio de comunicación para los miembros de la Sociedad.
- Desarrollé el concepto de Capítulos de la SAM para incentivar las membresías internacionales
- Desarrollé tres fondos nuevos para la Sociedad, incluyendo el Fondo de Charla Ovassapian, el Fondo de Investigación y el Fondo de Auspicio para Médico Internacional
- Desarrollé la idea de las reuniones de comités de la SAM2 en los almuerzos de la Reunión Anual de la SAM
- Establecí un Capítulo de Residentes, inicié el “Rincón de Revisión de Residentes” en el Airway Gazette y desarrollé el concepto de unir a un residente con un instructor de taller en la Reunión Anual de la SAM
- Aseguré una tasa reducida de seguro de mala praxis para la SAM y sus oficiales
- Inicié una afiliación con la Fundación de Investigación y Educación en Anestesia (FAER)
- Inicié una afiliación con la Fundación de Seguridad del Paciente en Anestesia (APSF)
- Dicté la Charla Ovassapian Memorial en la primera Reunión Mundial del Manejo de la Vía Aérea en Dublin, Irlanda, “Guías de Manejo de la Vía Aérea Alrededor del Mundo” en el 2015

Estaré por siempre en deuda con la Sociedad del Manejo de la Vía Aérea por las amistades que he formado durante los años y la habilidad de trabajar tan cercanamente con los Presidentes y otros oficiales durante estos últimos 10 años como Director Ejecutivo. Ha sido un verdadero honor haber servido como tal.

To All SAM MEMBERS
Increase your experience and options for patient care!
Keep SAM vibrant! This is your invitation —
to join our committees, send in ideas for meetings and
the Airway Gazette, and chat on the Internet SAM Forum.

Add to your CV. Please submit ideas to the Gazette!

E R G O M A S K

ergonomic face mask

**WHEN ORDINARY
JUST ISN'T GOOD ENOUGH!**

**Standard face masks weren't designed
for positive pressure ventilation!**

- Contoured Ridge and Color Marker for optimal grip placement
- Asymmetrical Design with Off Center Port Offers Comfortable Secure Grip
- Less Stressful
- More Efficient



21st Reunión Annual de la Sociedad del
Manejo de la Vía Aérea
EVENTO SOCIAL
Sábado, Septiembre 15, 2018



Por favor, únanse a esta tarde en un crucero por el Río Chicago y Lago Michigan con una cena, bebidas, música y baile.



Ubicación

En el Chicago's Riverwalk en la esquina sureste del Michigan Avenue Bridge en Wacker Drive. Chicago, Illinois, 60601. Para direcciones GPS, use 112 E. Wacker Drive.

Imágenes y detalles a continuación:



Crucero en el Lago Michigan con vista al Chicago skyline



Crucero en el Río Chicago



Ganadores de los Casos Desafiantes SAM 2018

Caso	Título	Presentador	Hospital	Ubicación	Panelistas Expertos
Pediátrico	Awake Supraglottic Airway Device (iGel) insertion without sedation for airway management of a child with severe congenital cranio-facial abnormalities and a history of failed intubation in the past	Dr. Amer Majeed MBBS, FCARCSI, FRCA, FFICM ; amer.majeed@gmail.com	King Faisal Specialist Hospital & research Centre	Riyadh, Saudi Arabia	Paul Baker John Fiadjoe
Adulto General	Airway management of a patient with facial arteriovenous malformation (AVM) and severe obstructive sleep apnea undergoing endovascular embolization under general anesthesia.	Dr. Carla Todaro, MD ; carla.todaro@gmail.com	Department of Anesthesia and Pain Management, Women's College Hospital, Toronto	Toronto, ON, Canada	Richard Cooper Will Rosenblatt
Adulto Subespecialidad #1	Severe Tracheal Laceration During Microsuspension Laryngoscopy: A Case Report of Intra-operative Management of Tracheal Injury	Dr. Akeel Merchant, MD; akeel.merchant@phhs.org	University of Texas Southwestern Medical Center	Dallas, TX, USA	Michael Seltz Kristensen Lauren Berkow
Medicina de Urgencia	A 'Challenging Cases' Case Report of the Aeromedical Retrieval of a patient with Tracheal Injury and difficult ventilation as a complication of emergency intubation.	Dr. Clare Hayes-Bradley, MBBS; Clarehayesbradley@yahoo.com	Sydney HEMS, NSW Ambulance	Sydney, NSW, Australia	Darren Braude John Sakles
Adulto Subespecialidad #2	Airway management for retrieval of a large subglottic foreign body: A case report	Dr. Gang Zheng, MD; Gzheng@mdanderson.org	The University of Texas MD Anderson Cancer Center	Houston, Texas, USA	Ellen O'Sullivan David Wong

**ACTUALIZACIÓN
FINAL
CAMBIOS
IMPORTANTES**

21st Reunión Anual Científica y Talleres de la Sociedad del Manejo de la Vía Aérea Septiembre 13 – 16, 2018

Palmer House Hilton
Chicago, Illinois



Joint Providership by:
Society for Airway Management &
University of Massachusetts Medical School



Vía Aérea a Demanda
Jueves, Septiembre 13, 2018 - 6:00 – 8:00 pm
Viernes, Septiembre 14, 2018 – 12:00 –

3:30pm Facultativo: William Rosenblatt, M.D.

Vía Aérea a Demanda (VAD/AOD) es una actualización de la A a la Z de las tendencias actuales del manejo de la vía aérea para el anestesiólogo. Este curso cubrirá temas tales como las nuevas guías de manejo de la vía aérea difícil de la ASA, evaluación avanzada de la vía aérea, manejo de la vía aérea pediátrica, intubación vigil, nuevos videolaringoscopios, el rol de las vías aéreas supraglóticas en el manejo de la vía aérea difícil, accesos invasivos de la vía aérea y extubación difícil. Se ofrece la VAD/AOD a aquellos médicos que quieran una revisión sólida de los equipos actuales y las técnicas, antes de asistir a la SAM, en donde se compartirán ideas más avanzadas.

Objetivos Educativos:

Los participantes que asistan a este curso serán capaces de:

1. Desarrollar un plan apropiado de manejo de la vía aérea basado en los hallazgos de una anamnesis focalizada y un examen de la vía aérea y aplicar estos planes al cuidado del paciente.
 2. Aplicar los principios de la evaluación avanzada de la vía aérea para la síntesis de un plan apropiado de vía aérea.
 3. Evaluar el plan de rescate de la vía aérea y la intubación traqueal de rutina con la incorporación de dispositivos ópticos/video modernos.
 4. Evaluar el plan de rescate de la vía aérea con la incorporación de vías aéreas supraglóticas modernas.
 5. Aplicar técnicas de preparación del paciente para realizar intubación traqueal vigil.
 6. Aplicar técnicas mínimamente invasivas en el rescate de la vía aérea.
 7. Evaluar el potencial de falla de una extubación traqueal y desarrollar un plan para una reintubación de emergencia.
- *Todos los participantes deben inscribirse para la conferencia de la SAM previo a la aceptación del curso.*

Cuota de Inscripción: Asistentes de la SAM \$150; Becados \$25 (*con carta de confirmación del director del programa*). Los becados deberán entregar una carta de su programa para recibir un descuento especial.

El espacio es limitado, la participación en el curso será por orden de llegada.

Esta actividad ha sido planeada e implementada de acuerdo a las áreas esenciales y las políticas del Consejo de Acreditación para la Educación Médica Continua a través de la entrega conjunta de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts y la Sociedad del Manejo de la Vía Aérea. La Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts está acreditada por la ACCME para entregar educación médica continua a los médicos.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts designa esta actividad en vivo para un máximo de *5.5 Créditos AMA PRA Categoría 1 (s)*TM. Los médicos deben reclamar sus créditos acorde a su participación.

Jueves, Septiembre 13, 2018

Vía Aérea a Demanda

6:00-8:00 pm **Vía Aérea a Demanda – Parte I**
Will Rosenblatt, M.D.

Viernes, Septiembre 14, 2018

7:00-7:45am **Inscripciones & Desayuno Continental/ Exposiciones**

7:45-8:00am **Bienvenida**
Lorraine Foley, M.D., M.B.A., Presidente
Narasimhan Jagannathan, M.D., M.B.A., Presidente del Programa
John Sakles M.D., Vicepresidente del Programa

Sesión I: Manejo de la Vía Aérea en los últimos 10 años: Lecciones Clínicas Aprendidas y No Respondidas

Moderador: **Lauren Berkow, M.D.**

8:00-8:30am **Big Data y Registros de la Vía Aérea en Anestesia en Adultos: ¿Tiene como Resultado un Manejo Más Seguro de la Vía Aérea Actualmente?**
Michael Aziz, M.D.

8:30-9:00am **Manejo de la Vía Aérea Dificil en Niños: Lecciones Aprendidas**
John Fiadjoe, M.D.

9:00-9:30am **Manejo de la Vía Aérea en Urgencias: Mejorando los Resultados**
John Sakles, M.D.

9:30-9:45am **Discusión del Panel**

9:45-10:15am **Descanso/Posters/Exhibiciones**

Sesión II: Sesión de Vía Aérea de Urgencia Richard Aghababian, M.D.

Moderador: **John Sakles, M.D.**

10:15-10:45am **Trauma Directo de la Vía Aérea: ¡Nunca Había Visto Esto Antes!**
Thomas Grissom, M.D.

10:45-11:15am **Secuencia de Vía Aérea Rápida – Una Alternativa Novedosa a la RSI para el manejo de urgencia de la vía aérea**
Darren Braude, M.D.

11:15-11:45am **Extubación traqueal no planeada**
Arthur Kanowitz, M.D.

11:45-12:00pm **Discusión del Panel**

12:00 – 1:30pm **Almuerzo**

12:15 – 1:15pm Almuerzo de Mesa Redonda de Ex Presidentes – (requiere de inscripción previa) Manejo de la Vía Aérea en Obstetricia: Conceptos Actuales
Ashu Wali, M.D.
Incluye Almuerzo

12:00-1:15pm Reuniones de Comités de la SAM *(con invitación-almuerzo incluido)*

12:00-3:30pm Vía Aérea a Demanda – Parte 2 - William Rosenblatt, M.D.

Sesión III: Investigadores del Manejo de la Vía Aérea: Resúmenes de Investigación Chandy Verghese Research Abstracts & Sesión de Investigación
Moderadores: Matteo Parotto, M.D. & Eric You-Ten, M.D.

1:30-2:45pm Presentaciones Orales de Resúmenes

2:45-3:00pm Presentación de Premios

3:00-3:30pm Receso/Posters/Exhibiciones

Sesión IV – Talleres Prácticos y Simulación de Vía Aérea

Moderadores: Lauren Berkow, M.D., Joseph Quinlan, M.D., Jessica Feinleib M.D., PhD Ashutosh Wali M.D., FFARCS, Radha Arunkumar, M.D.

3:30-6:00pm

1. Intubación con Fibrobroncoscopio / Anestesia de Vía Aérea (60 minutos)
2. Catéteres de Intercambio de Vía Aérea/ Técnicas de Aislamiento Pulmonar
3. Vía Aérea Supraglótica (Intubación por vías supraglóticas)
4. Ecografía de la Vía Aérea
5. Videolaringoscopia
6. Vía Aérea Quirúrgica/ FONA
7. Estación de Vía Aérea Pediátrica
8. Simulación Clínica de la Vía Aérea
9. Oxylador/SALAD
10. Algoritmo de Vía Aérea Difícil y Cricotirotomía de Rescate (DAARC)

Reuniones de Negocios de la SAM

6:00-7:00pm **Reunión General de Miembros** (*abierta*)

7:30-10:30pm **Reunión de Junta Directiva** (*con invitación*)

Sábado 15, Septiembre, 2018

7:15-7:45am **Registro, Vista de Exhibiciones, Desayuno Continental**

Sesión V: Debate Pro vs. Contra

Moderador: **Felipe Urdaneta, M.D.**

7:45-8:15am **Es Preferible una VSG a EET para una Parturienta con Vía Aérea Difícil con Necesidad de una Cesárea de Urgencia**

Pro – Ashu Wali, M.D.

Con – Maya Suresh, M.D.

8:15-8:45am **La Videolaringoscopia es el Instrumento de Elección vs. Fibrobroncoscopio para el Manejo de Vía Aérea Difícil en Pediatría**

Pro – John Fiadjoe, M.D.

Con – Lisa Sohn, M.D.

8:45-9:15am **¿Usar o no usar el estilete para Intubaciones Traqueales?**

Pro – Allan Klock, M.D.

Con – Lorraine Foley, M.D., M.B.A.

9:15-9:30am **Preguntas/ Discusión del Público**

9:30-10:00am **Receso/ Vista de Posters/ Visita a Exhibiciones**

Sesión VI: Sesión Plenaria

Moderador: **Lorraine Foley, M.D.**

10:00-10:30am **Charla DAS (Patrocinada por Karl Storz): Manejo Multidisciplinario de la Traqueostomía: El Bueno, El Malo y El Feo**

Brendan McGrath, MB ChB, FRCP, FRCA

10:30-11:15am **Charla Ovassapian (Patrocinada por Jack Pacey, M.D.): 5 Cosas que Deben Cambiar Ahora Sobre la Práctica del Manejo de la Vía Aérea**

J Adam Law, M.D.

11:15-11:45am **Charla Internacional Rubenstein (Patrocinada por AMBU): De la intubación a la publicación: ¿Puede Hacerlo! ¿Qué Buscan los Editores en las Publicaciones de Manejo de la Vía Aérea?**

Takashi Asai, M.D., PhD

11:45-12:00pm **Discusión del Panel**

Sesión VII: Mesa Redonda de Almuerzo de Expertos – (Requiere inscripción previa)

12:00-1:00pm

1 – Los Mejores Enfoques para la Intubación Vigil

Will Rosenblatt, M.D.

2 – Ecografía para la Evaluación y Manejo de la Vía Aérea

Michael Seltz Kristensen, M.D. & Eric You Ten, M.D.

3 – Desafíos de la Vía Aérea Prehospitalaria

Michael Steuerwald, M.D. & Darren Braude, M.D.

4 – Crisis en el Manejo de la Vía Aérea utilizando un enfoque de equipo y del factor humano

Laura Duggan, M.D. & Katherine Sparrow, M.D.

5 – Manejo de la Extubación Traqueal: Desafíos y Soluciones

Elizabeth Behringer M.D. & Richard Cooper, M.D.

6 – Manejo de la Vía Aérea en el Servicio de Urgencia: Desafíos y Soluciones

Arthur Kanowitz, M.D. and John Sakles, M.D.

7 – Métodos de Oxigenación durante la Intubación Traqueal

Lorraine Foley, M.D., M.B.A., Jessica Feinleib, M.D. PhD

8- ¿Qué tipo de videolaringoscopia debo usar en mi Departamento?

Ayten Saracoglu, M.D. DESA & Adam Law, M.D.

9- Acceso Frontal del Cuello (FONA) ANZCA CICO Parte 1 (debe estar inscrito para la parte 1 y 2 para asistir)

Paul Baker, MB ChB, FANZCA & Carin Hagberg, M.D.

1:00-2:00pm Ronda de Posters I

Sesión VIII: Presentación de Capítulos Internacionales de la SAM

Moderador: Ken Rothfieldm, M.D. M.B.A.

2:00-2:20pm Estableciendo una Red Líder en Vía Aérea – El Eslabón Perdido

Paul Bakekr, MD ChB FANZCA (Nueva Zelanda)

2:20-2:40pm Encuentro nacional sobre el manejo de la vía aérea en China

Winhua Ma, M.D., PhD (China)

2:40-3:00pm Prevención de Hipoxemia durante el Periodo Pre e Intraoperatorio en Pacientes con Vía Aérea Dificil Prevista

Oscar Valencia Orgaz, M.D., EDAIC (España)

3:00-4:00pm Ronda de Posters II

Sesión IX: Sesión de Mesa Redonda de Expertos II (se entrega colación)

4:00-5:00pm

1. Manejo de Vía Aérea Avanzado con Vía Aérea Supraglótica

Takashi Asai, M.D., PhD & Lorraine Foley,

2. Ecografía para la Evaluación de la Vía Aérea en Adultos y Niños

David Wong, M.D., Rhashedah Ekeoduru M-D. y María Matuszczak M.D.

ACTUALIZADO

3. **Cómo Organizar una Rotativa Formal de Vía Aérea y Optimizar la Educación sobre Vía Aérea en su Departamento**
Felipe Urdaneta, M.D. & Richard Cooper, M.D.
4. **Estrategias de Manejo de Vía Aérea para el Paciente Complejo de Cabeza y Cuello**
Vladimir Nekhendzy, M.D. & Mike Aziz, M.D.
5. **Acceso Frontal de Cuello (FONA) ANZCA CICO Parte 2 (debe estar inscrito en la parte 1 y 2 para asistir)**
Paul Baker, MB ChB, FANZCA & Carin Hagberg, M.D.
6. **Equipos de Vía Aérea y Políticas para Mejorar los Resultados en los Pacientes**
Jessica Feinleib, M.D., PhD & Ken Rothfield, M.D., M.B.A.
7. **Manejo de la Vía Aérea Pediátrica: Nuevos Equipos y Nuevas Tecnologías**
Patrick Olomu, M.D. and Pete Kovatsis, M.D.
8. **Cómo establecer una Respuesta Equipo-DART para una Vía Aérea Difícil en su Institución: experiencia de dos centro académicos**
Zana Borovcanin, M.D., MSc & Lynette Mark, M.D.
9. **Manejo de la Vía Aérea en el Paciente Obstétrica**
Etedal Aamri M.D. & Maya Suresh M.D.

Sesión IX: Sección de Aprendices

4:00-5:00pm Jeopardy de la Vía Aérea
Tracey Straker, M.D.

7:00 – 10:00pm Ceremonia de Premiación y Recepción – Cruceros Chicago's First Lady
¡Únanse presentadores, Oficiales de la SAM y colegas nuevos en un evento especial la noche del Sábado!

Domingo, Septiembre 16, 2018

7:15-8:00am Exhibiciones/ Desayuno Continental

Sesión X: Panel Internacional para los Mejores Casos Desafiantes: Los Top 5 de Casos Desafiantes entregados serán escogidos, y cada panelista discutirá el manejo del caso luego de que este sea presentado.

Moderador: Allan Klock, M.D.

8:00-8:25am Caso 1: Pediátrico
Presentador: Amer Majeed, MBBS, FCARCSI, FRCA, FFICM
Panelistas: Paul Baker, MB ChB, FANZCA, John Fiadjoe, M.D.

8:25-8:50am Caso 2: Adulto General
Presentador: Carla Todaro, MD
Panelistas: Richard Cooper M.D., Will Rosenblatt, M.D.

8:50-9:15am Caso 3: Adulto Subespecialidad #1
Presentador: Akeel Merchant, MD
Panelistas: Michael Seltz Kristensen, M.D., Lauren Berkow, M.D.

ACTUALIZADO
ACTUALIZADO
ACTUALIZADO

ACTUALIZADO
ACTUALIZADO

9:15-9:40 am Caso 4: Medicina de Urgencia
Presentador: Clare Hayes-Bradley, MBBS
Panelistas: Darren Braude, M.D., John Sakles, M.D.

9:40-10:00 am Caso 5: Adulto Subespecialidad #2
Presentador: Gang Zheng, MD
Panelistas: Ellen O' Sullivan, David Wong, M.D.

10:00-10:15am Receso/ Refrigerios

Sesión XI: Manejo de Vía Aérea en Pacientes de ALTO RIESGO

Moderado: Richard Cooper, M.D.

10:15-10:50am Evitar el Vortex arremolinando el cortex: Estrategias de Manejo de Vía Aérea en Pacientes con Riesgo Indefinido
Vladimir Nekhendzy, M.D.

10:50-11:25am Manejo Anestésico de Stents Broncoscópicos en Pacientes con Masas Mediastínicas
Mona Sarkiss, M.D.

11:25-12:00pm Trabajando juntos para saber qué hacer: ¿Podemos resolver (finalmente) el debate de FONA con recolección de datos anónimos?
Laura Duggan, M.D.

12:00-12:10 pm Observaciones Finales
Sim Jagannathan, M.D., M.B.A. – Director del Programa, SAM 2018
John Sakles, M.D.- Directos del Programa, SAM 2020

Otra Información Pertinente

Alojamiento/Ubicación de la Conferencia:

Palmer House Hilton
17 East Monroe Street Chicago Illinois 60603 USA_
<http://www.palmerhousehiltonhotel.com/>

Website para Reservas:

<https://book.passkey.com/e/49521199>

Reservass: Teléfono:
T: 312.726.7500

Reservas sin cobro telefónico
1-800-HILTONS

Por favor notar que la fecha límite para reservas de hotel es el **23 de Agosto, 2018.**

Airway Management SOLUTIONS



aScope™ 3



King Vision® aBlade



Fuji Uniblocker™



AuraGain™



VivaSight-DL



Guías de Publicación del Airway Gazette 2018

El Equipo Editorial del Airway Gazette, incluyendo al Editor Jefe – Katherine Gil, M.D., y sus editores asociados – Valerie Armstead, M.D. y Christopher Godlewski, M.D., desean invitar a todos los miembros de la SAM, además de quienes no sean miembros pero estén interesados, a entregar manuscritos para publicar en el Airway Gazette acorde a las Guías de publicación. Estos pueden incluir revisiones de temas, investigación, intereses internacionales, reportes de casos, experiencia personal, Revisiones de Residente, Fellows o Becados, artículos de Consejos & Trucos, Cartas al Editor, etc.

Entrega:

Por favor, entregar los manuscritos al Editor Jefe (e-mail en la página 3 del Gazette). Número de palabras: 400-2500, sin incluir referencias, con espaciado simple en formato Microsoft WORD (de preferencia letra Calibri 12). Incluir un título breve e interesante con lista de todos los autores. Definir los acrónimos y abreviaciones a menos que sean parte de Sistema Internacional de Unidades o Index Medicus para las referencias de revistas.

Gráficas (tablas, figuras o fotografías) deben ser entregadas por separado en una archivo JPG o WORD con subtítulos adecuados que eviten un duplicado idéntico del texto. Identificarlas en el manuscrito utilizando un número de referencia. Se permiten más palabras/espacio de manera individual.

Secciones Especiales:

Por favor determine la cantidad necesaria de espacio disponible para el texto, tablas, figuras y/o fotografías, revisando volúmenes anteriores del Gazette (en la página web de la SAM). Por ejemplo, busque la sección Consejos & Trucos para calcular y el conteo de palabras.

Políticas de Revisión:

El equipo editorial del Airway Gazette revisa todos los manuscritos en cuanto a formato, lenguaje y contenido para realizar sugerencias para aprobación del autor. Nuestro objetivo: autores felices.

Entrega de Duplicado:

Para evitar cualquier infracción de los Derechos de Autor y la posibilidad de una revisión de duplicación innecesaria por el equipo del Airway Gazette en relación a los manuscritos de los autores, estos no deben ser entregados si están siendo considerados simultáneamente por otras revistas, o publicación para distribución escrita, o si fueron previamente publicados a menos que se obtenga permiso.

Fecha límite de entrega de los Artículos:

El Airway Gazette se publica trimestralmente en el último día de los meses de Enero, Abril, Julio y Octubre, para evitar conflictos de “la Reunión Anual Científica y Talleres de la SAM” y conflictos “de fin de año en Diciembre”. La fecha límite de entrega es 45 días previos a la fecha de publicación estimada. Los manuscritos normalmente se publican en el orden recibido, a discreción del equipo editorial.



The Airway Gazette wants You!

Autoría:

Incluye información del nombre del autor, grado, título profesional, afiliación institucional, correo electrónico, fax/teléfono y ciudad/región/país actual.

Entregar una fotografía tipo retrato reciente (cabeza y hombros) del primer autor. Se prefieren fotografías digitales (JPG) con una descripción del archivo adjunto. De otra manera, enviar fotografías de 3x3 o 5x7 pulgadas a la “dirección de contacto” en la página 2 del Gazette.

Por favor enliste nombres e información biográfica de todos los autores adicionales. Los manuscritos de quienes no son miembros de la SAM deben recibir aprobación del Equipo Editorial para su publicación. El encargado de un manuscrito entregado con el consenso de un grupo o comité, será designado como el primer autor. Todo texto o material fotográfico entregado debe ser original. Sin embargo, si cualquier material es duplicado de cualquier fuente, incluyendo internet, debe ser citado apropiadamente y entre comillas. Peticiones de re-impresión: todas las peticiones de re-impresión serán enviadas a los autores para solicitar permiso.

Revisiones de Residente, Fellow o Becados:

Autores Residentes, Fellows o becados están invitados a entregar revisiones de artículos “significativos” publicados previamente, incluyendo información similar del autor además del título completo del artículo, autor(es) y citación. Los manuscritos deben estar en un formato de WORD y conteo de palabras similar, excluyendo título/referencias. Vea el volumen de Septiembre del 2010 como ejemplo de tema general y diseño para una revisión y utilice estos títulos: 1) Introducción /¿(por qué el artículo fue escogido/interesante). 2) Tipo de estudio (prospectivo, etc.) 3) Hipótesis 4) Métodos 5) Resultados 6) Discusión de Becado (esto puede incluir un poco de la discusión del autor pero también debe entregar el punto de vista del Becado sobre el artículo en relación a la búsqueda de literatura del Becado, etc.) 7) Las referencias deben estar indicadas en el texto y deben incluir las selecciones del Becado. Envíe por correo electrónico una copia del artículo a revisar. Envíe una fotografía personal digital (vea guías previas). Los becados deben solicitarle a un mentor o alguien con experiencia dentro de su programa, que revise y critique las entregas antes de ser enviadas al Editor.

Conflictos de Interés:

Debe informarse cualquier afiliación institucional o comercial que podría significar un conflicto de interés con la información entregada en los manuscritos. Todo financiamiento de proyectos debe ser informado. En lo posible, utilice nombres genéricos para todas las drogas y equipos o notifique al Editor.

Bibliografía:

Utilice sobreíndice para indicar referencias numeradas ≤ 5, citadas en el manuscrito. Liste la bibliografía de acuerdo al Manual de Estilo de la AMA (Lippincott, Williams, & Wilkins).

Políticas de Derechos de Autor:

Todos los manuscritos publicados se convierten en material de derecho de autor del Airway Gazette y no pueden ser re publicados o re-impresos, en parte o por completo, sin la autorización escrita de la junta editorial del Airway Gazette.



**OUR FORUM
MOVED**

**GO TO [HTTPS://SAMHQ.COM/FORUM/](https://samhq.com/forum/)
TO REGISTER TO THE NEW FORUM**



Foro E-Lights de la SAM de for[MD]

Intubación Vigil: apnea del sueño severa con BiPAP, paciente con vía aérea difícil y falla respiratoria

— Dr. David Wong



Δ Un hombre de 46 años y 146-kg con AOS y síndrome de hipoventilación por obesidad fue ingresado a la UCI por una falla respiratoria aguda que requería de soporte ventilatorio. Seis meses antes, se le realizó una cricotiroidotomía de urgencia después de una intubación traqueal vigil con fibra óptica que falló, debido a desaturaciones rápidas repetidas y colapso de la vía aérea orofaríngea. Una traqueostomía previa fue realizada con dificultades técnicas. Se cerró la traqueostomía.

Planeamos realizar una intubación traqueal vigil seguida por inducción de la anestesia y una traqueostomía por un Otorrinolaringólogo en el pabellón.

Al llegar al pabellón, BiPAP (25/12 cm H₂O); su SpO₂ era de 94% con FiO₂ 1.0. Gases en sangre arterial pH 7.35/PCO₂ 55/PO₂ 62. Luego de 30 segundos de haber retirado el BiPAP para topicalizar su vía aérea, desaturó a 80-85%. No podía estar acostado horizontal y estaba sentado en 45 grados.

1. ¿Pondrían al paciente a dormir primero y luego intubarlo?
2. ¿Cómo realizarían la intubación vigil? Se sienta vertical y desatura rápidamente al remover el BiPAP.
3. ¿Insistiría en una traqueostomía vigil? – los cirujanos están reacios con las traqueos anteriores, que tomaron 40 minutos en realizarse.

Ω Hola David, Gracias por este caso desafiante. Es similar a uno con el que tuve que lidiar anteriormente. El paciente es claramente labil y dependiente del BiPAP. Mi "Plan A" sería una intubación traqueal utilizando una técnica con guía con el Arndt Airway Exchange Catheter Set (AECS, Cook Medical, Bloomington IN, USA)

el BiPAP utilizando el modo de ventilación espontáneo en la máquina de anestesia (ver Heier JM et al, Saudi J Anaesth. 2012 Jul;6(3):292-4. doi: 10.4103/1658-354X.101226). Yo realizaría la intubación después de una buena topicalización con el paciente sentado vertical. Puede ser realizado por la vía nasal u oral; aunque el ángulo a la vía nasal a través de la máscara facial es mucho más agudo. El AECS incluye un adaptador de vía aérea de 22 mm que permite la conexión a la máscara facial estándar de anestesia y facilita esta técnica. Para el "Plan B", consideraría una intubación retrógrada con topicalización, nuevamente con el paciente en posición sentado vertical y manteniéndolo en BiPAP. Sin embargo, una decisión sobre esto requiere más información sobre la zona frontal del cuello del paciente. Un examen ecográfico (y posible guía) sería útil en este caso. Mi "Plan C" sería una traqueostomía vigil. Dada la información que ha entregado, yo no elegiría dormir a este paciente para intentar una intubación y/o un procedimiento FONA de urgencia.

Dr. Richard Galgon

Yo intentaría con un fibrobroncoscopio. Me gustaría saber que ocurrió esa vez: "intubación traqueal vigil con fibra óptica que falló debido a desaturaciones rápidas repetidas y colapso de la vía aérea orofaríngea".

Realizaría una fibrobroncoscopia nuevamente, sin sedación, sólo anestesia tópica. Quizás utilizaría Ketamina. Estoy confiado que esto resultaría.

Dr. Octavio Santos

Ω Hola, David,

¡Un caso muy desafiante! Para responder las preguntas...

Yo no dormiría al paciente antes de la intubación.

1. Con el paciente en sedente, utilice una máscara facial pediátrica para entregar BiPAP nasal. Podría ajustar el ventilador en modo presión de soporte para igualar su modo BiPAP primero y ajustar los parámetros como sean necesarios o podría necesitar el modo controlado por presión. Se entregará oxigenación nasal activa continua mientras se topicaliza o se realiza la fibrobroncoscopia oral. Haría una fibrobroncoscopia guiada por GlideScope. El GlideScope entregará una visión más amplia que otros videolaringoscopios pequeños.

Insistiría en una traqueotomía vigil si la intubación falla. ¡Gracias!

Dr. James Tse

Ω Estimado David, un gran caso. Es impresionantemente similar a un caso que publicamos en la Revista SHANA de Anestesia de Cabeza y Cuello (JoHNA) 2017;2(1). Me complace mencionar que ese caso también fue finalista y ganador de premio en la reunión WAMM en Dublin. En resumen, teníamos un paciente obeso, BiPAP-dependiente con un estridor inspiratorio severo y una historia remota de traqueostomía y reconstrucción laríngea, quien requirió una intubación traqueal de urgencia debido a una falla respiratoria aguda en la UCI. El paciente estaba obnubilado, con un estridor inspiratorio severo y estaba sentado en posición vertical en posición Fowler alta. El paciente se resistió a abrir la boca (

Dr. Vladimir Nekhendzy

LMK si mi publicación fue cortada, lo reenviaré en varias partes. No estoy Seguro si hay un límite de palabras para la publicación.

Dr. Vladimir Nekhendzy

Ω Gran caso,

No estaría de acuerdo con una intubación post inducción, y una traqueo vigil es un desafío mayor en una posición de 45 grados, considerando su descripción y la historia. La topicalización y reaplicación de la máscara según necesidad para mejorar la oxigenación después de la caída de saturación a 80, tales pacientes tolerarían 80 o incluso 70, y luego una intubación oral con fibra óptica en la posición de 45 grados, a través de una máscara que tiene un agujero para la

fibra óptica (o puede crear uno propio, obviamente este no es un caso para becado, sería usted quien realiza la intubación para minimizar el tiempo necesario).

De manera alternativa, una cánula nasal de alto flujo, si está disponible, generaría suficiente CPAP, oxigenación y ventilación para lograr tanto la topicalización e intubación o al menos la intubación. Los pacientes en distrés respiratorio generalmente no requieren mucha sedación o nada del todo, debido a que existe cierto grado de alteración del estado mental por estrés o hipercapnia.

Saludos cordiales,

Dr. Basem Abdelmalak

Ω Definitivamente desafiante. Como respondió el Dr. Octavio, ¿cual fue la razón de que fallara la intubación vigil con fibra óptica previamente? Dado a que el paciente parece bastante labil, yo no lo induciría ni intentaría una fibrobroncoscopia dormido ya que las cosas pueden colapsar de manera repentina.

Yo consideraría utilizar THRIVE Intercambio Ventilatorio Trans nasal Humidificado de Insuflación Rápida comenzando con 30 litros/min y luego aumentarlo a 70 litros/min como está descrito por el Dr. Anil Patel. THRIVE entrega PEEP y es bien tolerado ya que es cálido y humidificado.

La topicalización puede ser posible con un bloqueo laríngeo superior que bloquea el cartílago tiroideo y la punción cricotiroidea utilizando una guía ecográfica si es necesaria. Esto tiene dos funciones: topicalizar la vía aérea & entregar una ruta/marcador para CICO con Acceso Frontal de Cuello si se requiere dejar una cánula plástica in situ. Un cable retrogrado enhebrado hacia arriba & mediante la fibra óptica puede actuar como una guía valiosa para permitir que la fibra óptica ingrese a la tráquea y avanzar el tubo endotraqueal sobre el visor hasta la tráquea.

Alternativamente, ya que la cánula ya está a través de la membrana cricotiroidea (asumiendo que su cuello no está cubierto con una gran capa de tejido adiposo y ha tenido éxito en realizar la punción cricotiroidea), podría cambiar a una cricotoidotomía Melker. Se que a estas alturas hay muchas variables desconocidas pero el ya había tenido una cricoitiroidotomía & traqueostomía en el pasado.

Finalmente, obviamente esto debería realizarse durante las horas que hay mucha ayuda alrededor, incluyendo otorrinolaringólogos.

Buena suerte

Dr. Laurence Poon

Ω Hola David, voy a re-escribir ya que al parecer mi comentario fue cortado. Re-escribiré en 3 tandas, ya que no estoy seguro si hay un límite de palabras, lo que sería la razón de que se corte mi respuesta.

1 de 3 – Su caso es casi idéntico al que publicamos en la Revista SHANA de Anestesia de Cabeza y Cuello (JoHNA(2017;2(1). Nuestro caso reportado también fue finalista y ganador de premio en la reunión WAMM en Dublín, así que creo que volver a publicarlo agregará algún valor educacional.

En resumen, teníamos un paciente obeso, Bi-PAP dependiente con un estridor inspiratorio severo y una historia remota de traqueostomía y reconstrucción laríngea, que requirió de intubación traqueal de urgencia por una falla respiratoria aguda en la UCI. El paciente estaba obnubilado, con estridor inspiratorio severo y sentado en posición vertical en posición Fowler alta. Lengua grande, mala dentadura y un cuello grueso, sin hitos anatómicos claramente identificables secundario a una cirugía de cuello (similar a su caso). PA 105/55 mm Hg, HR 164 lpm, RR 38/min, SpO2 92% con BiPAP de máscara completa (FiO2 1.0, 20/5); pH 7.17, PaCO2 68 mm Hg, PaO2 de 134 mm Hg. El paciente desaturada casi inmediatamente al retirarle la máscara BiPAP.

2 de 3 – Un abordaje a la intubación dormido estaba fuera de discusión, y una crico/traqueo vigil parecía ser extremadamente difícil si no imposible, similar a su caso. Utilizamos la “técnica de pasta dental” modificada, de dispersar 5% de lidocaína gel (Drummond JC. Airway anesthesia: the toothpaste method. Can J Anaesth. 2000; 47:94) con una interrupción mínima de la ventilación BiPAP. Esta técnica puede ser particularmente efectiva en pacientes con distrés respiratorio, en donde la respiración rápida del paciente, asistida por BiPAP, propulsa el gel de lidocaína hacia la vía aérea superior y la traquea del paciente. Dos abordajes a la intubación permitieron un VPPNI continua. Primero intentamos una intubación con una óptica flexible (FSI) a través de una máscara de endoscopia (Patil-Saryuse) y un adaptador de broncoscopio que fueron unidos al circuito BiPAP. No había estructuras identificables.

3 De 3 –Luego colocamos la LMA para intubación (iLMA) con el paciente vigil, volvimos a unir el BiPAP y re-oxigenamos. Intubamos exitosamente utilizando una combinación de FSI, un tubo 5.0 microlaríngeo (MLT) y lo colocamos dentro del iLMA y el adaptador de broncoscopio unido al BiPAP. El cuff del MLT del

4 iLMA permitió que se mantuviese la ventilación BiPAP. Las imágenes representativas están en la JoHNA. Estoy seguro de que hizo algo similar, ya que lo había realizado anteriormente :-) (Wong D, Wang J. Awake bronchoscopic intubation through an Air-Q with the application of BiPAP. Can J Anesth. 2012; 59: 915-6.). Este caso fue antes de la era THRIVE, y el THRIVE podría haber sido intentado en su paciente para unir la topicalización y la FSI vigil. Sin embargo, dudo que esto hubiese tenido éxito.

Gran caso, Saludos

Dr. Vladimir Nekhendzy

Ω Hola David

Un caso desafiante. Para tales casos, la prioridad es hacer que la vía aérea sea permeable.

Insistiría en una buena topicalización y sin sedación, ¡se debe colocar una vía aérea supraglótica!!

Si se tiene éxito, una intubación ayudada por fibra óptica será más fácil con la ventilación asistida/controlada. En mi experiencia personal sobre mi mismo (videos de mi mismo), puedo decir con seguridad que ¡la anestesia superficial dura solamente alrededor de siete minutos! iLMA, si es posible, es una mejor opción.

Colocar una VASG con anestesia tópica sin sedación es salvar vidas en pacientes pediátricos y adultos.

¿¿!!La segunda opción sigue siendo una cricotiroidotomía quirúrgica vigil en posición sedente para su paciente??!!

Saludos,

Dr. Syed Mahmood

Ω Estoy de acuerdo con todo lo dicho anteriormente. Ni pensaría en una intubación dormido. Si la topicalización por si sola no es suficiente para una buena IFOV, utilizaría dexmedetomidina para sedación. El Dr. Mahmood sugiere la colocación de una vía aérea supraglótica vigil y es una buena opción para un caso tan difícil como este. Esto permitiría algo de ventilación alrededor de la fibra óptica mientras que se intenta la intubación. Yo sugeriría el uso de pasta Pacey en la parte posterior de la lengua durante algunos minutos, mientras se mantiene el BiPAP, para hacer más realizable la inserción del aparato supraglótico.

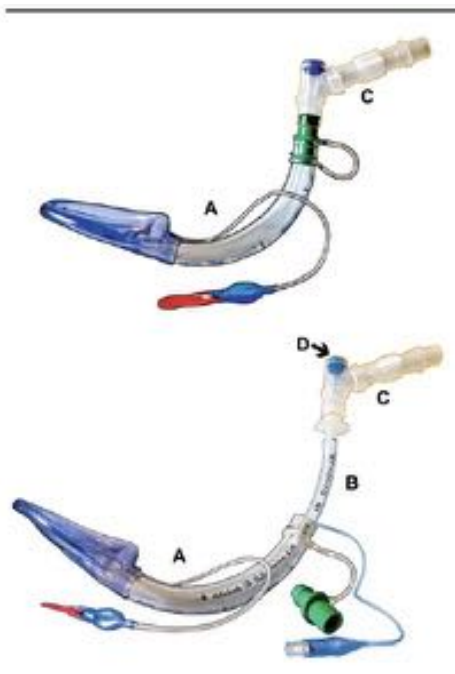
Dr. Marcelo Ramos

Δ Hola, ¡gracias por sus opiniones expertas y tan entusiastas!

1. Inducción y luego intubar- mala idea
2. Traqueo vigil sería difícil, sin embargo, un Otorrinolaringólogo debiese estar ahí en caso de requerirlo
3. Intubación vigil – la mejor opción. La topicalización puede ser realizada en varios pasos mientras se mantiene la oxigenación. Las opciones de O2 sugeridas por el grupo – BiPAP, Optiflow, máscara nasal pediátrica sugerida por James Tse, son todas excelentes. Mantener al paciente, buena idea. La fibra óptica, buena opción. Qué es lo que hicimos. El paciente desaturaba rápidamente cada vez que retirábamos el BiPAP. Después de la topicalización colocamos un air-Q y lo conectamos al BiPAP. SpO2 98%. Luego insertamos un TET unos 14 cm, dentro del air-Q, inflamamos el cuff y conectamos el TET al BiPAP. Insertamos la fibra óptica con una visión perfecta de la glotis hasta la carina. Avanzamos el TET dentro de la traquea. La anestesia general y traqueostomía del paciente se realizaron sin incidentes. ¡Le tomó 45 minutos colocar la traqueo al Otorrinolaringólogo!
Gracias a todos por sus excelentes consejos y discusión

Dr. David Wong (Toronto)

(SIC)



JOIN the NEW SAM FORUM
[HTTPS://SAMHQ.COM/FORUM/](https://samhq.com/forum/)

Nota del Editor:

La fluidez de la participación en el Foro de la SAM se refleja en su presentación dentro del Airway Gazette. Se discuten muchos temas, ej. presentación de casos (la mayor cantidad de interacciones por lejos) y solicitudes sobre uso de equipos, referencias bibliográficas, descripciones técnicas de uso, imágenes, etc. Ocasionalmente, puede tratarse de una urgencia. Sin embargo, los miembros de la SAM pueden estar con prisa y desean ayudar respondiendo las publicaciones o pueden estar ocupados con otros temas, pero aun así quieren ayudar a los miembros con el problema que está siendo discutido. Como tal, a veces, los errores ortográficos y/o gramaticales son más comunes. Para darle un sabor de tiempo real al foro de la SAM, el texto no es editado a menos que la claridad del mensaje deba ser mejorada. De manera similar, el texto no está “justificado” o cuadrado. Al final de toda la discusión, la anotación de “SIC” indica que el texto es, en su mayor parte, idéntico a lo que fue originalmente escrito. Arbitrariamente, “Δ” significa el instigador inicial de la discusión, mientras que “Ω” significa las respuestas.

WHAT IF YOU COULD INTUBATE SMOOTHLY ON THE FIRST PASS?

Parker Flex-Tip tubes and
nasopharyngeal airways



FIND OUT WHAT CLINICIANS HAVE DISCOVERED.

www.parkermedical.com/clinical-studies

