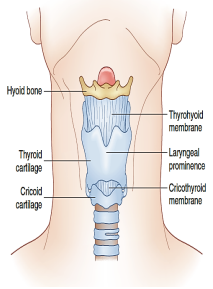


ACTUALIZACION EN VIA AEREA

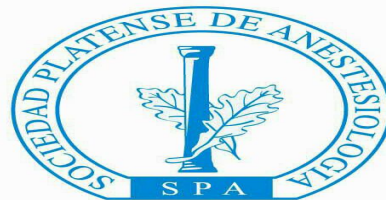
“Rol actual del videolaringoscopio”

John Béjar MD, PhD, MSc
Julio 2021



FAAAAR

Federación Argentina de Asociaciones
de Anestesia, Analgesia y Reanimación

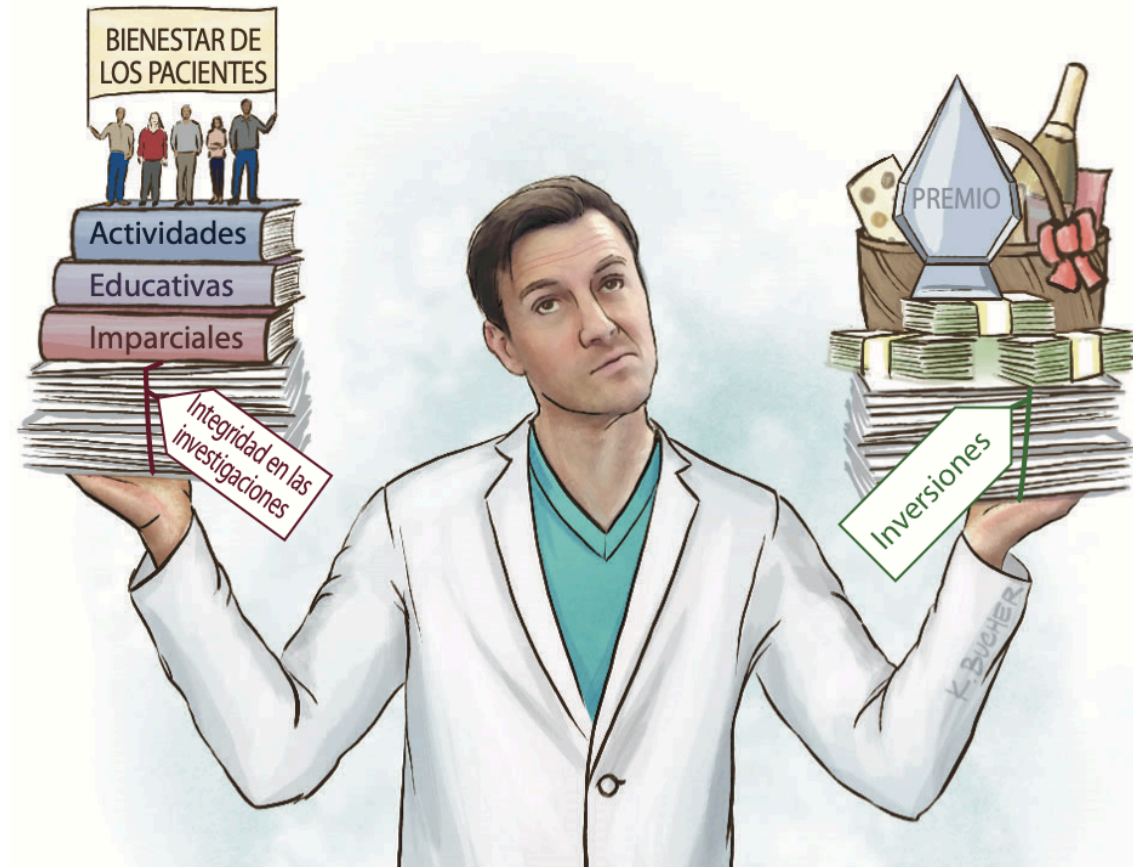


adaarc

Asociación de Anestesia, Analgesia
y Reanimación de Córdoba
1950

No tengo
conflicto de
interés !

JAMA. doi:10.1001/jama.2017.4563

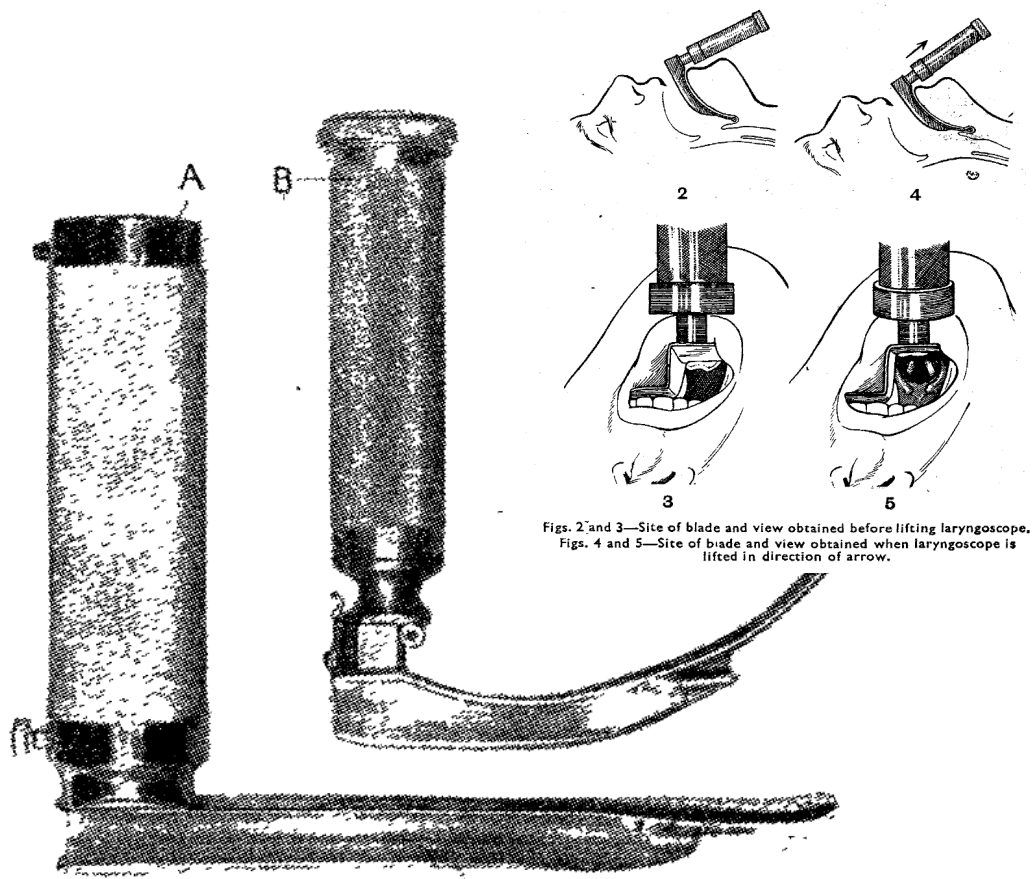


Un conflicto de interés describe una situación en la que una persona está o parece estar en riesgo de actuar de forma sesgada debido a intereses personales.

PATRÓN DE ORO

- CUÁL? Cómo ? Cuando ?
- RUTINA?
- RESCATE?
- EMERGENCIA?
- *ROL ACTUAL*





Figs. 2 and 3—Site of blade and view obtained before lifting laryngoscope.
 Figs. 4 and 5—Site of blade and view obtained when laryngoscope is lifted in direction of arrow.

Fig. 1—(A) Standard laryngoscope with long straight blade.

New Inventions

A NEW LARYNGOSCOPE

R. R. MACINTOSH, DM Oxf, DA,
 Nuffield professor of anæsthetics,
 University of Oxford.

The Macintosh laryngoscope

A historical note on its clinical and commercial development

PATRÓN DE ORO

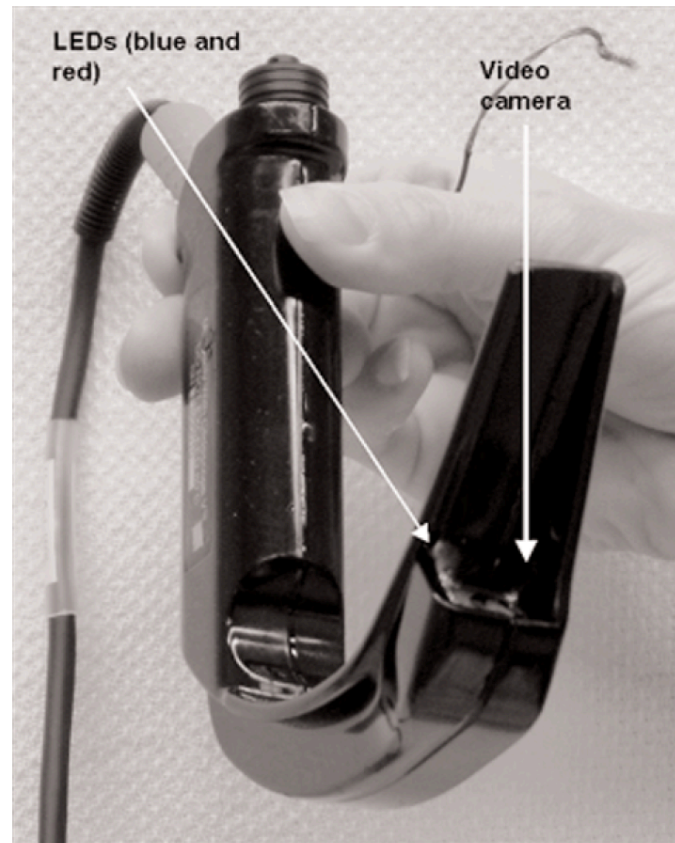
A. JEPHCOTT

Today the Macintosh laryngoscope is known throughout the world and is made by many firms in many countries. The technique discovered by Macintosh and the instrument he designed for its achievement has survived translation into plastic¹⁸ and the adoption of fibre-light. No doubt they will endure other developments in years to come.

Use of a new videolaryngoscope (GlideScope®) in the management of a difficult airway

[L'usage d'un nouveau vidéolaryngoscope (GlideScope®) pour une intubation difficile]

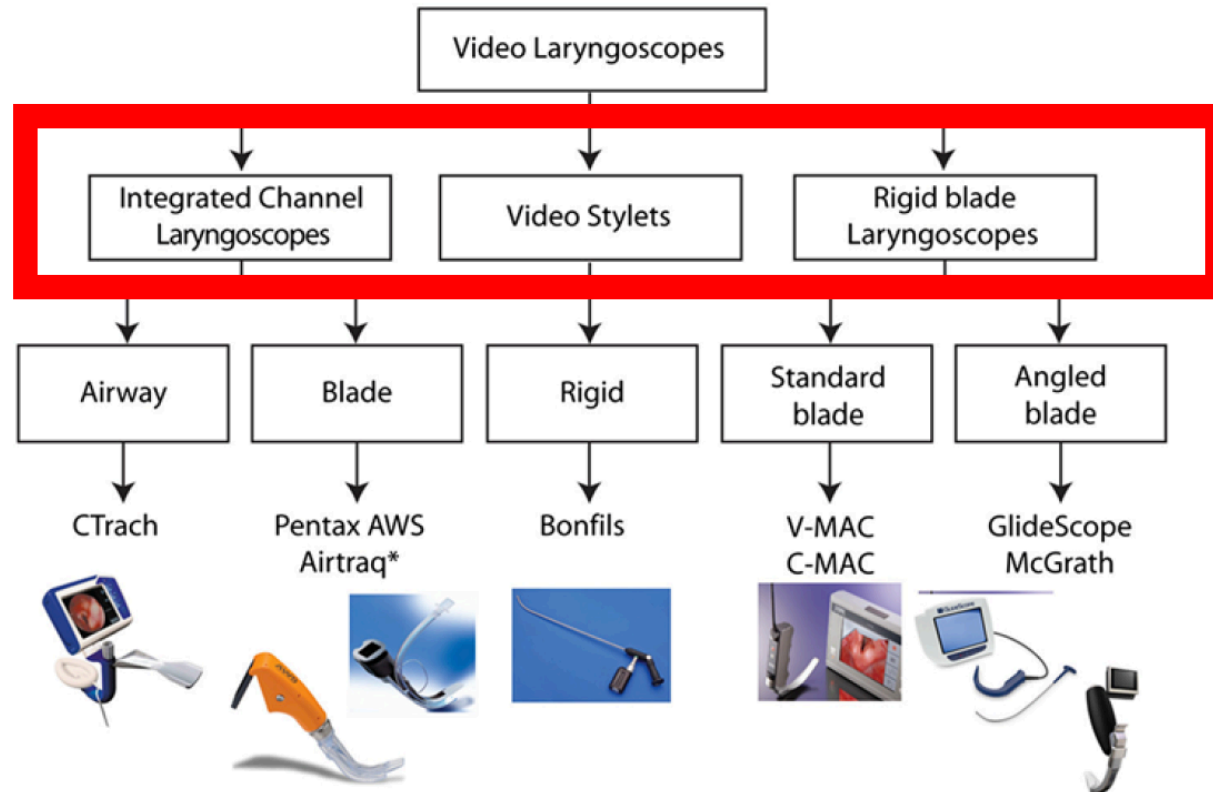
Richard M. Cooper BSc MSc MD FRCPC



Cooper RM. Use of a new videolaryngoscope (GlideScope) in the management of a difficult airway. Can J Anaesth. 2003;50:611-3

A systematic review of the role of videolaryngoscopy in successful orotracheal intubation

David W Healy*, Oana Maties, David Hovord and Sachin Kheterpal



Type	Blade type	Name	Manufacturer
Channeled	N/A	Airtraq®	Prodol, Vizcaya, Spain
		Pentax AWS®	Pentax-AWS, Ambu Glen Burnie MD, USA
		King Vision®	King System, Nobesville, IN, USA
		Airway Scope®	Pentax, Tokyo, Japan
		Res-Q-Scope II	N/A
Non-channeled	Angulated blade	Storz V-MAC®/C-MAC®	Karl Storz, Tuttlingen, Germany
		McGrath MAC®	Aircraft Medical, Edinburgh, Scotland
		Glidescope® Core™, Titanium™ Spectrum™	Glidescope, Verathon, WA, USA
		APA™ MAC	Venner Medical, Singapore, Singapore
		Infinium ClearVue®	QuadMed, Inc. Jacksonville, FL, USA
		AP Venerscope®	Intravent Direct, Maidenhead, UK
		Truview PCD™-R	Truphatek International Limited, Netanya, Israel
	Hyperangulated blade	C-MAC D-blade®	Karl Storz, Tuttlingen, Germany
		McGrath Series 5®	Aircraft Medical, Edinburgh, Scotland
		Glidescope® Core™, Titanium™ Spectrum™	Glidescope, Verathon, WA, USA
		APA™ DAB & U-DAB	Venner Medical, Singapore, Singapore
		Infinium Clear Vue®	Quamed, Inc. Jacksonville, FL, USA

N/A, not applicable.

Videolaryngoscopy, the Current Role in Airway Management
 DOI: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.93490>

Clasificación

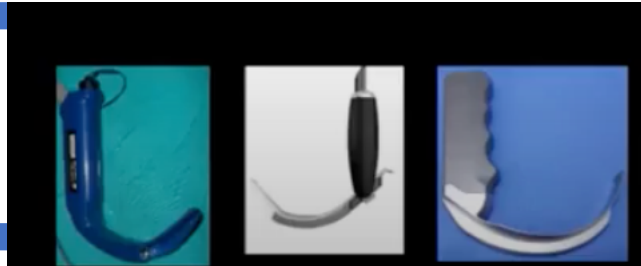
Tipo Macintosh

DUALES

C-MAC
Mc GRATH MAC
GLIDESCOPE DIRECT
I-VIEW
EMAX
INSIGHT IS3-L



Hiperangulados o de
Alta curva



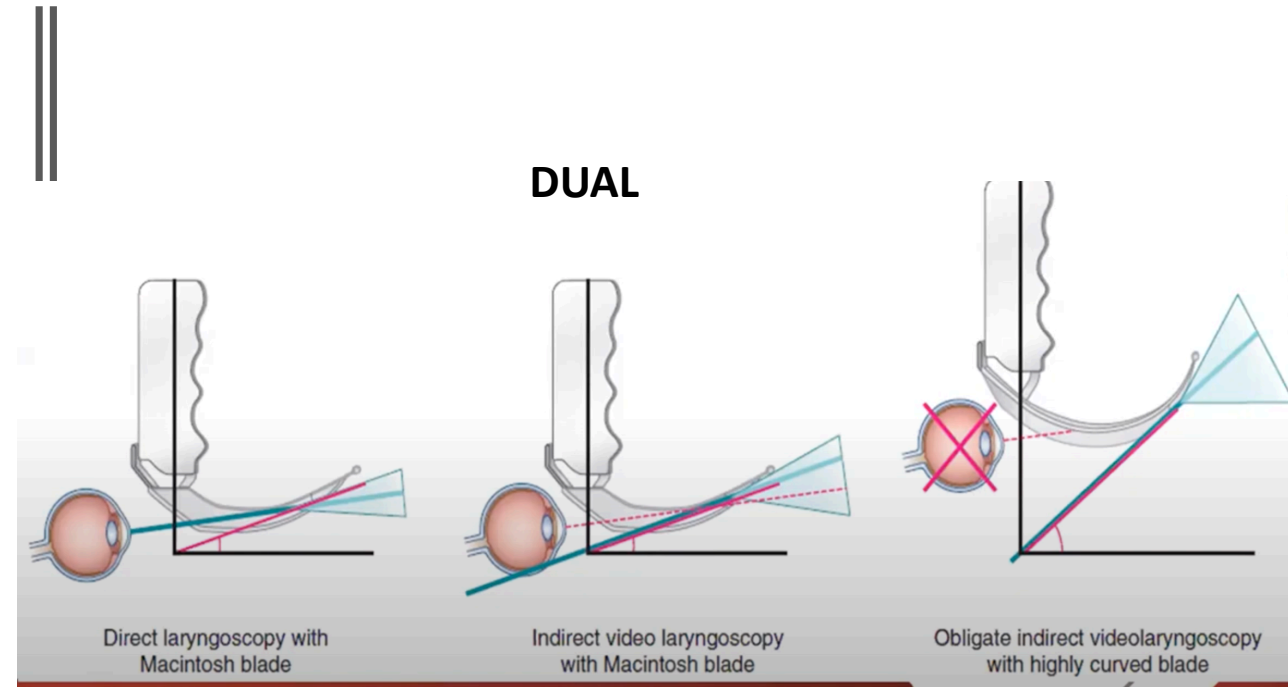
C-MAC D BLADE
GLIDESCOPE
Mc GRATH X BLADE

Con canal o acanalados

KING VISION
PENTAX AWS
AIRTRAQ



VISIÓN INDIRECTA DE LA GLOTIS SIN ALINEACIÓN DE LOS TRES EJES





Insight iS3-L



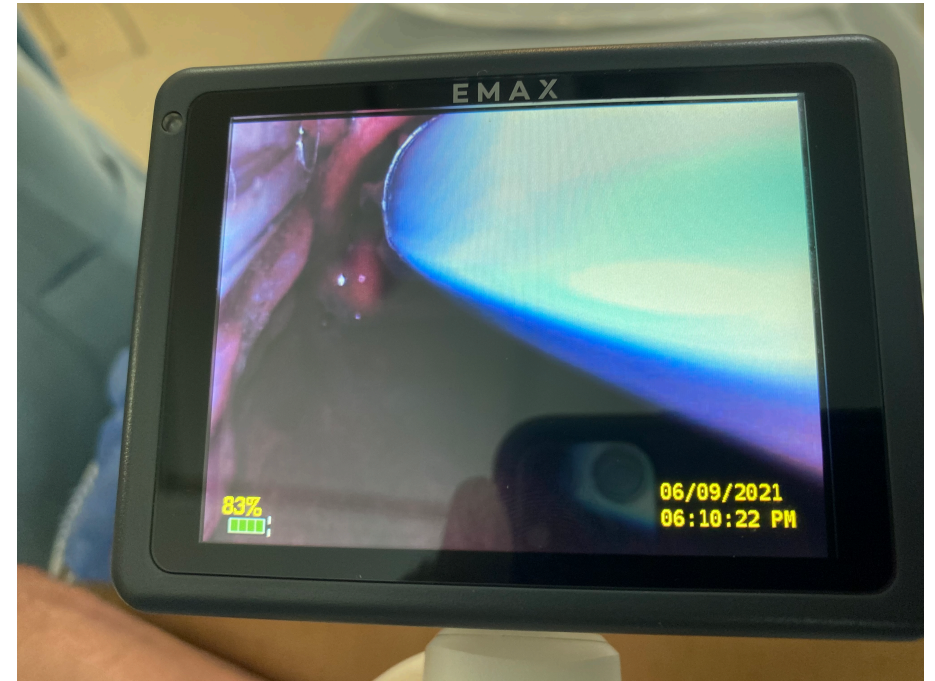
33
03



VLD3



EMAX

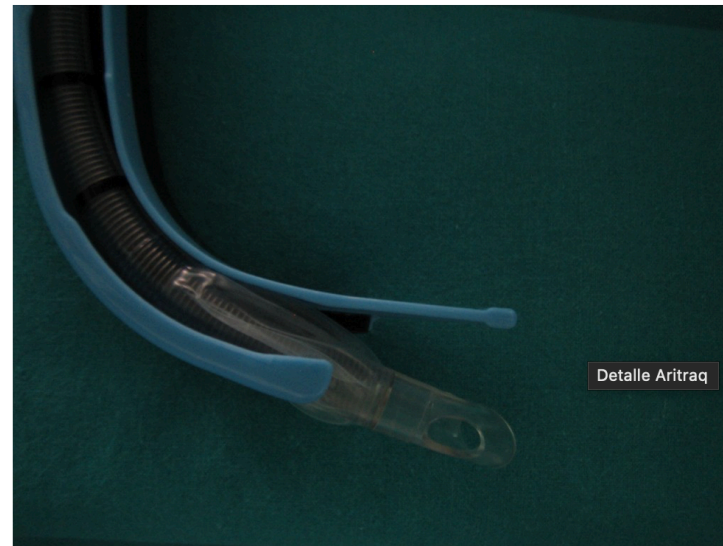


MANIOBRA KNET "KNOT END TUBE"

Nudo al final del tubo



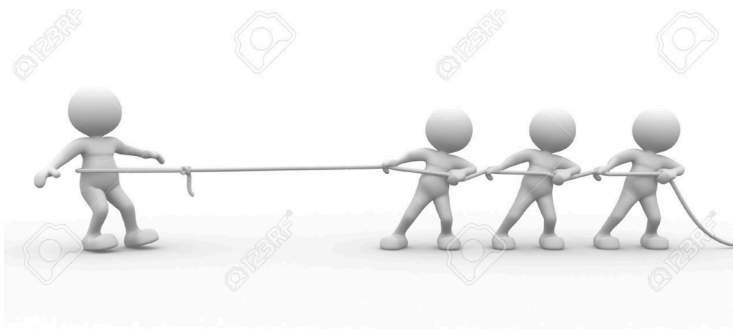
AIRTRAQ®





SIMILARES

- Características propias
- Tips
- Curva de aprendizaje





Revista Española de Anestesiología y Reanimación

El laringoscopio Macintosh, desde su diseño original, está presente en todos los quirófanos del mundo y su reinado ha sobrevivido al advenimiento del desarrollo tecnológico. Sin embargo, sus días como referente para asegurar la VA pueden estar llegando a su fin. Estudios bien diseñados de coste-efectividad frente a la VL darán «muerte definitiva al rey» de la VA ordinaria en un futuro probablemente no muy lejano.



INDICACIONES

VÍA
AÉREA
DIFÍCIL

Críticos,
Obesos

Inmovilidad
cervical

Intubación
Nasotraqueal

TDL
DOCENCIA

DESPIERTO

LA MAYOR EFECTIVIDAD AL PRIMER INTENTO

Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for adult patients requiring tracheal intubation: a Cochrane Systematic Review[†]

S. R. Lewis^{1,*}, A. R. Butler¹, J. Parker², T. M. Cook^{3,4}, O. J. Schofield-Robinson¹ and A. F. Smith⁵

64 ESTUDIOS

evaluó reducción en fallo de intubación y complicaciones

“El VIDEOLARINGOSCOPIO redujo la incidencia de intubación fallida o la facilitó , especialmente en vía aérea dificultosa prevista o anticipada, OR 0.28 y podría disminuir el trauma de tejidos blandos ”

Videolaryngoscopy vs. direct laryngoscopy use by experienced anaesthetists in patients with known difficult airways: a systematic review and meta-analysis

B. M. A. Pieters,¹ E. H. A. Maas,² J. T. A. Knape³ and A. A. J. van Zundert⁴

EXPERIMENTADOS

9 ESTUDIOS 1239 PACIENTES

OR < 1

- Mejor tasa de éxito al primer intento
- Mejor visión de glotis
- Menor trauma de mucosa

SIN EXPERIENCIA

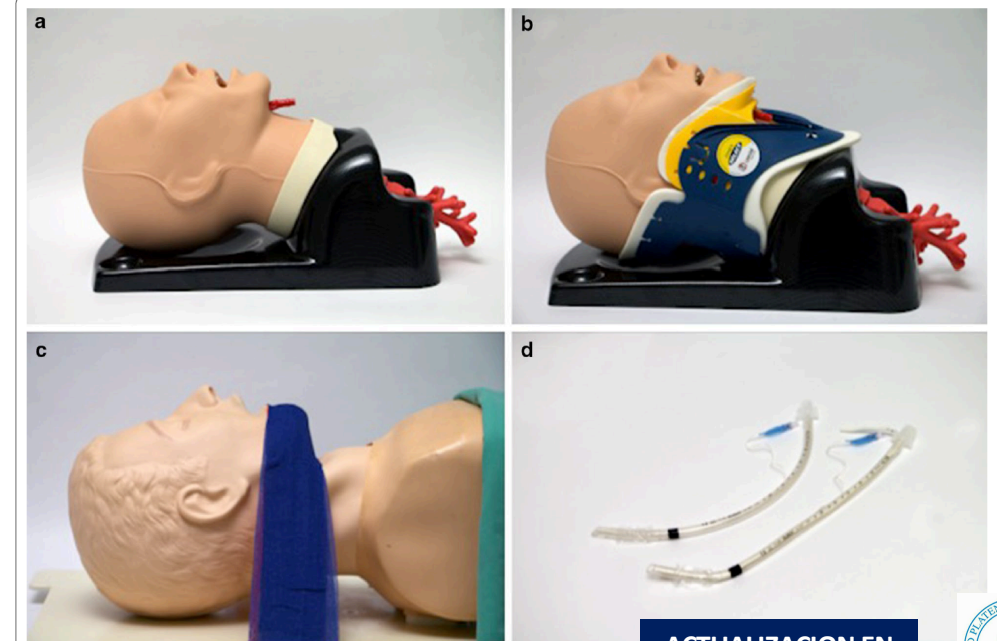
22 Médicos Cirujanos de trauma
14 intubaciones anuales

Improved success rates using videolaryngoscopy in unexperienced users: a randomized crossover study in airway manikins

Hendrik Eismann^{1†}, Lion Sieg^{1†}, Nicola Etti¹, Lars Friedrich¹, Christian Schröter², Philipp Mommsen², Christian Krettek² and Christian Zeckey^{2,3*} 

LD y VL en 3 pacientes simulados con vía aérea normal y dificultosa

- Mejor visión de la glotis.
- Mayor porcentaje de éxitos en la vía aérea dificultosa.
- Menor tiempo de intubación.
con significancia clínica no estadística”



Eismann et al. *Eur J Med Res* (2017) 22:27

ACTUALIZACION EN
VIA AEREA 2021



Videolaryngoscope versus Macintosh laryngoscope for tracheal intubation in adults with obesity: A systematic review and meta-analysis

Hiroshi Hoshijima, DDS, Assistant Professor^{a,*}, Yohei Denawa, MD, Resident^b,
Asako Tominaga, MD, Instructor^a, China Nakamura, MD, Instructor^a,
Toshiya Shiga, MD, Professor^c, Hiroshi Nagasaka, MD, Professor and Chairman^a

11 TRIALS 580 ptes por grupo

^a Department of Anesthesiology, Saitama Medical University Hospital, Moroyama, Saitama, Japan

^b Department of Anesthesiology, Allegheny Health Network, PA, USA

^c Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, International University of Health and Welfare, School of Medicine, Chiba, Japan

- Mejor visualización de la glotis
- Menor Cormark Lehane
- MENOR TIEMPO DE INTUBACIÓN 16.1 vs 31.1s
- MAYOR TASA DE EXITOS RR > 1

Ps

INMOVILIDAD CERVICAL

A prospective randomised controlled trial comparing tracheal intubation plus manual in-line stabilisation of the cervical spine using the Macintosh laryngoscope vs the McGrath® Series 5 videolaryngoscope

S. Ilyas,¹ J. Symons,² W. P. L. Bradley,² R. Segal,³ H. Taylor,⁴ K. Lee,³ M. Balkin,² C. Bain² and I. Ng³

64 ptes por grupo



- El VL produce una mejor visión glótica
- Mayor tiempo de intubación
50 vs 82 segundos Ps
- Hubo 5 intubaciones fallidas vs ninguna con LD”

Dificultades Técnicas y Entrenamiento

Anaesthesia 2014, 69, 1345–1350

ACTUALIZACION EN
VIA AEREA 2021



Videolaryngoscopy *versus* direct laryngoscopy for emergency orotracheal intubation outside the operating room: a systematic review and meta-analysis

32 ESTUDIOS

N. Arulkumaran^{1,*}, J. Lowe², R. Ions³, M. M. Ruano⁴, V. Bennett⁵ and M. W. Dunser⁶

” Aumentó el porcentaje de intubación al primer intento , sobre todo en médicos menos experimentados y redujo el porcentaje de intubaciones esofágicas”

Management of the anticipated and unanticipated difficult airway in anesthesia outside the operating room

these devices seem to be especially useful to manage difficult airways for anesthesia in remote locations. **Although, these devices have not specifically been studied for this scenario, a large amount of clinical evidence might support their application**



TUBOS DOBLE LUZ (TDL)

Videolaryngoscopy vs. Macintosh laryngoscopy for double-lumen tube intubation in thoracic surgery: a systematic review and meta-analysis

T. T. Liu,¹ L. Li,² L. Wan,³ C. H. Zhang⁴ and W. L. Yao³

- Mayor tasa de exitos al primer intento Ps , OR 2.77
- Menores eventos adversos orofaciales y de tejidos blandos

12 ESTUDIOS 1500 PACIENTES

Anaesthesia 2018, 73, 997-1007



Video Laryngoscopes in Thoracic Surgery

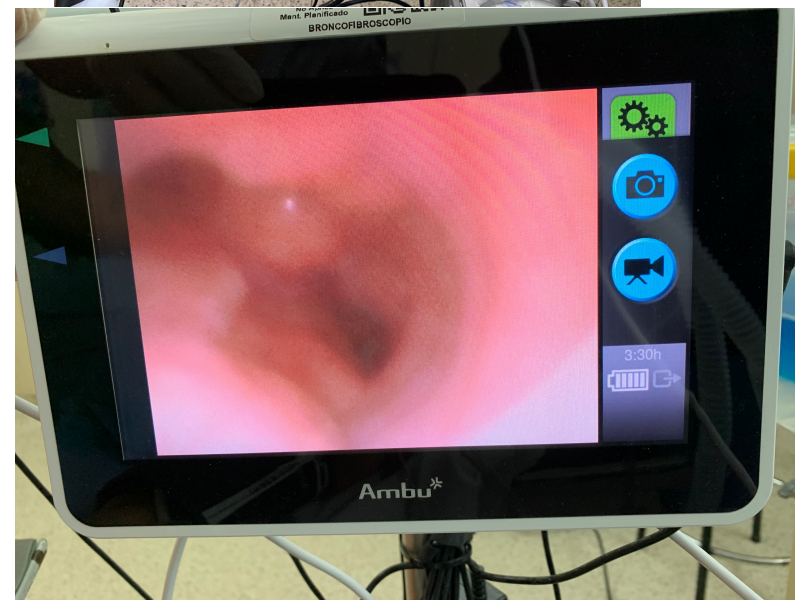
Mohamed El Tahan and Antonio Villalonga



Anesthesia in Thoracic Surgery

Changes of Paradigms

Manuel Granell Gil
Mert Şentürk
Editors



Anticipated difficult airway during obstetric general anaesthesia: narrative literature review and management recommendations.

M. C. Mushambi,^{1*} V. Athanassoglou² and S. M. Kinsella³

1 Consultant, Department of Anaesthesia, University Hospitals of Leicester, Leicester, UK

2 Consultant, Nuffield Department of Anaesthetics, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Oxford, UK

3 Consultant, Department of Anaesthesia, St Michael's Hospital, Bristol, UK

Videolaryngoscopy is likely to be the preferred intubation technique after induction of general anaesthesia in the woman with a predicted difficult airway. This may be more acceptable with the growing availability of high-flow nasal oxygenation in anaesthesia in general, and specifically on the delivery suite. Videolaryngoscopes are now almost universally available in UK obstetric units [181], and have even been suggested as the first-line instrument for routine intubation [165].



138 PUBLICACIONES
158 PACIENTES

Anaesthesia 2020;
<https://doi.org/10.1111/anae.14987>

ANESTESIA PEDIÁTRICA

Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for tracheal intubation in children (excluding neonates) (Review)

Abdelgadir IS, Phillips RS, Singh D, Moncreiff MP, Lumsden JL

“ Mejora la visión de la glotis, pero aumenta el tiempo de intubación”

Emerging trends, techniques, and equipment for airway management in pediatric patients

Mary Lyn Stein^{1,2}  | Raymond S. Park^{1,2} | Pete G. Kovatsis^{1,2}

Routine video-assisted direct laryngoscopy (DL) is an emerging trend, particularly in training institutions, for the intubation of neonates and infants, and pediatric patients with the potential for difficult DL

Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for adult patients requiring tracheal intubation (Review)

Lewis SR, Butler AR, Parker J, Cook TM, Smith AF

2016

ROL EN IISR

- ✓ Disminuye el número de intubaciones fallidas en vía aérea difícil
- ✓ Mejora visión de glotis
- ✓ Reduce trauma de partes blandas

Intubación en el paciente despierto

Videolaryngoscopy vs. fiberoptic bronchoscopy for awake tracheal intubation: a systematic review and meta-analysis

500 PACIENTES 8 RCT

”El VL tiene la misma tasa de exitos 99%, igual perfil de seguridad, los mismos efectos adversos, pero un tiempo mas rápido de intubación al primer intento 66s vs 24s”. Ps

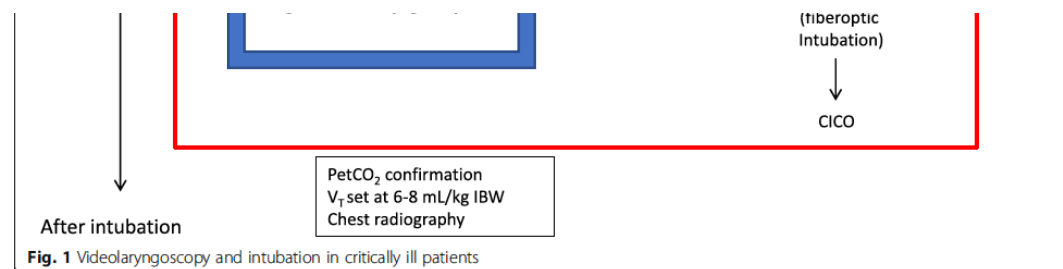
Anaesthesia 2018, 73, 1151–1161

Videolaryngoscopy in critically ill patients



Samir Jaber^{1,2}, Audrey De Jong^{1,2}, Paolo Pelosi^{3,4*}, Luca Cabrini^{5,6}, Jean Reignier⁷ and Jean Baptiste Lascarrou⁷

recommended. Nevertheless, a videolaryngoscope should be available in all ICUs as a powerful tool to rescue difficult intubation or unsuccessful first-pass laryngoscopy, especially in expert hands. Future trials will better define the role of videolaryngoscopy in ICU.



The American Society of Anesthesiologists Practice Parameter Methodology

BENEFICIOSO, CATEGORÍA A, NIVEL 1-2

Category A: Randomized controlled trials Level 1: <u>Meta-analysis of RCTs</u> Level 2: <u>Multiple RCTs</u> Level 3: <u>One RCT</u>	Benefit _____	Harm _____ _____ _____	Equivocal _____ _____ _____
Category B: Observational studies Level 1: Comparative statistics Level 2: Associative statistics Level 3: Descriptive statistics Level 4: Case reports	Benefit _____ _____ _____ _____	Harm _____ _____ _____ _____	Equivocal _____ _____ _____ _____

(Anesthesiology 2019; 130:367-84)

ES ? O DEBIERA SER EL GOLD STANDARD?

Videolaryngoscopy: Is There a Path to Becoming a Standard of Care for Intubation?

Thomas M. Hemmerling, MSc, MD, DEAA, and Cedrick Zaouter, MD

“HAY UN CAMINO PARA QUE SE VUELVA EL ESTÁNDAR DE INTUBACION, ACELERADO EN TIEMPO DE PANDEMIA, PONIENDO ENFASIS EN LA CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO Y SIMULACIÓN”



TÉCNICA DE “RESCATE”

Saugel et al. *Critical Care* (2017) 21:225
DOI 10.1186/s13054-017-1814-y

Critical Care

REVIEW

Open Access

Ultrasound-guided central venous catheter placement: a structured review and recommendations for clinical practice



Bernd Saugel^{1*}, Thomas W. L. Scheeren² and Jean-Louis Teboul³



TÉCNICA EN “OBSERVACIÓN”

“PUEDO VISUALIZAR LA GLOTIS , NO PUEDO COLOCAR EL TET”

LARINGOSCOPIA PARADOJAL

ACTUALIZACION EN
VIA AEREA 2021



Por que no es el gold standard?



No está disponible

Está disponible , pero no tenemos el entrenamiento adecuado

No es mejor que el Laringoscopio tradicional



Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway

An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway

Considerar:

- Awake intubation vs. intubation after induction of general anesthesia
- Non-invasive technique vs. invasive techniques for the initial approach to intubation
- Video-assisted laryngoscopy as an initial approach to intubation
- Preservation vs. ablation of spontaneous ventilation

Mejor visión Laringea
Mayor tasa de exitos al primer intento
Mayor tasa de exitos en general



ACTUALIZACION EN
VIA AEREA 2021

Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults†

Plan A: Facemask ventilation and tracheal intubation

Optimise head and neck position
Preoxygenate
Adequate neuromuscular blockade
Direct / Video Laryngoscopy (maximum 3+1 attempts)
External laryngeal manipulation
Bougie
Remove cricoid pressure
Maintain oxygenation and anaesthesia

- ✓ SE RECONOCE LA IMPORTANCIA DEL VL EN LA INTUBACION DIFICULTOSA , incluso primer opción
- ✓ TODOS LOS ANESTESIÓLOGOS DEBEN ESTAR ENTRENADOS EN SU USO
- ✓ SIEMPRE SE DEBE DISPONER DE UN VIDEOLARINGO.

Plan A: Tracheal Intubation

Laryngoscopy

Maximum three attempts

Maintain oxygenation

- May use low flow, low pressure 2-person mask ventilation

Full neuromuscular block

Videolaryngoscopy +/- bougie or stylet

External laryngeal manipulation

Remove cricoid

PASA DE ELEMENTO DE RESCATE A
PRIMERA OPCIÓN

Consensus guidelines for managing the airway in patients with COVID-19: Guidelines from the Difficult Airway Society, the Association of Anaesthetists the Intensive Care Society, the Faculty of Intensive Care Medicine and the Royal College of Anaesthetist. *Anaesthesia* 2020; **75**: 785-99.

Covid-19



Anaesthesia 2020. Doi:10.1111/anae.15054

Estrategia Predeterminada de Intubación de Secuencia Rápida en adultos por COVID



Posición en rampa: Cabeza en alto + flexión

Preoxigenación Óptima

Considerar ketamina (0,1 mg/kg) para tolerar la máscara
Técnica a 2 manos, agarre tipo VE
Objetivo ETO₂ > 80% a 5 minutos (Cronometrado)
Considerar la necesidad de 10cmH₂O (Presión Positiva Continua de las Vías Respiratorias) con un buen sellado



Medicamentos estándar para la inducción

Ketamina 1-2mg/kg
Rocuronio 1.5mg/kg



Mantener la máscara aplicada y maximizar la permeabilidad
Considerar la necesidad de 10cmH₂O (Presión Positiva Continua de las Vías Respiratorias) con un buen sellado
Evitar Ventilación No Invasiva con Presión Positiva
Tiempo de 60 segundos antes de la instrumentación de la vía aérea



Vía Aérea Orofaringea Técnica a 2 manos, agarre tipo VE



DSG de
2^{da} Generación



MANIPULACIONES



ADJUNTOS

TAMAÑO/TIPO

ASPIRACIÓN/
FLUJO DE O₂



TONO MUSCULAR



Máximo 3 intentos en cada línea de vida superior

La preparación para el rescate quirúrgico de la Vía Aérea aumenta en cada falla con el mejor esfuerzo



Técnica de bisturí si requiere aplicar maniobra de rescate



VortexApproach.org
© COPYRIGHT NICOLAS CHAMES 2020

OXIGENAR

- Aplicar en forma tempran Oxigenoterapia de alto flujo
- Titular HFNO desde 30-70 l.min -1
- Continúe HFNO durante todo el procedimiento

TOPICALIZAR

- Lidocaína 10% Spray a Orofaringe, pilares amígdalas y base de lengua
- 20-30 spray (durante inspiración, por 5 minutos)
- En caso de intubación nasal utilizar fenilefrina spray
- Test de topicalización atraumático
- En caso de ser inadecuado; reaplicar lidocaína hasta dosis máxima:

- Aplicar 5 spray de lidocaína 10% a base de lengua
- 2 ml lidocaína 2% x 3, sobre las cuerdas, bajo éstas a través de un catéter epidural o por el canal de trabajo del fibrobroncoscopio o utilice el MAD (Mucosal Atomization Device) Dispositivo atomizador de mucosa

Lidocaína

- 1 spray (1.7 ml) al 10% = 10 mg
- 1 ml al 2% = 20 mg

Co-phenylcaine

- 2.5 ml = 125 mg lidocaine + 12.5 mg phenylephrine

EJECUCIÓN

- Seleccionar apropiadamente tubo traqueal
- Paciente en posición sentada
- Asegurar que el operador pueda observar al paciente, monitor, pantalla y bomba de infusión



Para intubación Vigil con FOB

- Operador frente a paciente
- Considerar uso de boquilla o pieza de boca para broncospia
- Dirigir bisel de tubo hacia posterior

Para intubación Vigil con VL

- Operador posicionado cabecera de paciente
- Considerar uso de bougie o bujía

en 2 puntos

SEDAR

- Sedar si es necesario
- Remifentanilo TCI (Minto) Ce 1.0 - 3.0 ng.ml⁻¹
- En caso de hacer 2do anestesiólogo presente, considerar añadir midazolam 0.5-1 mg

Guidelines

Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults

“ELECCIÓN DEPENDE DE LAS CONDICIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE, HABILIDADES Y DISPONIBILIDAD”

SANGRE EN OROFARINGE, SAOS, OBESIDAD MÓRBIDA ETC.

SON COMPLEMENTARIOS, ES UNA ALTERNATIVA

Predictors of difficulty with tracheal intubation using video laryngoscopy³²⁻³⁶

- Abnormal neck anatomy (e.g., due to pathology, scar, remote radiation); thick neck
- Male sex
- Large tongue
- Thyromental distance < 6 cm
- Short sternothyroid distance
- Limited cervical spine motion
- Limited mouth opening
- High upper lip bite test/limited mandibular protrusion
- Upper airway soiled by blood or vomitus
- Previously obtained high Cormack–Lehane grade during direct laryngoscopy
- Surgery type (head and neck or cardiac)
- Airway manager inexperience

Canadian Airway Focus Group updated consensus-based recommendations for management of the difficult airway: part 1. Difficult airway management encountered in an unconscious patient

Canadian Airway Focus Group updated consensus-based recommendations for management of the difficult airway: part 2. Planning and implementing safe management of the patient with an anticipated difficult airway

7.2.7 Choice of equipment

Resources allowing, the CAFG advocates for the routine use of VL (with appropriately selected blade type) for tracheal intubation, with or without anticipated difficulty.⁵

“Proclama su uso rutinario con la valva adecuada en intubación traqueal con o sin dificultad anticipada”

Can J Anesth/J Can Anesth
<https://doi.org/10.1007/s12630-021-02007-0>

Can J Anesth/J Can Anesth (2021).
<https://doi.org/10.1007/s12630-021-02008-z>

Videolaryngoscopes: Meta-analyses of RCTs comparing video-assisted laryngoscopy with direct laryngoscopy in patients with predicted difficult airways report improved laryngeal views, a higher frequency of successful intubations, a higher frequency of first attempt intubations and fewer intubation maneuvers with video-assisted laryngoscopy (Category A1-B evidence);²³¹⁻²⁴¹ findings for time to intubation were equivocal (*Category A1-E evidence*).^{229,235-237,240-242}†††††

2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway*

Jeffrey L. Apfelbaum, MD, Carin A. Hagberg, MD, Richard T. Connis, PhD, Basem B. Abdelmalak, MD, Madhulika Agarkar, MPH, Richard P. Dutton, MD, John E. Fiadjoe MD, Robert Greif, MD, P. Allan Klock, Jr., MD, David Mercier, MD, Sheila N. Myatra, MD, Ellen P. O'Sullivan, MD, William H. Rosenblatt, MD, Massimiliano Sorbello, MD, Avery Tung, MD.

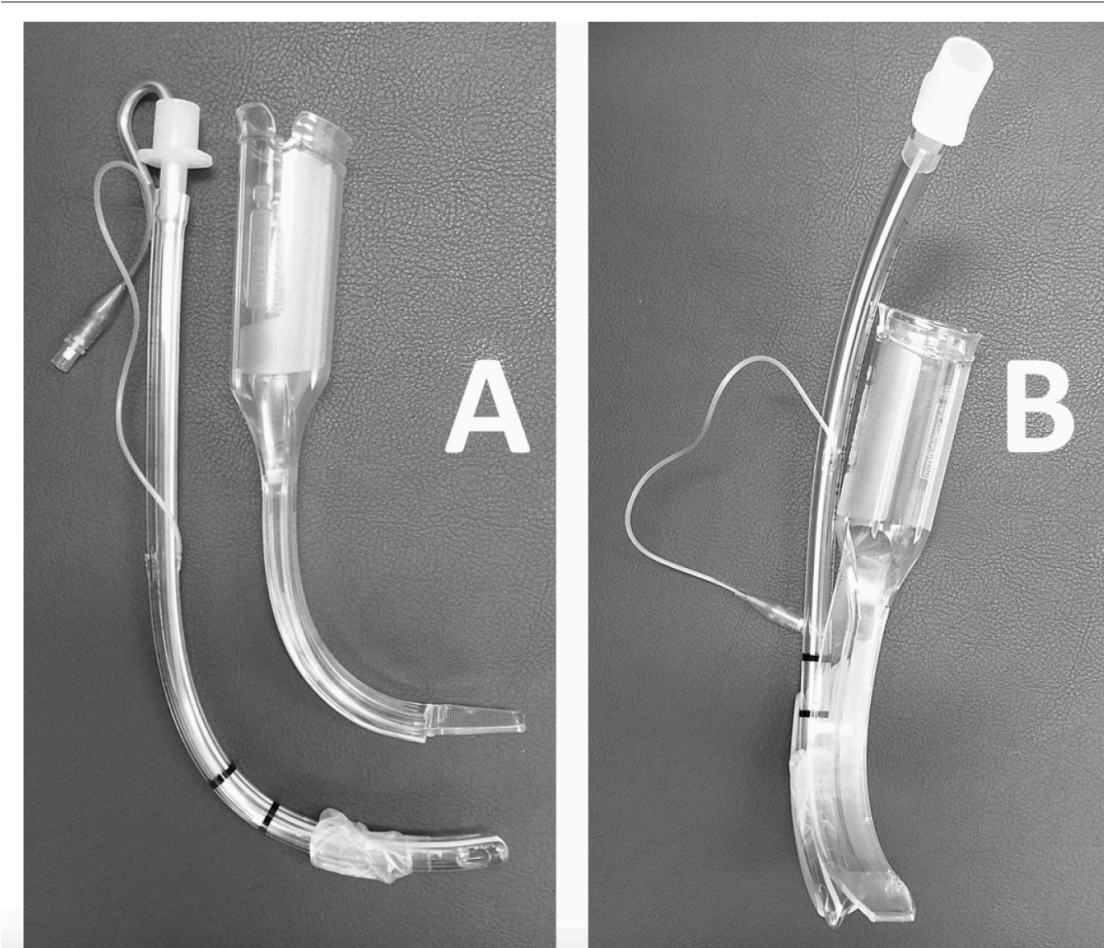
Con canal o sin canal?

Tracheal intubation with channeled vs. non-channeled videolaryngoscope blades

Peter Biro¹, Martin Schlaepfer²

- ✓ Mayor tiempo en reconocer la glotis 11 vs 5 segundos Ps
- ✓ Menor tiempo de intubación 17 vs 29 segundos. pS

Grupos de 20 y 20 pacientes



King Vision®



Hiperangulados

CAMBIO DE PARADIGMA

Si no veo es difícil , AHORA VEO Y SE ME DIFICULTA

- ❖ NECESITAN DE FACILITADORES o ESTILETES
- ❖ MAYOR CURVA DE APRENDIZAJE QUE VL tipo Macintosh
- ❖ SON LOS VERDADEROS RESCATADORES EN VAD IMPREVISTA
- ❖ PUEDEN PROVOCAR MAS TRAUMA EN TEJIDOS BLANDOS
- ❖ PERMITEN VER NO NECESARIAMENTE INTUBAR





Review of Videolaryngoscopy Pharyngeal Wall Injuries

Devon Greer, MD; Kathryn E. Marshall, PhD; Scott Bevans, MD; Aurora Standlee, MD;
Patricia McAdams, MD; Wayne Harsha, MD

“La VL tiene mayor riesgo de lesión de partes blandas que la LD”



Inexperiencia y falta de entrenamiento

Laryngoscope. 2017 Feb;127(2):349-353.

Boca

monitor

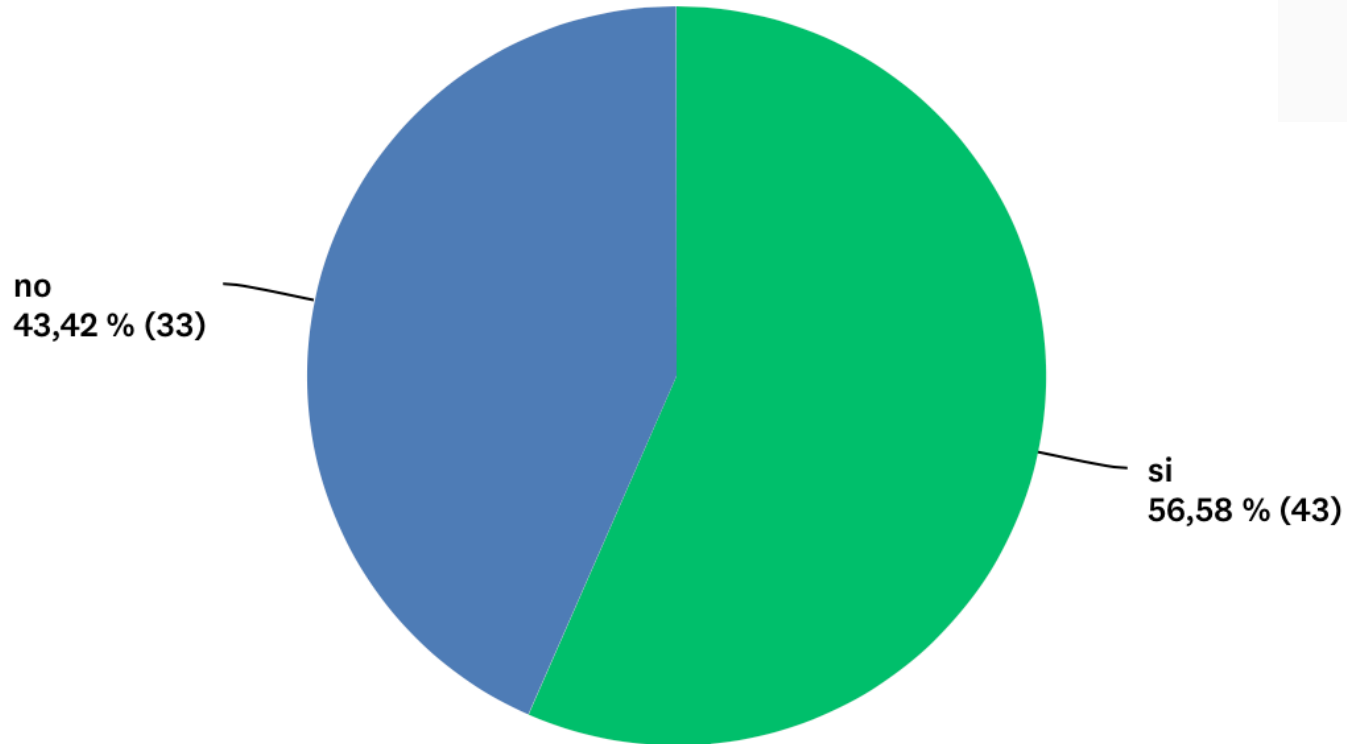
Boca

monitor



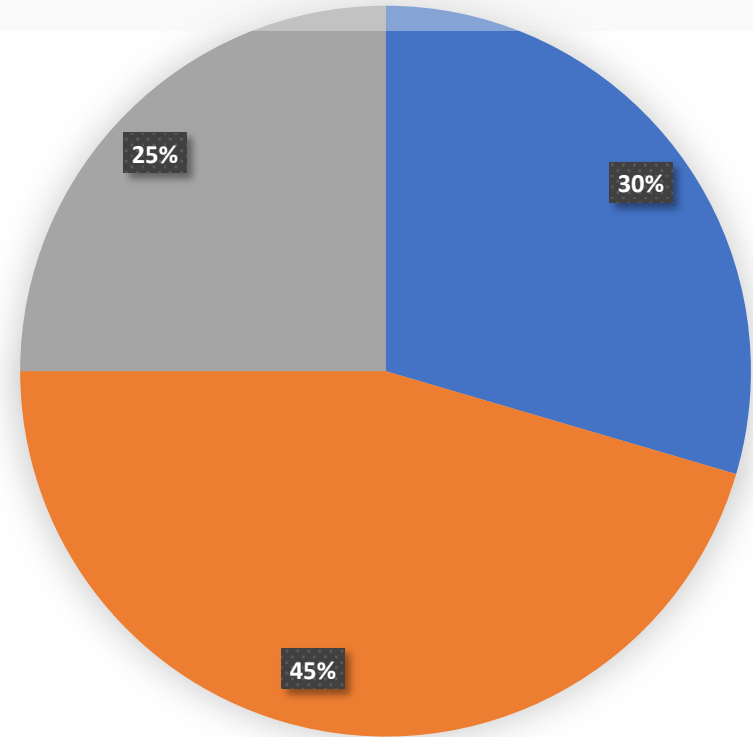
**76 Anestesiólogos
ADAARC**

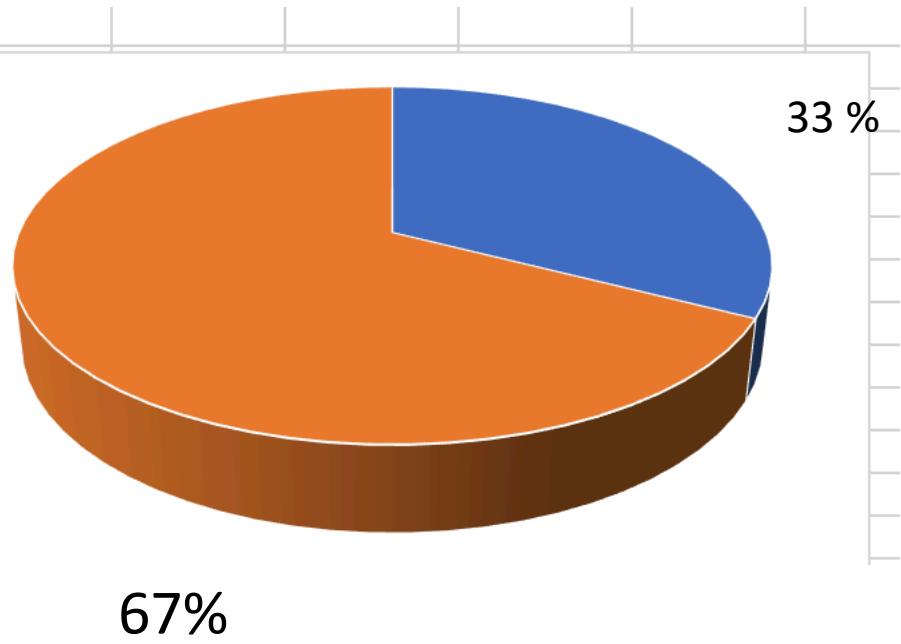
Tiene VIDEOLARINGOSCOPIO ?



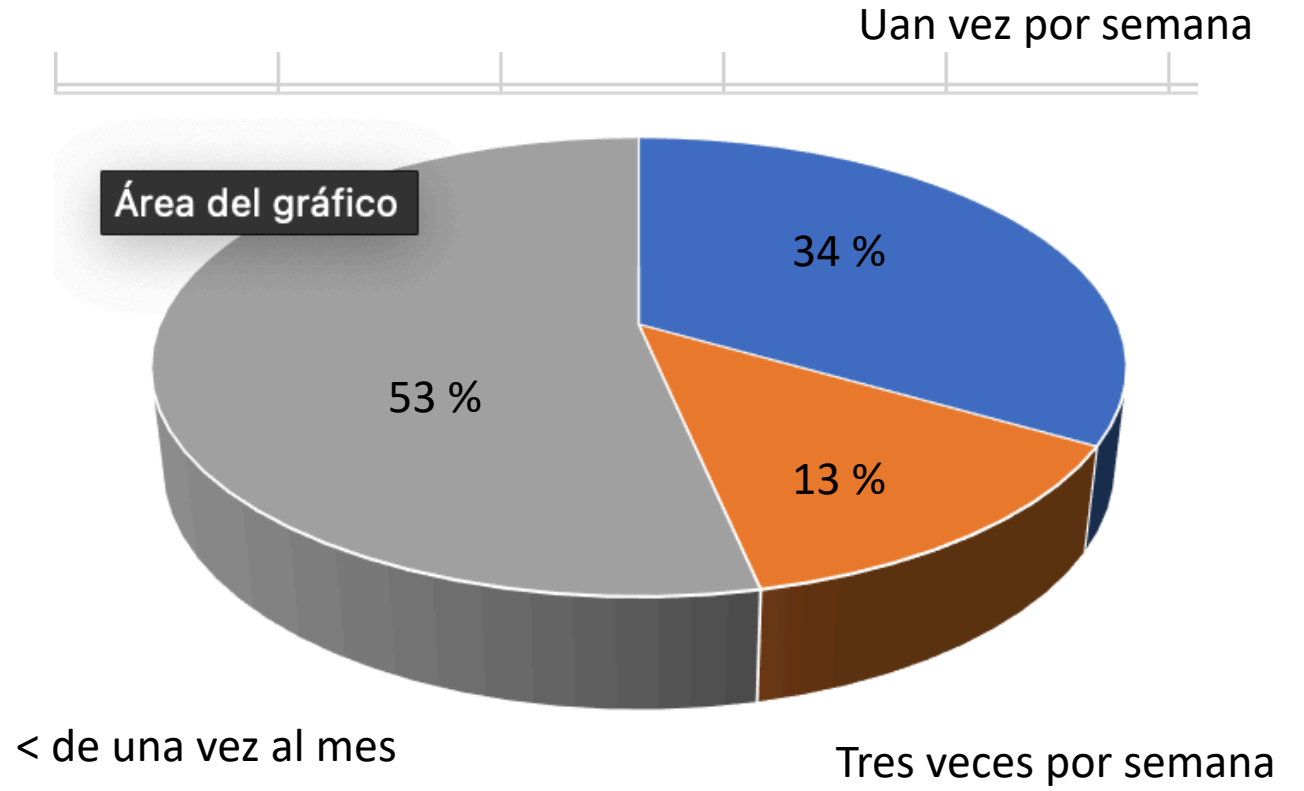
Quien se lo provee?

■ ambito publico (13) ■ ambito privado (20) ■ ambos (11)



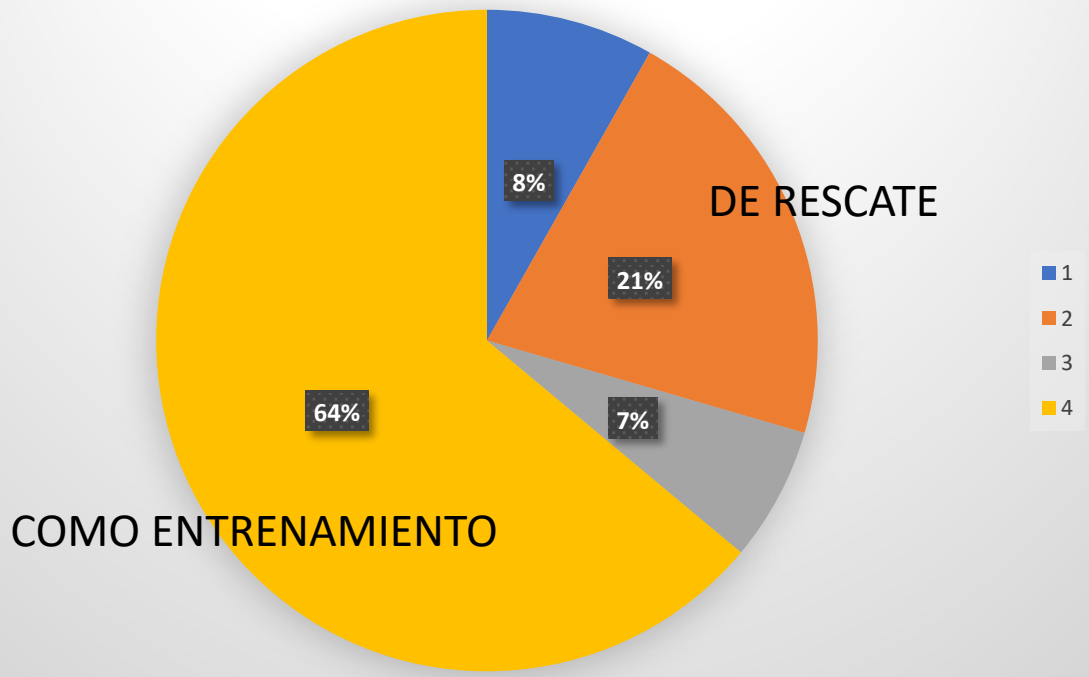


Valva hiperangulada

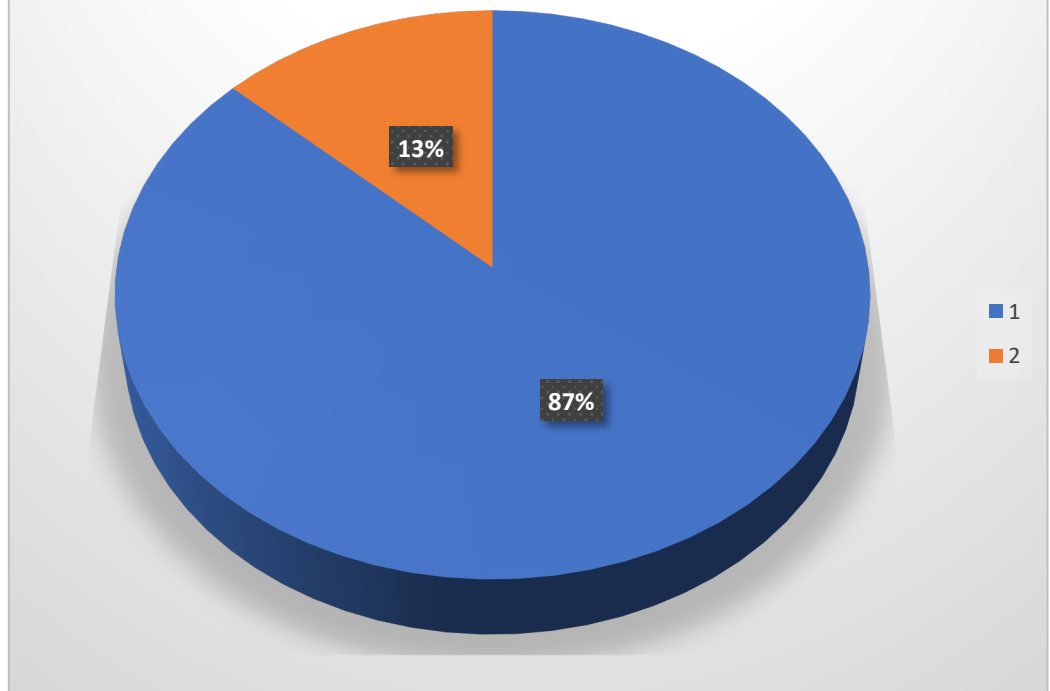


Cuántas veces lo usa ?

EN QUE MOMENTO LO UTILIZA

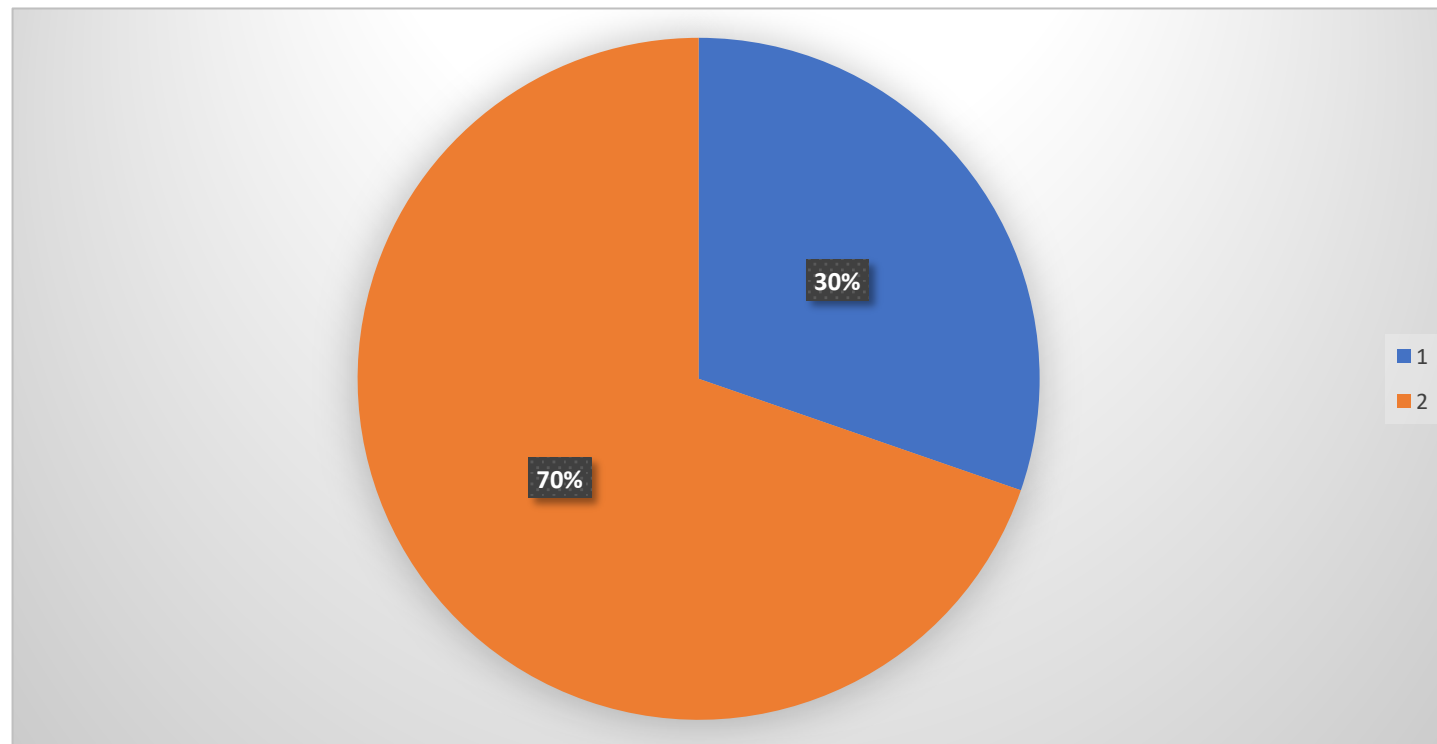


Es indispensable ?



No dispongo de VL

LO GESTIONÉ Y NO ME LO PROVEEN



NO ME LO PROVEEN Y NO LO GESTIONÉ

COSTO -BENEFICIO

COST BURDEN ASSOCIATED WITH DIFFICULT INTUBATION IN THE UNITED STATES

Karen Phillips¹, Marilyn Moucharite¹, Tess Wong¹, Rhea May². ¹Medtronic, Mansfield, United States; ²Medtronic, Boulder, United States

Inpatient Surgical Admissions	N ^a	Median Cost
Admissions with difficult intubations	4,598	\$33,171
Admissions without difficult intubations	9,980,862	\$12,940
Cost difference		\$20,231

Debiéera ser el gold standard

- Mejora la visión de la Glotis.
- Mayor eficacia al primer intento.
- Curva corta de aprendizaje.
- Múltiples indicaciones.
- Indicado de primera opción para VAD anticipada.
- Indicado como rescate para VAD imprevista.
- Mayor presencia en guías de VAD.
- Portátiles y trasladables.
- Relación costo- beneficio favorable.
- Util en Anestesia Pediátrica.
- Util en N.O.R.A..
- Cada vez mejor evidencia Bibliográfica.



Clara Indicación

- VÍA AEREA DIFICULTOSA PREVISTA , COMO PRIMERA OPCIÓN.
- VÍA AEREA DIFICULTOSA IMPREVISTA, COMO RESCATE.



- ❖ Todo Servicio de Anestesiología debe disponer de un Videolaringoscopio, con valva Mac e Hiperangulada.
- ❖ Utilizarlo de forma rutinaria , 3 veces por semana, para obtener y mantener la competencia.



P.U.M.A

WEBINAR Join Meeting EVALa.CLASA/DAS

Current topics in airways management

July 17th, 2021
11.30 Argentina Time

Simultaneous translation:
Spanish - English - Portuguese

NO REGISTRATION REQUIRED
FREE ACCESS

ID ZOOM XXXXXXXXXX **LIVE**

Speakers

-  **Barry Mc Guire**
MD. UK. DAS President
-  **Cecilia Sandoval**
MD. EVALa Head México Chapter
-  **Abhijoy Chakladar**
MBBS. UK. DAS Survey Coordinator
-  **Marcio Pinho**
MD. EVALa Head Brazil Chapter
-  **Fauzia Mir**
UK, Honorary DAS Treasurer
-  **Kathleen Quintero**
MD. EVALa Head Panamá Chapter
-  **Kariem El-boghdadly**
MD. UK. DAS Scientific Officer
-  **Honor guest: Haydee Osses**
EVALa Co.Founder
EVALa former director Chile Chapter
-  **Meeting director: Guillermo Navarro**
MD. Argentina EVALa CLASA President

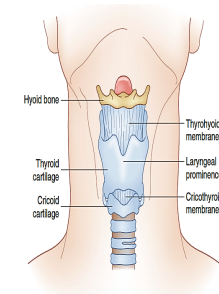


Airway Training Latin America Team Ten years anniversary



Guest society
Difficult Airway Society

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCION



drbejar@gmail.com
www.drjohnbejar.com.ar



FAAAAR

Federación Argentina de Asociaciones
de Anestesia, Analgesia y Reanimación



adaarc

Asociación de Anestesia, Analgesia
y Reanimación de Córdoba
1950