

Por favor asegúrese que el DSG está en su lugar; administre oxígeno 100%;
 Confirme adecuada sedación/anestesia, ventilación & parálisis.

Cateter Aintree

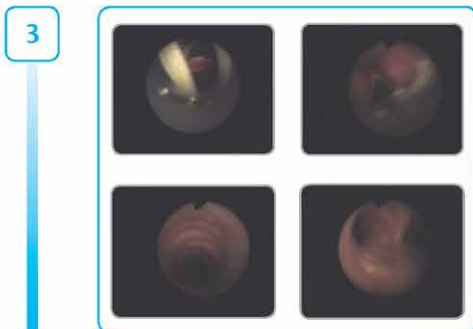
- ❖ 56 cm delargo, hueco
- ❖ 6,5mm diámetro externo; 4,7mm diámetro interno
- ❖ Facilmente premontado en un fibroscopio de intubación de tamaño adecuado (diámetro máximo 4,2mm)
- ❖ Suficientemente flexible para montarlo sobre el fibroscopio
- ❖ Suficientemente rígido para facilitar avance del TET
- ❖ Trae 2 adaptadores rafidfit (vea guía del fabricante)
- ❖ Usado para intubación por DSG asistida por fibroscopio



Habiendo preparado el fibroscopio (FC) y cámara, lubrique las superficies externas tanto del Cateter de Intubación Aintree (CIA) y del FC. Monte el CIA en el FS y asegúrelo con tela. Ponga el codo adaptador de fibroscopio de 15mm (con puerto) en el DSG, y conecte el circuito anestésico al codo. Confirme anestesia adecuada, relajación muscular y ventilación asistida.



El DSG debiera ser inmobilizado por un asistente. Introduzca el FC con el CIA montado al lúmen del DSG por el puerto superior del codo conector.



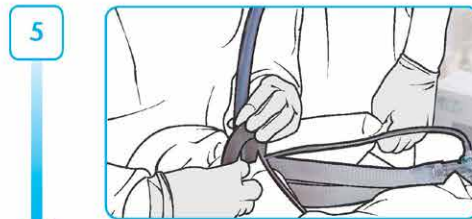
Secuencialmente visualice las barras de apertura del DSG (si las tiene), glotis, anillos traqueales y finalmente carina, en la medida que el FC avanza a caudal. Nunca avance más allá de la carina.

Permission for use granted by Cook Medical Incorporated, Bloomington, Indiana.
 Authors: Dr. Rajmohan Padmanabhan, Consultant Anaesthetist, NHS Lanarkshire
 Dr. Barry McGuire, Consultant Anaesthetist, NHS Tayside
 Illustrations produced by Andy Morris, Medical Illustration Department, NHS Lanarkshire. 26/01/2011

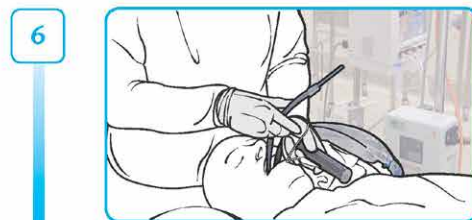
The AIC was invented in Liverpool, UK;
 Reference: Anaesthesia, 1996, volume 51, pages 1123-1126.



Note la profundidad del CIA. Con el asistente inmobilizando el DSG y el operador manteniendo el CIA en posición, solo el FC es retirado luego de remover la tela que lo asegura.



Brevemente desconecte el DSG (junto con el codo adaptador) del circuito anestésico, desinfe el balon (si tiene) y comience a retirar el DSG (junto con el codo adaptador), aplicando contrapresión al CIA para que no se mueva. Cuando se vea el balon del DSG sujete el CIA en la boca y retire totalmente el DSG y conector. Debe hacerse con cuidado. Fíjese en la profundidad del CIA en los labios, asegurándose que nunca exceda 26cm.



Usando un laringoscopio, deslice el TET sobre el CIA asegurando una orientación de "punta hacia adelante". Use un TET convencional-tamaño mínimo 7,0 y precortado al largo adecuado.



Reconecte el circuito y reestablezca anestesia y ventilación. Confirme CO2 espirado. Considere confirmación con FC de la posición del TET

- ❖ Esta no es una técnica de rescate de vía aérea
- ❖ Debe ser realizada en forma controlada y paso a paso
- ❖ El proceso está diseñado para proveer ventilación/oxigenación continua vía el DSG y codo conector hasta que el DSG se resuelve y el TET es deslizado a su lugar.
- ❖ Oxígeno puede ser administrado vía el CIA cuando se prolonga el deslizar el tubo; ventilación asistida por esta vía es frecuentemente sub óptima (lumen pequeño y falta de balón)
- Veá la guía del manual del fabricante para metodos de aporte de oxígeno.

Recomendaciones

1. Considere un segundo anestesiólogo además de asistente entrenado
2. Use una cámara para el fibroscopio

Precaución

El cateter Aintree no se recomienda con DSG Supreme.