

Νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες από την DAS για τη διαχείριση του μη προβλεπόμενου δύσκολου αεραγωγού 2025.

Σχολιασμός

Τον Δεκέμβριο του 2025, δημοσιεύθηκε η 3^η έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών διαχείρισης του μη προβλεπόμενου δύσκολου αεραγωγού, από την DAS, μετά από 3 χρόνια προετοιμασίας, 10 χρόνια μετά τη 2^η έκδοση και 21 χρόνια μετά την 1^η δημοσίευση.

Οι οδηγίες αυτές έρχονται να συμπεριλάβουν αλλαγές που υποστηρίζονται από την DAS και άλλες διεθνείς εταιρείες και έχουν δημοσιευθεί σε επιμέρους κατευθυντήριες οδηγίες. Δεν αποτελούν ελάχιστες προϋποθέσεις ασφαλούς διαχείρισης του αεραγωγού, δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την κλινική απόφαση, όμως έρχονται να υποστηρίξουν τον αναισθησιολόγο στη λήψη αποφάσεων για την επιτυχή εξασφάλιση του αεραγωγού.

Στις αναθεωρημένες οδηγίες γίνεται προσπάθεια εισαγωγής ενιαίου αλγόριθμου για την απόφαση ξυπνητής ή μη διασωλήνωσης. Ο αναθεωρημένος αλγόριθμος παραμένει κλιμακωτός (βήματα A – D) όπως στις προηγούμενες οδηγίες.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν τα παρακάτω σημεία:

- η ξεχωριστή θέση που για πρώτη φορά αποκτά ο νοσηλευτής αναισθησιολογίας. Καθώς ο ανθρώπινος παράγοντας παίζει καθοριστική σημασία στην έκβαση, ο νοσηλευτής παίζει συγκεκριμένο ρόλο ώστε να διατηρηθεί η επίγνωση της κατάστασης και να αποφευχθεί η επίμονη επανάληψη μιας τεχνικής και η απώλεια της αίσθησης του χρόνου. Είναι γνωστό ότι αυτά τα μη τεχνικά λάθη είναι και τα συχνότερα στη διαχείριση του δύσκολου αεραγωγού, με δραματικές συνέπειες. Προκύπτει, συνεπώς, η ανάγκη κοινής εκπαίδευσης όλης της ομάδας στη διαχείριση του αεραγωγού, με σαφείς οδηγίες για τον ρόλο που παίζει κάθε μέλος της. Και εδώ η DAS δίνει εκπαιδευτικά εργαλεία και τρόπους εκπαίδευσης στα Αναισθησιολογικά τμήματα. Καλό θα ήταν να δούμε ποια εργαλεία από αυτά μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε στα τμήματα μας.
- η σημασία της προεγχειρητικής αξιολόγησης του αεραγωγού με κλινικές δοκιμασίες και σύγχρονα εργαλεία εφόσον είναι διαθέσιμα.
- η ανάγκη της προοξυγόνωσης και της περιοξυγόνωσης του ασθενούς για την παράταση του χρόνου ασφαλούς άπνοιας.
- η χρήση νευρομυϊκού αποκλειστή από την αρχή, για βέλτιστες συνθήκες αερισμού, και χρήση νευροδιεγέρτη με ποσοτική εκτίμηση του αποκλεισμού από την αρχή. Είναι θέμα με αντικρουόμενες απόψεις, κατά καιρούς, η DAS, όμως πλέον, είναι ξεκάθαρη.

- η χρήση βιντεολαρυγγοσκοπίου από την αρχή, εφόσον είναι διαθέσιμο. Και εδώ έχουμε συχνά αντιπαράθεση και προβληματισμούς για ζητήματα όπως η επάρκεια εξοπλισμού, η συντήρηση, το κόστος, πιθανή βλάβη και χρόνο αντικατάστασης, η ποικιλία των συσκευών. Ξεκάθαρο είναι πως η τεχνική με λάμα Macintosh δεν πρέπει να χαθεί ακόμη κι αν χρησιμοποιείται βιντεολαρυγγοσκόπιο.
- η χρήση διπλού κριτηρίου επιβεβαίωσης της σωστής θέσης του ενδοτραχειακού σωλήνα με καπνογραφία και άμεση όραση.

Προβληματισμός παραμένει για την κρικοθυρεοειδοτομή. Όπως φαίνεται από τις οδηγίες, η απόφαση για αλλαγή της τομής έγινε από ανεξάρτητη ομάδα ειδικών και έρχεται σε συμφωνία με τις οδηγίες των Καναδών. Η πρόκληση είναι και πάλι ο τρόπος εκπαίδευσης των αναισθησιολόγων, σε μια τεχνική αμιγώς χειρουργική. Είναι εμφανές βέβαια, από τις οδηγίες, ότι γίνεται η μέγιστη προσπάθεια διάσωσης του αεραγωγού στα προηγούμενα στάδια, με χειρουργικό αεραγωγό από τους ειδικούς σε καλύτερες συνθήκες.