

MÓDULO B II (II) MASCARILLA LARÍNGEA SUPREME EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA



Técnica de inserción I

- Posición detrás del paciente
- Bajo visión directa colocar la punta del dispositivo contra el paladar dentro de la cavidad oral
- Distribuir el lubricante por el paladar moviendo ligeramente la ML
- Mantener abierta la boca para permitir que la parte más ancha de la ML se introduzca en la cavidad oral

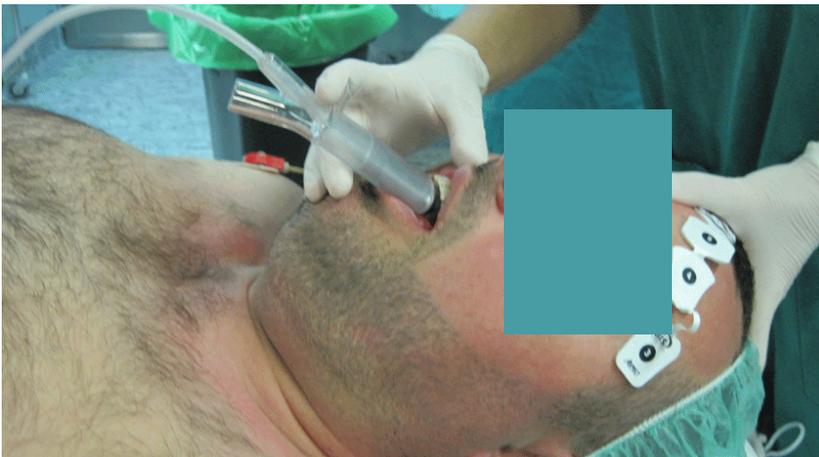


Técnica de inserción II

- **No forzar con el tubo aéreo mientras se introduce en la boca**
- **Mantener el tubo aéreo próximo a la barbilla**
- **Rotar el dispositivo con un movimiento circular introduciéndolo en la boca**



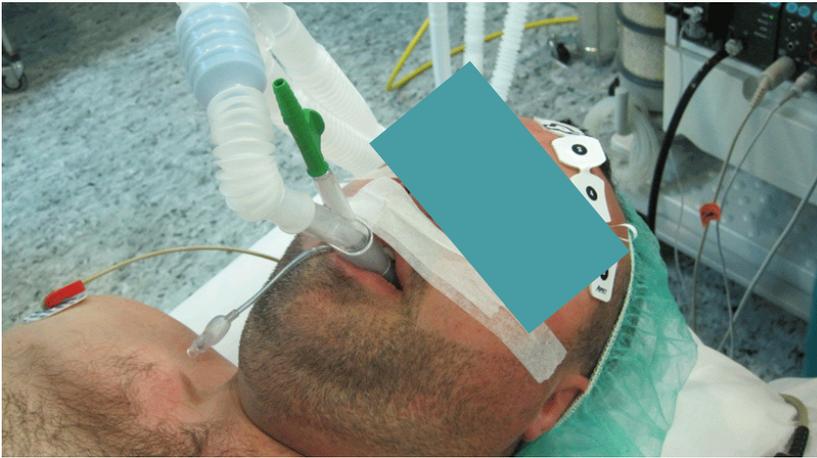
Técnica de inserción III: avanzar el dispositivo hasta que se aprecia una resistencia definitiva



Finalmente la ML estará correctamente posicionada con el tubo gástrico alineado con el esfínter esofágico superior



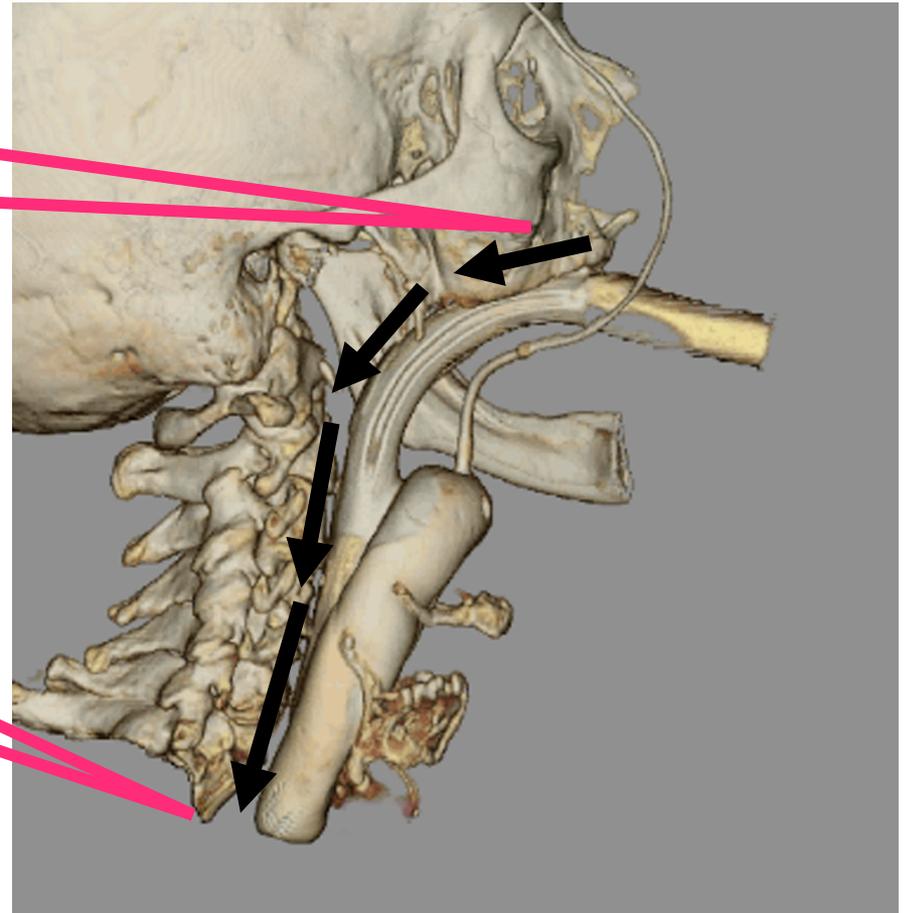
Fijación de la mascarilla supreme



Importancia de la fijación: se empuja el dispositivo hacia dentro, sellando mejor el esófago

Apoyo rígido para el esparadrapo

Esfinter esofágico superior



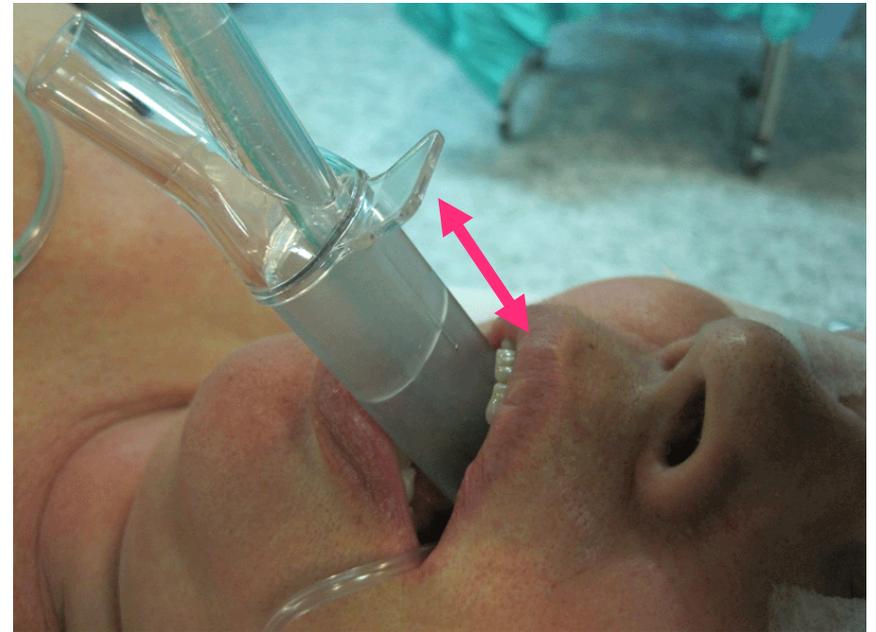
Comprobaciones tras la inserción

- Ventilación adecuada con los movimientos torácicos y capnografía
- Ausencia de fugas
- Bloque de mordida entre los dientes
- Comprobar tubo gástrico patente mediante SNG



Signos de correcta colocación

- El “asa de la ML supreme debería estar entre 0,5-2 cm del labio superior.
- Si la distancia es diferente será más apropiado elegir otro tamaño.



Mascarilla recomendada en función del peso del paciente

	Airway size			
	3	4	5	6
Patient weight	30 - 50 kg	50 - 70 kg	70 - 100 kg	>100 kg
Maximum inflation volume	30 mL	45 mL	45 mL	60mL
Optimum intra-cuff pressure	60 cm H ₂ O			

Sonda gástrica recomendada en función del número de mascarilla

Airway size	Largest OG Tube
3	14 Fr
4	14 Fr
5	14 Fr
6	16 Fr

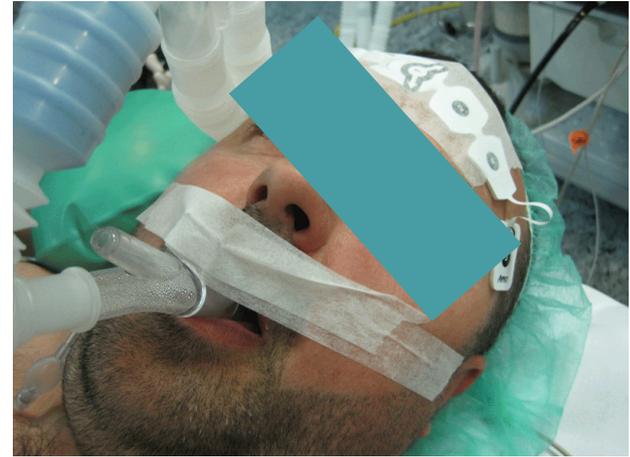
Monitorización de la presión en el manguito



Determinación de la presión de sellado



Emerger de la anestesia



Principales hallazgos de los estudios clínicos realizados I

- **Inserción fácil**
- **Los tiempos hasta asegurar la vía aérea son rápidos**
- **Curva de aprendizaje breve (10 usos)**

Principales hallazgos de los estudios clínicos realizados II

- **Presión de sellado siempre superior a 20 cm H₂O (25-30)**
- **Visión fibroscópica: grado 1-2**
- **No es apropiada como canal de intubación:**
 - Permite el paso de un FB de 4,5 mm
 - El tubo gástrico divide el canal de ventilación en dos canales laterales de pequeño diámetro

Principales hallazgos de los estudios clínicos realizados III

- **El paso de la SNG es fácil (98% de los casos)**
- **La visión con el FB a través del canal gástrico muestra que:**
 - La ML no se introduce en la glotis
 - La visión del esfínter esofágico superior
- **El diámetro del tubo gástrico es ligeramente menor que el de la ML-ProSeal (el nº 4 permite una SNG del 14 vs.16)**

Principales hallazgos de los estudios clínicos realizados IV

- **La seguridad frente a la aspiración parece confirmarse en los estudios que se van realizando**
- **Función apropiada durante el mantenimiento de la anestesia**
- **Incidencia de complicaciones baja (menos del 10% de los pacientes) de carácter leve y autolimitado)**

Principales hallazgos de los estudios clínicos realizados V

- **Secuelas postoperatorias leves como dolor de garganta, o dolor al tragar en la URPA**
- **Lesión de la mucosa orofaríngea leve (4%)**

Procedimientos quirúrgicos/escenarios donde se ha utilizado la ML-Supreme

- **Rescate de vía aérea.**
- **Resucitación cardiopulmonar.**
- **Cirugía laparoscópica ginecológica.**
- **Colecistectomía laparoscópica.**
- **Pacientes con obesidad.**
- **Cirugía en decúbito prono.**