

Intubación traqueal con fibrobroncoscopio

Dr José Saralegui Palabras clave: VÍA AÉREA DIFÍCIL. FIBROBRONCOSCOPÍA

En un comentario anterior señalábamos la larga tradición asistencial de nuestra especialidad en los cuidados intraoperatorios, gran parte basada en maniobras (punción venosa o arterial, bloqueos nerviosos, intubación traqueal, etcétera) que requieren para su realización la adquisición de habilidades manuales.

Si bien los procedimientos anestésicos son cada vez más seguros, la ventilación inadecuada, la intubación esofágica o la intubación traqueal difícil son los mecanismos más frecuentes que explican los resultados adversos vinculados con la anestesia ⁽¹⁾.

Desde hace 10 años la American Society of Anesthesia (ASA) publica un algoritmo de cuidados de la vía aérea difícil con el propósito de facilitar el manejo y reducir su morbilidad ⁽²⁾.

Luego del reconocimiento de una vía aérea difícil, si la decisión incluye la intubación con paciente despierto, se debe seleccionar una técnica no quirúrgica (laringoscopia con laringoscopio de hoja recta, técnica oro o nasotraqueal a ciegas, uso de broncoscopio rígido, técnica de intubación retrógrada o técnicas fibroópticas), luego de una adecuada preparación ⁽³⁾.

El fibrobroncoscopio puede utilizarse también para evaluar una posible obstrucción del tubo endotraqueal, para descartar intubación esofágica, diagnosticar una intubación bronquial o asegurar la correcta posición de una sonda de doble luz ⁽⁴⁾.

Todas estas consideraciones destacan la importancia del uso de esta herramienta, el fibrobroncoscopio, en maniobras diagnósticas o terapéuticas en la clínica anestésica diaria.

Habitualmente en nuestro medio el anesestesiólogo que se enfrenta a alguna de estas situaciones convoca para resolverlas al endoscopista.

La propuesta futura es que seamos los anesestesiólogos los que realicemos la maniobra luego de incorporar la destreza de su manejo y solicitar la disponibilidad de este instrumento en block quirúrgico.

Con ese propósito desde hace más de un año en el Hospital de Clínicas la Cátedra, que cuenta con un fibrobroncoscopio de 4,5 mm de diámetro externo y elaboró un protocolo de técnica de uso y preparación del paciente, está llevando adelante este proyecto con éxito, en la inmensa mayoría de los casos y sin complicaciones mayores.

Los argumentos a favor de esta postura incluyen además: posibilidad de uso del instrumento a lo largo de todo el procedimiento y no sólo en el momento de la intubación, y la de posibilitar como especialidad médica de superar todas las dificultades que resulten de la aplicación de la técnica anestésica.

Bibliografía

- 1) Cheney FW, Posner KL, Caplan RA. Adverse respiratory events infrequently leading to malpractice suits: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 1991; 75: 932-9.
- 2) Practice Guidelines for Management of Difficult Airway. A Report by the ASA Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 1993, 78: 597-602.
- 3) Benumof JL. Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 1991; 75: 686-1110.
- 4) Miller RD. *Anesthesia Airway Management*. Fifth edition. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000: 1414-51.