



## LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

## Comparativa entre el Glidescope y el laringoscopio de Macintosh para la intubación con tubos de doble luz

**Artículo Original:** Airway Exchange Failure and Complications with the Use of the Cook Airway Exchange Catheter®: A Single Center Cohort Study of 1177 Patients. Sharon McLean, MD, Carolyn R. Lanam, BS, Wendy Benedict, BS, Nathan Kirkpatrick, BS, Sachin Khetarpal, MD, MB, and Satya Krishna Ramachandran, MD, FRCA. (*Anesth Analg* 2013;117:1325–7). ([PubMed](#)) ([pdf](#))

Juez Núñez E, Mariscal Flores M, Lorente Ruifernández M.

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

### Resumen

Este estudio compara las características de intubación de 2 laringoscopios distintos: el clásico de Macintosh (MAC) y el vídeolaringoscopio Glidescope (GLD), en la colocación de tubos de doble luz (TDL) izquierdos en cirugías que precisaban aislamiento pulmonar.

Existen muchos estudios que documentan seguridad y alto porcentaje de éxito de intubación al primer intento con el GLD en pacientes con vía aérea normal o difícil. Sin embargo, en lo que se refiere al uso de GLD con TDL, sólo existe un estudio previo, realizando la misma comparación 1 año antes, si bien en un marco profesional diferente, que explica los resultados antagónicos obtenidos.

### Introducción

Este estudio compara las características de intubación de 2 laringoscopios distintos: el clásico de Macintosh (MAC) y el vídeolaringoscopio Glidescope (GLD), en la colocación de tubos de doble luz (TDL) izquierdos en cirugías que precisaban [aislamiento pulmonar](#).

Existen muchos estudios que documentan seguridad y alto porcentaje de éxito de intubación al primer intento con el GLD en pacientes con vía aérea normal o difícil (1). Sin embargo, en lo que se refiere al uso de GLD con TDL, sólo existe un estudio previo, realizando la misma comparación 1 año antes, si bien en un marco profesional diferente, que explica los resultados antagónicos obtenidos.

### Resumen

#### Objetivo

Comparar la intubación con TDL, utilizando el Laringoscopio Macintosh o el Videolaringoscopio Glidescope en pacientes en los que no se predice de vía aérea difícil.

#### Material y métodos

Es un estudio prospectivo aleatorizado, realizado en el Toronto General Hospital, estudiándose 70 pacientes sin predictores de vía aérea difícil. Se compara la tasa de éxitos de intubación al primer intento, el tiempo requerido para la intubación, la dificultad del procedimiento y las molestias o cambios de voz encontrados con uno y otro aparato.

Los pacientes fueron aleatoriamente distribuidos en 2 grupos, excluyendo aquellos con antecedentes de vía aérea difícil o que presentaban 2 predictores de dificultad entre 3 (Mallampati  $\geq 3$ , apertura bucal  $< 3,5$  y/o distancia tiromentoniana  $< 6,5$ ).

Participaron en el estudio 30 anesthesiólogos diferentes, todos ellos con experiencia tanto en el manejo del GLD como con los TDL. Pero, sin embargo, ninguno de ellos tenía una gran experiencia en el manejo simultáneo de ambos instrumentos. Lo habían empleado simultáneamente un promedio de 3 a 6 veces.

El objetivo fundamental era medir el tiempo que se necesitaba para realizar la intubación con el TDL con uno y otro dispositivo. Objetivos secundarios eran el tiempo de la realización de una Fibroscopia que confirmaba la correcta colocación del TDL, la tasa de éxitos del 1er intento, la dificultad y las complicaciones que pudieran presentarse.

Si el 1er intento excedía los 120 s se consideraba un intento fallido. Para el segundo intento el anesthesiólogo era libre de emplear la pala que quisiera. Además del tiempo y tasa de aciertos, el anesthesiólogo puntuaba subjetivamente de 1 a 10 la dificultad global del proceso y de cada uno de sus apartados (inserción de la pala, visión de la glotis, aproximación del TDL y paso de este por las cuerdas vocales). No se especifica la sistemática para la recogida de las posibles complicaciones.

## Resultados

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- El tiempo de intubación fue significativamente inferior en el grupo que empleó el MAC.

- En el grupo del MAC hay 3 fracasos al primer intento, 2 de ellos por exceso de tiempo. Siendo el 2º exitoso. En el grupo del GLD son 6 los fracasos (17%). 4 por exceso de tiempo, 4 por dificultad de manejo y 1 por mala visión de la glotis. Todos cambiaron al MAC para un 2º intento exitoso.

- Todos valoraron como más difícil de emplear el GLD, especialmente en los apartados de aproximación y paso del TDL de las cuerdas vocales.

- En el grupo GLD hubo 3 rupturas de balón de neumotaponamiento y un aumento de cambios postoperatorios de la voz escasamente significativo.

A la vista de estos resultados, los autores **no recomiendan** el uso rutinario del Glidescope para la intubación con TDL en pacientes sin vía aérea difícil.



## Comentario

Estos resultados difieren radicalmente con los publicados 1 año antes por Hsu y cols. (2). En una muestra similar, y con pacientes sin antecedentes ni criterios predictivos de intubación difícil, obtuvieron una tasa de éxitos para ambos aparatos del 100%. Pero el tiempo empleado era significativamente menor con el GLD (45,6 (10,7) s) que

con el MAC (62,5 (29,7) sg.). Era también significativa la menor tasa de aparición de ronquera y dolor de garganta postoperatoria.

Sin embargo, en tanto el estudio de Russell se hizo con una amplia muestra de 30 anestesiólogos con escasa experiencia, en el de Hsu participaron sólo 2 anestesiólogos con un notable grado de maestría, ya que cada uno había empleado TDL con uno u otro laringoscopio en al menos 300 ocasiones. La disparidad de resultados no hace sino poner de manifiesto, tal y como razona Russell y cols., que el GLD no es fácil de usar con TDL y que precisa una larga curva de aprendizaje. Por eso no recomiendan su uso rutinario en pacientes en los que no se anticipe una intubación difícil.

Por otra parte, ambos estudios son similares en su planteamiento, pero el de Hsu y cols está realizado con mayor rigor científico. Además la decisión en el estudio de Russell de considerar 120 s como un tiempo límite para realizar la intubación no deja de ser antojadizo, aunque los autores razonen que ese pudiera ser el tiempo tolerable de hipoxia en un paciente comprometido.

La técnica de inserción del TDL es la descrita por Bustamante y cols. (3). Por ello creemos que es recomendable leer

esta carta al director y familiarizarse con las curvaturas y giros que el autor propone.

### [VER VÍDEO](#)

### **Bibliografía**

- 1.- Cooper R, Pacey J, Bishop M, McCluskey S. Early clinical experience with a new videolaryngoscope (Glidescope) in 728 patients. Canadian Journal of Anesthesia 2005; 52:191-8. ([PubMed](#))
- 2.- Hsu H, Chou S, Tseng K, Kuo Y, Chou C, Cheng K. Comparison of the Glidescope videolaryngoscope and the Macintosh laryngoscope for double lumen tube intubation. Anaesthesia 2012; 67:411-5. ([PubMed](#))
- 3.- Bustamante S, Parra-Sanchez I, Apostolakis J. Sequential rotation to insert a left double-lumen tube using the Glidescope. Canadian Journal of Anesthesia 2010; 57: 282-3. ([PubMed](#))

---

### **Correspondencia al autor**

Enrique Juez Núñez  
[quiquejuez@yahoo.es](mailto:quiquejuez@yahoo.es)  
 FEA Anestesia y Reanimación  
 Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

---

[Publicado por AnestesiaR el 12 mayo 2014](#)