



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

La Fibroscopia Nasal Preoperatoria. ¿Puede reducir la intubación en paciente despierto?

Artículo original: William Rosenblatt, Andrea I. Lanus et al. Preoperative endoscopic airway examination (PEAE) provides superior airway information and may reduce the use of unnecessary awake intubation. *Anesth-Analg*.2011; 112:602-7. ([PubMed](#)) (PMID:21081768)

Mariscal M, Arias S, Vásquez Caicedo M, Guarnizo A.

Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Resumen

Los pacientes con patología en la Vía Aérea Superior son un reto para el anestesiólogo, requiriendo, por lo general, técnicas de intubación con el paciente despierto, para disminuir el riesgo. El objetivo primario de este artículo es valorar si el realizar un examen endoscópico nasal previo a la cirugía podría variar el abordaje en el manejo de esa vía aérea.

Introducción

Los pacientes con patología en la Vía Aérea Superior son un reto para el anestesiólogo, requiriendo, por lo general, técnicas de intubación con el paciente despierto, para disminuir el riesgo. El objetivo primario de este artículo es valorar si el realizar un examen endoscópico nasal previo a la cirugía podría variar el abordaje en el manejo de esa vía aérea.



Los objetivos secundarios fueron:

1.- Valorar el confort del paciente con la Fibroscopia Nasal Preoperatoria despierto, comparada con endoscopias previas.

2.- Determinar el posible retraso en la cirugía por la prueba.

Método

Se analizaron 138 pacientes para cirugía electiva de la VAS, tanto diagnóstica como terapéutica.

Se valoró la Vía Aérea de forma estándar, utilizando distintos test de predicción, como Mallampati, distancia tiromentoniana, distancia esternomentoniana, apertura bucal, test de la mordida, extensión del cuello y estado de los dientes y se elaboraba un primer plan de manejo de vía aérea.

Antes de entrar a quirófano, se preparaban las fosas nasales (oximetazolina y Lidocaina 5%) y se realizaba una Fibroscopia (FBO) nasal para examinar la vía aérea, visualizando

y grabando las distintas estructuras (epiglotis, glotis, cuerdas vocales, senos piriformes...).

Todas las fibroscopias las realizó el anestesista del quirófano, anotando los siguientes datos: entrada a la laringe, presencia de alguna masa o lesión que alterara las estructuras por las que pasaba el endoscopio..., y según esto elaboraba un segundo plan de manejo de la VA, con FBO despierto o dormido; Laringoscopia directa o videolaringoscopia.

Se anotaba si hubo fracaso o éxito en el manejo de la VA.

El manejo final de la VA, era recordado 4 meses después a través del video grabado y la historia clínica.

También se valoró el confort del paciente, con una escala del 0 al 10 (0: no dolor y 10: máximo discomfort).

Resultados

- Se estudiaron 138 pacientes, de ellos en 44 se decidió inicialmente intubación despierto, después de la FBO nasal preoperatoria de estos 44, en 16 se confirmó intubación despierto y en 28 dormidos.

- De los 94 restantes que inicialmente se eligieron para intubación dormido, tras la FBO, 8 pasaron al grupo de intubación despierto y el resto se realizó intubación dormido (86 más 28 de los arriba mencionados, a un total de 114 pacientes se les durmió para la intubación.

- Los pacientes presentaban menos molestias que cuando la FBO la realizaban los otorrinos en la consulta.

- No hubo un retraso significativo en la entrada al quirófano, en los pacientes en los que se realizó la prueba

Conclusiones

En un 26% de los pacientes estudiados, la endoscopia preoperatoria afectó a los planes de manejo de la VA.

Los autores creen que la endoscopia nasal preoperatoria, puede ser un componente esencial en los pacientes con patología en la vía aérea ya que la visualización de la VA, reduce el número de intubaciones despiertas innecesarias.

Ozan Akça y col en una editorial, comentan este artículo y concluyen que la laringoscopia endoscópica preoperatoria para valorar la VA, puede potencialmente mejorar la seguridad del paciente, al indicar una intubación despierto, cuando inicialmente no es indicada y también puede incidir en el confort del paciente y el retraso en la cirugía, evitando la intubación despierto innecesaria.

Se precisan más estudios para sacar conclusiones, donde se evalúe los problemas de VA que pueden ser evitados por la información obtenida con la endoscopia nasal preoperatoria y referir el tiempo exacto consumido en la realización de la prueba, como el tiempo total ahorrado en quirófano, si se decide realizar la intubación con el paciente dormido en lugar de despierto.

Comentarios

1.- Creemos que la valoración preoperatoria con Fibroscopia Nasal podría ser una técnica de ayuda para confirmar el éxito o no de una Fibroscopia en paciente despierto, valorando las distintas estructuras de la vía aérea superior.

2.- En nuestra experiencia, cuando hemos tenido dudas del estado de las estructuras de la VA, hemos realizado con los otorrinos (en su consulta) una

FBO nasal preoperatoria y, conjuntamente, hemos decidido el manejo de la VA.

3.- Consideramos que, para que exista un porcentaje elevado de éxito en el manejo de la VA de pacientes con riesgo, se debe realizar una valoración conjunta de los servicios de otorrino y anestesia. Con ello obtendremos una mayor seguridad para el paciente y un menor estrés para los anestelistas y otorrinos.

4.- La intubación con el paciente despierto es una de las habilidades más importantes que el anestesiólogo debe conocer y realizar con destreza, y el miedo a una potencial molestia por parte del paciente (asociados con varios intentos de fibroscopias) no debería desplazar a la seguridad obtenida por la fibroscopia con paciente despierto.

<http://www.youtube.com/watch?v=ZHP3bK7vGt8>

Bibliografía

1.- Ozan Akça et al. Can transnasal flexible fiberoptic laryngoscopy contribute to airway Management decisions? *Anest Analg* 2011; 112(3): 519-20. ([PubMed](#)) (PMID: 21350227)

2.- I. Calder, Murphy P. A fibre-optic endoscope used for nasal intubation. *Anesthesia* 1967; 22: 489-91. *Anaesthesia* 2010; 65:1133-36. ([PubMed](#)) (PMID: 20946391) ([pdf](#))

3.- Ehrenwerth J, Escobar A et al. Can the attending anesthesiologist accurately predict the duration of anesthesia induction? *Anesth Analg* 2006; 103:938-40. ([PubMed](#)) (PMID: 17000808) ([pdf](#))

Correspondencia al autor

Marisa Mariscal Flores
mmariscalflores@gmail.com
 Servicio de Anestesiología
 Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

[Publicado en AnestesiaR el 11 de agosto de 2011](#)