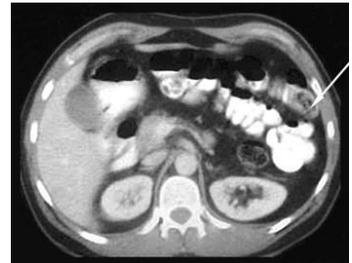


EMPLEO DEL VIDEOLARINGOSCOPIO EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Meliá Sáez, M. Vicente Miralles, P. Sancho Sanmartín, J. del Fresno Guevara, C. Ivars Párraga, M.A. Soldado Matoses, B. Bardisa de la Iglesia
Hospital Francesc de Borja, Gandia.

INTRODUCCIÓN

Varón de 72 años con los siguientes antecedentes: sin alergias medicamentosas, exfumador de 40 paquetes/año, hipertenso, DM2, intervenido de prótesis mecánica aórtica y colecistectomía. Toma como tratamiento habitual Sintrom® 1mg al día, enalapril 25mg y metformina 850mg. Acudió a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso y vómitos. Se le realizó un TAC observándose una oclusión intestinal por bridas a nivel distal.



DESCRIPCIÓN

Se decidió intervenir al paciente de urgencia por lo que se contactó primero con hematología que recomendó administrar 1500 UI de factores de la coagulación y 2g de fibrinógeno

Se realizó una intubación de secuencia rápida con maniobra de Sellick con propofol, fentanilo y rocuronio ajustados según peso y mantenimiento anestésico con sevoflurane y remifentanilo. Durante el procedimiento el paciente presentó hipotensión refractaria a la administración de volumen y respondió parcialmente a bolos continuos de efedrina. Se canalizó la vena yugular derecha al segundo intento con ayuda del ecógrafo y se inició perfusión de adrenalina por vía central para PAM > 65. Se realizó resección y anastomosis intestinal sin incidencias. Al finalizar se administró analgesia y reversión muscular, educación sin incidencias.

Durante su estancia en la unidad de recuperación postanestésica el paciente presentó un cuadro de desaturación progresiva, observándose un hematoma cervical de gran tamaño en el punto de acceso a la vía central por lo que se decidió intubación con videolaringoscopia con éxito al primer intento. Seguidamente se trasladó a UCI donde el hematoma se resolvió en pocas horas tras compresión. A las 24h se extubó el paciente sin incidencias.

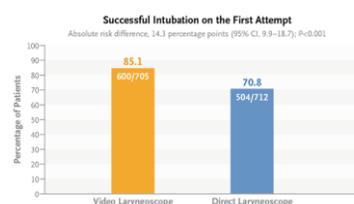
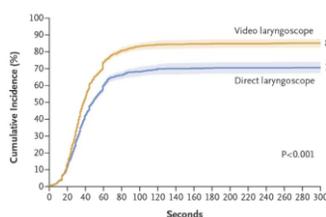
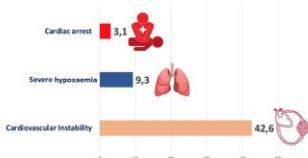


CONCLUSIONES

La intubación traqueal es uno de los procedimientos más comúnmente realizados en cuidados críticos, y aproximadamente la mitad de los pacientes críticos que se someten a este procedimiento experimentan al menos un evento adverso grave, como shock cardiovascular, hipoxemia severa o paro cardíaco. En este contexto, el fracaso en el primer intento de intubación aumenta el riesgo de estas complicaciones.

Las guías han evolucionado de simplemente recomendar el acceso y la formación en videolaringoscopia a sugerir su uso como primera opción. El estudio DEVICE, un ensayo clínico aleatorizado realizado en EE.UU. en 2022, y el estudio INTUBE, un estudio de cohortes realizado en 2019, han mostrado que la videolaringoscopia mejora el éxito del primer intento de intubación en la unidad de cuidados intensivos.

INTUBE Study: major adverse peri-intubation events



Además, recientemente se han publicado meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados que sugieren que la videolaringoscopia aumenta la tasa de éxito en el primer intento de intubación y mejora la visualización de la glotis.

Con todo lo expuesto debemos proponer la videolaringoscopia como nuestra primera opción ante una intubación en el paciente crítico, y no solo como un elemento de rescate ante una vía aérea fallida.