EDITORIAL

NO SIEMPRE SEGUNDAS PARTES SON MALAS

En este número presentamos la segunda parte y final de una actualizada y completa revisión del tema "Vía aérea difícil", dirigida y llevada a cabo muy eficazmente - con todas las dificultades que ello implica en nuestro medio - por los doctores Sandra Kunze y José Guzmán, a quiénes agradecemos todo el esfuerzo y el enorme trabajo vertido en su ejecución.

En relación a este tema quisiera compartir con ustedes un par de anécdotas personales que grafican con claridad la enorme importancia que el conocimiento, la disponibilidad de nuevos dispositivos o maniobras que han demostrado ser útiles en el manejo de la vía aérea difícil, así como la experiencia del operador, tienen en nuestra práctica cotidiana.

El primer caso, ocurrido hace muchísimos años, iniciándome en el campo de la anestesiología cardiovascular, me ocurrió comenzando una anestesia para una cirugía de revascularización coronaria en un entonces famoso publicista, actor, director y comentarista televiso: todo un personaje de la farándula local de la época. El sujeto en cuestión, que se caracterizaba por poseer una profusa barba tipo "chivo", fue anestesiado con las habituales megadosis de fentanyl de moda en esos años, sumado a una generosa dosis de pancuronio, lo que lo hizo caer también rápidamente en apnea. Se ventiló con bolsa y mascarilla con cierta dificultad, pues debajo de la barba ocultaba una mandíbula bastante poco desarrollada, lo que impedía una buena ventilación. Una vez que el paciente estuvo suficientemente relajado, se hizo una laringoscopía con hoja recta (Miller), utilizada rutinariamente en nuestro servicio con fines docentes.

La angustia comenzó cuando después de múltiples intentos sólo se lograba visualizar abundante mucosa hipertrófica (el personaje era un gran fumador) y ninguna estructura reconocible. Afortunadamente para mí, el paciente podía ser ventilado, no sin dificultad, lográndose mantener saturaciones aceptables. En ese entonces yo era el único anestesiólogo "experto" presente en el los pabellones de cirugía cardiovascular, de modo que la primera instancia fue pedir ayuda a mis colegas de los pabellones centrales. Mientras seguía intentando intubar, en mi mente imaginaba los titulares de los diarios al día siguiente: "Famoso actor muere en pabellón", "Se quedó en la anestesia". Gracias a Dios, mi pedido de ayuda llegó a destino y apareció – con su habitual tranquilidad y gentileza - el doctor Jorge Dagnino, quién después de más de media hora de lucha y de utilizar variadas triquiñuelas, logró canular la vía aérea para mi tranquilidad. Obviamente, en esa época no contábamos con ninguno de los múltiples dispositivos que se muestran y discuten en estas páginas y tampoco era corriente tener acceso en pabellón y/o manejar en forma adecuada un fibrobroncoscopio.

El segundo caso ocurrió hace un par de años, mientras daba anestesia a una paciente que se operaba de várices en una clínica del sector oriente. Mientras observaba el monitor, entra una auxiliar pidiendo ayuda para el pabellón vecino. Al aproximarme me encuentro con un colega tratando de ventilar inútilmente a un paciente con claros signos de hipoxemia, cianosis y compromiso hemodinámico. Mientras yo intentaba entender lo que ocurría llegó, también desde otro pabellón, la doctora Sara Domínguez, quién rápidamente, con la mente despejada y sin la presión del operador que lleva varios intentos fracasados, se dio cuenta del problema y solicitó una mascarilla laríngea de intubación (Fastrach®), que afortunadamente estaba disponible. La instaló, logró ventilar hasta que el paciente recuperó una oxigenación y una hemodinamia compatible con la vida, procediendo luego a intubar eficazmente la tráquea a través de la mascarilla laríngea, con lo cual el procedimiento pudo continuar con tranquilidad y todos nos relajamos muy agradecidos, especialmente el colega a cargo del paciente.

Ambos casos ilustran la magnitud del problema al cual podemos vernos inesperadamente expuestos, el cómo - de un minuto a otro - nos puede cambiar la vida (sobre todo al paciente), y por otra parte, la importancia de mantener la calma, solicitar precozmente ayuda, contar con dispositivos alternativos, conocerlos y saber usarlos. De allí la relevancia de la información y experiencia que los expertos resumen en esta interesante revisión dedicada a los "súper especialistas" en vía aérea, como somos reconocidos los anestesiólogos y para cualquier miembro de otra especialidad que pueda estar

motivado por el tema.

Una revisión reciente de Crosby[1] en relación a vía aérea difícil y los programas de formación de residentes en Canadá revela que la incidencia de intubación difícil se mantiene estable, que persistir en los intentos de intubar mediante laringoscopía directa se asocia a bajo éxito y complicaciones frecuentes, y que el uso precoz de los nuevos dispositivos se traduce en mejores resultados y potencialmente menos morbilidad. Por otro lado, hay mayor disponibilidad de aparatos alternativos y la sensación que los anestesiólogos poseerán las habilidades necesarias para usarlos con mayor seguridad para el paciente. Concluye, finalmente, que los programas de formación de la especialidad deben otorgar a los residentes las habilidades suficientes para el manejo seguro e independiente de la vía aérea, observando que los métodos tradicionales de enseñanza tutorial ofrecen limitaciones en este aspecto, por lo que se están desarrollando *programas de manejo de vía aérea estructurados*, con rotaciones especializadas en manejo de vía aérea avanzado.

En Chile y hasta hace pocos años, la formación sistemática en este campo estaba supeditada, básicamente, a la iniciativa personal de residentes o anestesiólogos en particular, como lo fue la creación del Centro de Formación en Vía Aérea Difícil por parte del Dr. José Guzmán en el Hospital Sótero del Río, que desgraciadamente no prosperó en el tiempo, pero que cumplió el objetivo de capacitar a más de 300 operadores. Sólo en el último tiempo hemos visto la aparición frecuente, en cursos y congresos de la especialidad, de talleres que han pasado de lo teórico (maniquíes) a lo práctico (pacientes), dedicados fundamentalmente a mostrar los nuevos dispositivos disponibles. En estos talleres es posible realizar un breve entrenamiento en el uso de diferentes técnicas alternativas que incluyen algunas demostraciones en maniquíes, pero sabemos que la mayoría de los nuevos aparatos posee una curva de aprendizaje mínima necesaria para optimizar su rendimiento, por lo que su valor real o la necesidad de repetirlos en el tiempo no está definido. Los centros universitarios formadores de especialistas también han ido incorporando en sus programas talleres específicos y un número mínimo de procedimientos a realizar durante la residencia. La Sociedad de Anestesiología ha incorporado el Comité de Vía Aérea, que tendrá que dictar normas en la materia y que ha colaborado en la edición de dos volúmenes de la Revista Chilena de Anestesia dedicados a la vía aérea difícil, el primero ya publicado en septiembre de 2009[2].

Finalmente, completan este número de la Revista los homenajes que la Dra. Juanita Jaque G. como su discípula y amiga, y el Dr. Renato Chacón A. como Presidente de la Sociedad de Anestesiología de Chile, rinden a quien fuera la primera y única mujer Maestra de la Anestesiología chilena, la Dra. Ana Luisa Muñoz Notari (Q.E.P.D.). Vayan para ella nuestros recuerdos y a sus familiares nuestras condolencias.

Dr. Roberto Canessa Be
Co-editor

Bibliografía

1. Crosby E, Lane A. Innovations in anesthesia education: the development and implementation of a resident rotation for advanced airway managemet. Can J Anaesth 2009; 56(12): 939-959.
2. Revista Chilena de Anestesiología 2009; 38: 59-168.