

ante hipoxemia e hipercapnia resistentes a la ventilación mecánica convencional (VMC), la VAFO (volúmenes corrientes mínimos y frecuencias superiores a 300 ciclos/minuto con presión media en vía aérea elevada) optimizaría el manejo de la acidosis respiratoria. Las revisiones sistemáticas concluyen que no existen diferencias en término de mortalidad y displasia broncopulmonar entre VAFO y VMC. Debemos ajustar el tratamiento a cada caso en particular.

Palabras clave: Teratoma mediastinal; Neonato; Prematurez extrema

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.054>

P-54

Intubación translaringea guiada: una alternativa en medios que no cuentan con fibrobroncoscopio

N.N. Cafferata^{a,b}, M.F. Damato^b, O. Sueldo^c

^a Hospital Carlos G. Durand, CABA, Buenos Aires, Argentina

^b Hospital Dr. Enrique Erill, Escobar, Buenos Aires, Argentina

^c Hospital Santojanni, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Al igual que las guías para RCP de la AHA, los algoritmos para el manejo de la vía aérea dificultosa de las diferentes sociedades científicas hacen foco en maximizar la seguridad del paciente y su adopción generalizada por parte de los profesionales. Esto redundará en una disminución de las catástrofes respiratorias y la morbimortalidad asociada a las mismas. El algoritmo para manejo de la vía aérea de la ASA comienza con la pregunta más básica de todas: la existencia o no de una VAD. Ante una potencial VAD se recomienda realizar intubación vigil (preserva la ventilación espontánea y facilita reconocimiento de estructuras de la VAS por mantener el tono muscular) la cual puede ser realizada con técnicas invasivas o no invasivas.

Descripción del caso: Paciente sexo masculino 60 años, tabaquista, enolista, con carcinoma escamoso infiltrante cervical estadio avanzado, disfagia para sólidos, en plan para gastrostomía quirúrgica. Al examen físico presenta síndrome de impregnación, tumoración cervical de 10x8 cm con distorsión de la región oral sin desviación traqueal (RX y TC) y trismus. Movilidad cervical y anatomía región media del cuello conservada. Se decide intubación vigil translaringea guiada por falta de fibrobroncoscopio.

Información adicional: Preparación del paciente: monitoreo con oxímetro, ECG y TANI. Colocación de VVP #18G MSD, cánula nasal O2 a 5lt/min, atropina 0,5mg, sedoanalgesia: MDZ 1,5mg, remifenanilo 0,06mcg/kg/m, se realiza infiltración de piel con lidocaína al 2%, anestesia transtraqueal con 5cc de lidocaína al 4% y topicación con lidocaína spray al 10% de la cavidad oral. Localización de membrana cricotiroides por reparos anatómicos y punción con Abbocath 16G, progresión de catéter peridural en sentido cefálico y extracción del mismo por cavidad oral, tutorización de TET #6,5 y progresión del mismo con ayuda de rama Macintosh #4 como bajalengua. Se constata intubación mediante auscultación y capnografía.

Comentarios y discusión: Esta técnica dejada de lado con el advenimiento de la tecnología fibroóptica, todavía tiene su lugar dentro del armamento con el que cuenta el anestesiólogo para enfrentar escenarios de VAD, debido a su simplicidad, necesidad de poco material y la baja incidencia y morbimortalidad de sus complicaciones, que en su mayoría son autolimitadas (la más común sangrado del sitio de punción y enfisema subcutáneo), estando sobre todo vigente en ciertos escenarios en los que la fibrobroncoscopia no resulta de utilidad (abundante sangre y/o secreciones que imposibilitan visualización de la glotis) o no se encuentra disponible.

Palabras clave: Intubación; fibrobroncoscopia

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.055>

P-55

Uso de guía de eschmann para intubación nasotraqueal en paciente con fractura de maxilar

V.L. Beltran, R.A. Timpano, RdIA. Avila, S. De Almeida

Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina

Introducción: Para cirugías maxilofaciales suele ser de elección la intubación nasotraqueal para permitir un campo quirúrgico libre. Esta técnica suele tener alto índice de éxito, pero a veces se presentan dificultades y complicaciones en algunos pacientes.

Descripción del caso: Paciente de sexo masculino, 26 años, 70Kg, 1,78 m. Vía aérea: apertura bucal mala, mal-lampatti IV, resto de parámetros normales. Se premedica con midazolam 0,04 mg/kg y fentanilo 2mcg/kg. Se administran 150 mg de propofol y 80 mg de succinilcolina. El primer operador realiza laringoscopia directa según técnica convencional de intubación nasal, observando epiglotis, pero sin visualizar orificio glótico. A continuación, un segundo operador realiza el intento refiriendo observar glotis pero sin éxito en paso de tubo. Finalmente se acude a anestesiólogo experimentado quien informa que se trata de CORMACK-LEHANE grado III e introduce el bougie o guía a través de fosa nasal, hasta percibir el roce con anillo traqueal. Luego, avanza el tubo N°6 para colocación endotraqueal, se retira la guía y se confirma correcta ubicación mediante capnografía y auscultación de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.

Información Adicional: Se logra la intubación nasal con uso de bougie, lo que es recomendable para pacientes con pronóstico de VAD, porque a pesar de ser poco utilizado es seguro, económico y fácil de emplear.

Discusión y conclusión: Habitualmente cuando nos hallamos ante VAD que precisa abordaje nasal el gold standard sigue siendo el vibroscopio flexible con paciente despierto, aunque también otros dispositivos ópticos exhiben excelentes resultados y son una alternativa válida por ejemplo el laringoscopio óptico Airtraq.

Palabras clave: Bougie; Laringoscopia; Intubación

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.056>