

CARTA AL DIRECTOR

Manejo anestésico de la cirugía ambulatoria bucodental en discapacitados. Nuestra aportación en relación al artículo "Recomendaciones prácticas del uso de la mascarilla en cirugía ambulatoria"

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria. Discapacitados. Mascarilla laríngea. Cirugía bucodental.

Key words: Ambulatory surgery. Handicapped. Laryngeal mask. Oral/dental surgery.

Sr. Director:

Tras leer atentamente el interesantísimo y completo artículo especial publicado en esta revista *Cirugía Mayor Ambulatoria* en su número de enero-marzo de 2008 titulado "Recomendaciones prácticas de uso de la mascarilla laríngea en cirugía ambulatoria" (1), desde nuestro grupo de trabajo del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, consideramos que fundamentando la opinión siguiente en nuestra amplia experiencia en el manejo de pacientes especiales de CMA en cirugía bucodental (2), nos gustaría colaborar con nuestras reflexiones sobre el manejo anestésico de dichos pacientes, concretamente en cuanto a la vía aérea se refiere.

Desde el año 2004, el Servicio Extremeño de Salud viene desarrollando una actividad asistencial circunscrita en el campo de la asistencia bucodental al paciente discapacitado denominada Plan de Atención Dental para Discapacitados Intellectuales (PADDI). Este programa, junto con la Unidad de Estomatología del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, son pioneros en España. Actualmente consta con una infraestructura organizativa y de funcionamiento envidiable y nos ha dado la oportunidad de sumergirnos de lleno en un tema tan complicado para el anestesiólogo como lo es el paciente discapacitado sometido a una cirugía ambulatoria bucodental, en una comunidad autónoma como la nuestra con la dispersión geográfica que, por suerte o desgracia, tiene.

Sin entrar en detalles organizativos, nuestro equipo de anes-
tésiólogos ha desarrollado a lo largo de los años un trabajo de
puesta al día, formación y ensayo de técnicas que finalmente se
han circunscrito en una serie de actitudes que facilitan y mini-

mizan los riesgos y los tiempos quirúrgico-anestésicos, de cara a un mejor servicio a la comunidad con unos garantes de seguridad óptimos.

En definitiva, el objeto de nuestra carta es aportar nuestra opinión sobre el manejo de la vía aérea de los pacientes sometidos a cirugía bucodental, teniendo en cuenta que además nuestro subgrupo es especial por las características de paciente discapacitado.

En un inicio y con objeto de minimizar la agresión anestésica, contando con personal muy cualificado en el manejo de mascarillas laríngeas, se comenzó a trabajar con este dispositivo supraglótico, concretamente con la mascarilla laríngea flexible (MLF) (3). Al revisar nuestra experiencia nos dimos cuenta que el número de interrupciones del procedimiento, recolocación de la MLF, episodios de laringoespasma por aspiración de líquido de lavado, detritus y sangre, todo esto unido a las características tan peculiares de CMA de nuestros pacientes, nos "obligaba" a desestimar este instrumento, optando por esta razón por la intubación orotraqueal convencional o bien por la intubación nasotraqueal, que aunque denostado su papel en CMA, en nuestro medio podemos aportar una incidencia de 0% de epistaxis, siempre y cuando se tomen en cuenta una serie de procedimientos de seguridad. En nuestra experiencia, el taponamiento orofaríngeo ni siquiera es necesario en estos pacientes.

La incongruencia respecto a la literatura es obvia (4,5), pero creemos que influye de manera directa el abordaje anestésico que realizamos a estos pacientes (6), ya que una de las características fundamentales en su manejo es el empleo de la inducción inhalatoria con Sevoflurano 6-8%, con oxígeno al 70-100% a volumen corriente, con un flujo de gas fresco de 10 litros/min. Una vez alcanzado un adecuado nivel de profundidad anestésica (180 segundos aproximadamente), valorado por la ausencia de reflejo palpebral o valores de índice bispectral (BIS) de 25-40 (7), administramos lidocaína 1 mg/kg i.v. para evitar la presencia de laringoespasma, realizamos laringoscopia directa y procedemos a la intubación orotraqueal/nasotraqueal según las características de la cirugía, sin el empleo de relajantes neuromusculares. Esta técnica de inducción permite el manejo de pacientes con vía aérea difícil sin perder la ventilación espontánea y sin alteraciones hemodinámicas significativas, importante este último hecho ya que estos pacientes en muchas ocasiones son polimalformados y tienen cardiopatías de base.

No entrando en más detalles, y a la espera de completar el paciente número 1.000 para publicar nuestros resultados de modo más amplio, como reflexión final y siendo nuestra casuística tan amplia, creemos que nuestra experiencia es útil al resto de la comunidad de anes-
tésiólogos que desempeñen su
trabajo en este escenario tan concreto.

E. del Cojo, J. P. Macías, A. Asencio, M. D. Torrado,
C. Prieto, J. Rueda

*Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo
Hospitalario Universitario de Badajoz*

Recibido: marzo de 2009.

Aceptado: mayo de 2009.

Correspondencia: Enrique del Cojo Peces. C/ Suárez Somontes, 20. Edificio "San Andrés". 06002 Badajoz. e-mail: delcojo3@hotmail.com

Tabla I

Estadísticas del programa PADDI actualizadas hasta enero de 2008

	Años					Total actual
	2004	2005	2006	2007	2008	
Nº de historias	1.192	1.544	657	533	29	3.955
Pacientes citados	1.135	4.326	4.361	4.171	418	14.411
Pacientes atendidos	1.037	4.033	4.124	3.858	384	13.436
Pacientes intervenidos con anestesia general	95	181	162	208	18	664
Tratamientos						
Exodoncias	402	1.516	1.413	990	87	4.408
Obturaciones	397	1.751	1.365	1.221	101	4.835
Selladores	71	152	104	68	4	399
Endodoncias	1	7	74	16	1	99
E.P.S.	870	3.969	4.049	3.855	384	13.127
R.X.	40	125	124	118	23	430
Tartrectomías	366	923	874	758	62	2.983
Raspado y alisado	50	18	5	37	3	113
Flúor	75	425	779	879	62	2.220
Derivado unidad hospít.	72	170	183	180	24	629
Prótesis	5	278	267	261	25	836
Otros tratamientos			102	100	12	214
Total tratamientos	2.349	9.334	9.339	8.483	788	30.293

BIBLIOGRAFÍA

- Zaballos García M, López Álvarez S. Recomendaciones prácticas de uso de la mascarilla laríngea en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb* 2008; 13(1): 4-26.
- Macías JP, Torrado MD, Alfonso F, Becerra A, Del Cojo E. Anestesia general inhalatoria con sevoflurano en pacientes discapacitados psíquicos intervenidos en cirugía mayor ambulatoria. *Actualizaciones en Anestesiología y Reanimación* 2006; 16(3): 140-4.
- Quinn AC, Samaan A, McAteer EM, Moss E, Vucevic M. The reinforced laryngeal mask airway for dento-alveolar surgery. *Br J Anaesth* 1996; 77(2): 185-8.
- Calderón E, Torres LM, Calderón-Pla E. Estudio comparativo en la inducción inhalatoria a capacidad vital en adultos entre sevoflurano al 6% con oxígeno y sevoflurano al 4,5% con óxido nitroso al 50%. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1999; 46(7): 282-5.
- Philip BK, Kallar SK, Bogetz MS, Scheller MS, Wetchler BV. A multicenter comparison of maintenance and recovery with sevoflurane or isoflurane for adult ambulatory anesthesia. *Anesth Analg* 1996; 83: 314-9.
- López-Álvarez S. Repercusión en la recuperación postanestésica de propofol frente a desflurano asociados a remifentanilo en cirugía ambulatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2001; 48: 370-4.
- Twewst V. Bispectral index guided timing of intubation without neuromuscular blockade during sevoflurane induction of anaesthesia in adults. *Anaesth Intensive Care*. 2006; 34(5): 606-12.