



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



ARTÍCULO CIENTÍFICO

Estudio clínico prospectivo aleatorio sobre el uso de la mascarilla laríngea Supreme® en pacientes sometidos a la anestesia general[☆]

Sara R. Barreira, Camila Machado Souza*, Fernanda Fabrizia, Ana Bárbara G. Azevedo, Talitha G. Lelis, Claudia Lutke

Asignatura de Anestesiología, Dolor y Cuidados Intensivos, Universidad Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Recibido el 5 de julio de 2012; aceptado el 20 de agosto de 2012

DESCRIPTORES

Equipos;
Mascarillas laríngeas;
Complicaciones;
Anestesia general

Resumen

Justificativa y objetivos: Los dispositivos supraglóticos son cada vez más usados como una opción a la intubación traqueal durante los procedimientos electivos de complejidad variable. El objetivo de este estudio, fue evaluar prospectivamente el uso clínico de la mascarilla laríngea Supreme® (MLS) en pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos electivos en la mama y compararlo con el tubo endotraqueal (TE).

Método: Sesenta pacientes fueron sometidas a procedimientos quirúrgicos de la mama bajo anestesia general, y distribuidas aleatoriamente en dos grupos de acuerdo con el dispositivo usado (MLS o TE). Se evaluaron: tiempo de inserción, número de intentos para la inserción, respuesta hemodinámica a la inserción, presencia de sangre en el dispositivo usado, e incidencia de dolor de garganta, disfagia, náuseas y vómitos en el postoperatorio.

Resultados: No hubo diferencia entre los grupos con relación al tiempo de inserción, al número de intentos para la inserción exitosa y a la presencia de sangre en el dispositivo. La frecuencia cardíaca y la presión arterial después de la inserción fueron más elevadas en el grupo TE. La incidencia de dolor de garganta y disfagia después de dos horas de postoperatorio, también fue mayor en el grupo TE. No hubo diferencia en la incidencia y en la intensidad de las complicaciones evaluadas después de seis horas del postoperatorio.

Conclusiones: El uso de la MLS como técnica de acceso a la vía aérea durante la anestesia general en procedimientos quirúrgicos electivos en la mama, es tan seguro y eficiente como la intubación traqueal, con la ventaja de que desencadena una menor respuesta hemodinámica durante su ejecución y una menor incidencia de dolor de garganta y disfagia en las primeras horas del postoperatorio.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia [CC BY-NC-ND](#)

[☆]Trabajo realizado en la Universidad Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: cmdesouza@uol.com.br (C.M. Souza).

Introducción

La intubación traqueal ha sido hace años la técnica de elección para el control de la vía aérea durante los procedimientos quirúrgicos bajo anestesia general. Sin embargo, no es un procedimiento exento de riesgos. Las complicaciones relacionadas con la intubación traqueal varían desde eventos como la estenosis de tráquea a otros de menor gravedad, como la ronquera y el dolor de garganta.¹⁻³

Los dispositivos supraglóticos tienen una serie de ventajas con relación al tubo endotraqueal (TE): no necesitan el uso del laringoscopio para su inserción, son menos invasivos y poseen una menor respuesta hemodinámica y una menor manipulación de la vía aérea durante su uso.

La mascarilla laríngea Supreme® (MLS) es un dispositivo supraglótico de uso único que permite la separación funcional de los tractos respiratorio y digestivo a causa de la presencia de un canal accesorio para el drenaje del contenido gástrico. Tiene un formato anatómico, angulado y semirrígido, que facilita su inserción (sin la necesidad de una orientación digital), y el balón diferenciado, que le da una alta presión de sellado y un mejor desempeño durante la ventilación mecánica.^{4,5} El objetivo de este estudio clínico, prospectivo y aleatorio fue evaluar el uso de la MLS en procedimientos quirúrgicos electivos sobre la mama y compararla con el tubo endotraqueal.

Método

Con la aprobación del Comité de Ética en Investigación y con la firma del Término de Consentimiento Informado, 60 pacientes sometidas a procedimientos electivos en la mama (implante de prótesis de silicona, linfadenectomía, cuadrantectomía y mastectomía) se seleccionaron para este ensayo clínico entre agosto y diciembre de 2010. Los criterios de inclusión fueron: edad entre 18 y 60 años, índice de masa corpórea (IMC) por debajo de 30 kg.m⁻² y estado físico P-I o II (según la clasificación de la *American Society of Anesthesiologists*). Quedaron excluidas las pacientes con sospecha de vía aérea difícil, abertura oral menor que 3 cm o riesgo aumentado de broncoaspiración.

Las pacientes fueron ubicadas aleatoriamente en dos grupos divididos con base en una tabla de permutaciones aleatorias generada por computadora. Los grupos TE y MLS, con 30 pacientes cada uno, fueron clasificados de acuerdo con el dispositivo usado para el control de la vía aérea: tubo endotraqueal tamaño 7,5 con balón o mascarilla laríngea Supreme® tamaño 4, respectivamente.

Todas las pacientes recibieron como medicación preanestésica midazolam 2 mg endovenoso después de la venoclisis que se hizo en quirófano. Se instituyó la monitorización estándar con cardioscopia, medidas no invasivas de presión arterial, oximetría de pulso y capnografía. La inducción de la anestesia se hizo con fentanil 3 µg.kg⁻¹, propofol 2,5 mg.kg⁻¹ y atracurio 0,5 mg.kg⁻¹. Después de la ventilación manual bajo mascarilla facial por tres minutos, se inició la inserción del dispositivo. La mascarilla laríngea se insertaba después de haber sido totalmente desinflada y lubricada en su lado posterior con el gel hidrofílico. La inserción se hizo de acuerdo con las instrucciones del

fabricante⁶ por el anestesiólogo responsable del caso, y bajo la supervisión del investigador, médico capacitado en el uso de la técnica que se usaba. Ya el tubo endotraqueal se insertó por medio de una laringoscopia convencional con lámina curva de Macintosh número 3 ó 4. El balón del dispositivo se rellenó con aire hasta obtener la presión de 30 cmH₂O, en el caso del tubo endotraqueal y 60 cmH₂O en el caso de la mascarilla laríngea, confirmadas por medio de un manómetro. El éxito de la inserción era confirmado por la presencia de la expansión torácica visible y por el surgimiento de una curva de capnografía. En el caso de la mascarilla laríngea, el correcto posicionamiento se confirmó enseguida por la ausencia de escape aéreo a través del canal de acceso gástrico durante la ventilación (*bubble test*), y por el paso sin resistencia de una sonda gástrica tamaño 14 lubricada con gel hidrofílico a través del mismo canal.^{7,8} La realización de los test de posicionamiento no fue contabilizada en el tiempo de inserción de la mascarilla. Sin embargo, en el caso de que uno de los test indicase un mal posicionamiento, la mascarilla se retiraría y la inserción se consideraría un fallo.

La sonda gástrica también fue insertada a través de la orofaringe en las pacientes del grupo tubo endotraqueal y después de la aspiración inicial del contenido gástrico, se mantuvo abierta para el libre drenaje en ambos grupos. La ventilación mecánica se hizo en modo PCV y los parámetros ventilatorios se ajustaron para garantizar el volumen corriente mínimo de 7 mL.kg⁻¹, ETCO₂ por debajo de 45 y saturación periférica de O₂ por encima del 95%.

Los parámetros registrados fueron: tiempo de inserción (tiempo transcurrido entre el inicio de la inserción y el registro de la primera curva de capnografía), número de intentos para la inserción exitosa, respuesta hemodinámica a la inserción (frecuencia cardíaca y presión arterial promedio 30 segundos antes e inmediatamente después de la confirmación de la inserción), y presencia de sangre en el dispositivo usado (laringoscopio, en el caso de la intubación, y la propia mascarilla laríngea al final del procedimiento). En el caso de fallo en la inserción de la mascarilla laríngea después de un máximo de dos intentos, el dispositivo se reemplazaría por el tubo endotraqueal. El intento de inserción se consideraba fallido cuando el dispositivo se retiraba de la boca del paciente antes de ser nuevamente reinsertado. Pequeñas intervenciones como el ajuste de la cabeza, del cuello o el cambio en la profundidad de la inserción de la mascarilla, fueron permitidas para la obtención de la ventilación satisfactoria.⁹ El tiempo de esas intervenciones se contabilizó en el tiempo de inserción.

La profilaxis para náuseas y vómitos se hizo con la dexametasona 4 mg por vía endovenosa después de la inducción anestésica. El bloqueo neuromuscular se invirtió al final del procedimiento con atropina 0,01 mg.kg⁻¹ y neostigmina 0,03 mg.kg⁻¹. Después de la recuperación de la ventilación espontánea y la abertura de los ojos, el dispositivo usado se retiraba. El esquema de analgesia incluyó dipirona 2 g y cetoprofeno 100 mg por vía endovenosa en el intraoperatorio y 1 g de dipirona a cada seis horas y 100 mg de cetoprofeno a cada 12 horas en el postoperatorio.

Todas las pacientes fueron nuevamente evaluadas después de dos y seis horas desde el término del procedimiento, por un observador que no conocía el dispositivo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749894>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749894>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)