

Intubación endotraqueal en la adenoamigdalectomía pediátrica.

Profesor, Dr. Ariel Soler Muñoz

Hace unos días, conversando con la Otorrino de nuestra Clínica, la Dra. María Josefa García (FEFE) sobre la adenoamigdalectomía y sus relaciones con la anestesiología, le relataba mis experiencias en el Hospital Calixto García, donde comencé, en el mes de Enero del año 1953. Ya para el año 1956, al transitar por los vericuetos de la anestesiología, tenía alguna visión de la especialidad y había observado que la anestesia general para realizar la amigdalectomía en los niños era en extremo peligrosa; la técnica anestésica que se utilizaba era éter por insuflación. Primero se realizaba la inducción con la careta de Yankawer (éter gota a gota o a cielo abierto), luego se le adaptaba el abre-boca Davis el cual, como tu sabes, tiene un tubito adherido a la valva que deprime la lengua, a ese tubito se conectaba la manguera que procedía de un equipo que inyectaba aire mezclado con vapores de éter, el cual consistía en una bomba aspirante e impelente, por lo tanto, hacía las veces de aspiradora y de suministrador del anestésico, con este fin tenía un tornillo para regular la concentración del éter.

Mantener un nivel adecuado de la profundidad anestésica, no era fácil, si lo profundizabas mucho, el niño se deprimía, y si lo aligerabas, entonces se movía, el cirujano protestaba y lo peor era que aparecía el vómito que junto con la sangre, puesto que en esas condiciones el cirujano no podía realizar una adecuada hemostasia, se convertía en un material fácil de aspirar provocando la temida broncoaspiración.

En el tiempo que referí (1953 a 1956-7) pude saber de unos 8 niños que murieron en esas condiciones en el Hospital Calixto García.

Y yo me preguntaba: ¿Porqué estas intervenciones no se realizan con un tubo en la tráquea?

Cuando consulté a algunos otorrinos me

respondían: “que eso no podía ser porque el tubo endotraqueal les interfería el campo operatorio”. En esa situación y dándome cuenta que era irracional continuar aplicando ese procedimiento, otro alumno de anestesia Cayetano García, que opinaba igual que yo, nos dirigimos al Profesor Dr. Hugo Basterrechea que a la sazón era el Jefe de la Cátedra de otorrinolaringología ubicada en la sala Emilio Martínez del referido hospital y le plantemos nuestra preocupación y la solución.

El Profesor nos dijo: “bueno, lo pensaré”. Nos respondió al día siguiente, diciéndonos que nos pusiéramos de acuerdo con su hijo Huguito, el cual también era otorrinolaringólogo, parece que como joven tenía la mente más “flexible”. Éste aceptó nuestra proposición y así comenzamos a realizar las amigdalectomías con un tubo insertado en la tráquea. Como en aquella época no existían tubos de calibre pediátrico con cuff, teníamos necesidad de realizar un taponamiento en la faringe para que la sangre no penetrara a la vía respiratoria por el espacio comprendido entre la tráquea y el tubo. Al principio le fue algo molesto porque él no estaba acostumbrado y el tubo le molestaba, pero eso se resolvió desplazando el tubo hacia el lado opuesto de donde estaba trabajando. Al pasar los días se dio cuenta de que la ventaja era enorme en relación a la dificultad.

La seguridad que daba ese método era incuestionable, de ese modo, los otorrinolaringólogos del Hospital Calixto García adoptaron ese procedimiento por ser mucho más seguro, ya no aceptaban el otro.

Cuando en Febrero del año 1959 comenzamos a trabajar en el Hospital Militar Dr: Carlos J. Fínlay, todo el personal de anestesiología procedíamos del Calixto García y también lo era el otorrinolaringólogo el Dr. Bugallo (hijo) de ese modo el método se fue divulgando.

En estos momentos, las nuevas generaciones desconocen esta historia, por eso cuando la narro a la doctora , ésta me dice que ese dato tiene que estar en la historia de la otorrinolaringología cubana, respondiéndole yo que tampoco estaba en la historia de la anestesiología, que esos antecedentes muy pocas personas los conocían.