

Dr. Roberto Paganini

Ivan W. Maguill, Ralph Waters y Arthur Guedel, tres maestros de la anestesia de las décadas del '20 y del '30 de este siglo, decían en la introducción a la 1ª edición (1941) del libro de N. Gillespie "*Endotracheal Anaesthesia*" que esperaban que contribuyera a "mejorar los principios y la técnica para hacer de la anestesia endotraqueal una ayuda aún más útil de la que nosotros hemos encontrado en la tarea de colaborar con el cirujano y brindar confort y seguridad a los pacientes" (1). Y Gillespie, en el prólogo, dice que "en los últimos 15 ó 20 años las ventajas de la anestesia endotraqueal han ganado un reconocimiento creciente hasta hoy, en que se espera que cualquier especialista en anestesia posea habilidad y experiencia en el uso de esta técnica" (2). Y se opone, más adelante, a su uso de rutina porque "necesita de una delicada instrumentación que se acompaña de riesgo de trauma, que varía inversamente con la habilidad y experiencia del intubador. La anestesia endotraqueal debe estar siempre disponible para todo paciente, que pueda beneficiarse de ella: nunca debe ser usada sin una buena razón" (3).

Han pasado 55 años desde que estos conceptos fueron escritos. Se ha progresado en técnicas y seguridad. Su uso de rutina abrió el camino a la cirugía endotorácica; alejó al anestesta del campo operatorio, facilitando la tarea de anestestistas y cirujanos en operaciones de cabeza y cuello; posibilitó la cirugía intraoral sin interferencias ni riesgo de aspiración de sangre y trozos de tejidos; se consiguió proteger la vía aérea del peligro de neumonitis por aspiración de contenido gástrico. Se puede continuar dando muchos ejemplos que abonan lo dicho sobre el progreso logrado, pero creo que no se debe omitir citar que posibilitó el manejo de la ventilación pulmonar y el uso extenso de relajantes musculares.

Lo que se denominaba en esa época anestesia endotraqueal, pues a través del tubo se administraban los anestésicos inhalatorios a partir de los años '50 con la aparición de los anestésicos endovenosos, se lo desligó de la palabra anestesia, llamándose ésta técnica, desde

entonces, *intubación traqueal*, que es utilizada tanto en quirófano durante anestesia, como en terapia intensiva ó en servicios de urgencias con fines terapéuticos o de resuscitación.

La intubación traqueal, oral o por traqueotomía, con fines de reanimación generalmente por asfixia por inmersión, se utilizó mucho tiempo antes que la anestesia general fuera descubierta.

L. Brandt, en una nota sobre historia de este procedimiento, dice que "la primera intubación oral de la traquea para administrar anestesia se realizó en 1878 por Wiliam Macewen, 10 años después de la descripción de la técnica de anestesia endotraqueal con la ayuda de un tubo de traqueotomía por el cirujano F. Trendelenburg (ambos para evitar la aspiración de sangre durante cirugía de las vías aéreas superiores). Sin embargo, la primera intubación orotraqueal fue comunicada más de 800 años antes. Hoy se acepta que el famoso médico árabe Avicenna (980-1037) la describió alrededor del año 1000 en su obra médica "Liber Canonio". Et quandoque intromittitur in gutture cannula facta de auro aut argento aut similibus ambobus, adjuvando ad inspiradum (cuando fuere necesario una cánula de oro, plata u otro material adecuado se introduce en la garganta para ayudar a inspirar) (4).

Revisando la historia para escribir estas líneas recuerdo haber vivido muchos de los adelantos, cambios de conceptos y descubrimientos ocurridos en el curso de los últimos 40 años. Sin embargo, cada adelanto conduce a nuevos problemas. Los nuevos conocimientos o los cambios de conceptos traen aparejados nuevas dudas e interrogantes.

Se ha dicho que "una buena teoría no es necesariamente verdadera. Una buena teoría es aquella que despierta el interés para continuar investigando, lo que lleva a nuevos descubrimientos y a la formulación de una nueva teoría. Es decir una buena teoría lleva en sí el germen de su propia destrucción". Aunque en la práctica de la medicina no nos manejamos con teorías, si no con hechos comprobados, está en la experiencia de

todos que los cambios de conceptos llevan en muchas ocasiones a cambios o proscripción de prácticas hasta ese momento aceptadas como inmovibles.

La seguridad que pretendemos no se ha alcanzado, a pesar de lo mucho que se ha progresado. Los adelantos que hoy nos asombran me recuerdan los asombros de otros en el pasado. Hace 55 años, Gillespie en su libro ya citado, decía que "Vesalio registró el experimento de pasar una paja dentro de la *asperae arteriae* de un animal cuyo torax había sido abierto, insuflando intermitentemente. Esto produjo la expansión de los pulmones y que el corazón recuperara sus latidos normales. También observó que si se permitía que los pulmones permanecieran colapsados el corazón y las arterias se tornaban *undosus, formicans et vermicularis*. Es destacable encontrar tan buena descripción, en una era tan temprana, de lo que hoy llamamos fibrilación ventricular" (5).

Este maravilloso presente muy pronto será pasado. La historia de la Anestesia (o de la Medicina) nos enseña como se concibieron y desarrollaron los adelantos que hoy disfrutamos. Todo el camino que se debió recorrer. El esfuerzo, el ingenio, el tiempo y los recursos que se emplearon. Pero también nos enseña que no son permanentes. Que el camino está abierto para los innovadores, para los que investigan y que los practicantes de la medicina tienen necesidad de actualizarse permanentemente.

El simposio sobre "Vía Aérea Dificultosa", realizado en el HOSPITAL PRIVADO el 8 de Julio

1995, que se reproduce en éste número de "EXPERIENCIA MEDICA", se refiere a un aspecto de la intubación traqueal que continúa siendo tema de preocupación de anestesistas, terapeutas y reanimadores, por su elevada incidencia entre los casos de morbi-mortalidad.

Su lectura será de utilidad para todos aquellos involucrados en estas disciplinas. Se describen en él los tests para detectar la facilidad o grado de dificultad para intubar la tráquea, antes de iniciar la anestesia. Los métodos para controlar la correcta posición del tubo. Las alternativas de la técnica clásica, en caso de dificultad.

Es posible que en un futuro no lejano se desarrollen laringoscopios flexibles de fibra óptica, más manuales, menos frágiles, más accesibles, que reemplacen a los laringoscopios actuales, que con variantes y mejoras, son en esencia los mismos desde hace 80 años. Si esto ocurre mucho de lo que se expone en este simposio, perderá vigencia, tanto en tests diagnósticos, como en métodos alternativos de manejo de la vía aérea.

De todas maneras, ahora o en el futuro, el tema seguridad nunca dejará de ser actual.

### BIBLIOGRAFIA

- (1) Y. W. Magill, R. Waters, A. Guedel. Foreword to First Ed. 1941. En: N. Gillespie "Endotracheal Anaesthesia". The University of Wisconsin Press. Second Edition 1950.
- (2) N. Gillespie. Preface to "Endotracheal Anaesthesia". The University of Wisconsin Press. Second. Ed. 1950, p. VII.
- (3) N. Gillespie. Idem. p. 5.
- (4) Avicenna. Liber Canonis, Fen 9, Venice 1507:137-8.
- (5) L. Brandt. The First Reported Oral Intubation of the Human Trachea. Anesth. Analg 1987; 66:1196-1204.

**Hemos contado en este simposio con la valiosa colaboración del Prof. Dr. Tony Sanchez, Profesor asociado de la Universidad de IRVINE, California, EE.UU. Su extraordinaria experiencia fue brillantemente expuesta y objetivada a través de abundante instrumental y maniqués didácticos que suplían los pacientes en la demostración de las distintas prácticas.**

**Queremos dejar expreso nuestro profundo agradecimiento por tan excelente colaboración que ha dejado además, merced a su natural simpatía, muy cálidos sentimientos de amistad.**