

LA MASCARILLA LARÍNGEA EN ÁREAS DE URGENCIAS

Sr. Director:

Desde hace unos años, hemos asistido a la aparición de métodos que permiten mantener la permeabilidad de las vías aéreas. En los últimos meses, se ha prodigado el uso de la mascarilla laríngea como instrumento que permite fácilmente ventilar al paciente.

La mascarilla laríngea se ha utilizado, hasta ahora, en el área quirúrgica con el fin de ventilar a un paciente durante la anestesia. Algunas comunicaciones avalan que puede ser un instrumento para mantener las vías aéreas permeables, tanto en áreas de urgencias como en reanimaciones extrahospitalarias. Es de muy fácil aplicación, incluso por personal no médico. Su colocación precisa mucho menos aprendizaje y aparato que la intubación endotraqueal.

La mascarilla laríngea consiste en un tubo endotraqueal unido a una mascarilla parecida a la facial, que se hincha y se colapsa al introducir o extraer el aire a través de una válvula de forma similar a la de un tubo endotraqueal. Su fácil colocación se debe a que se realiza a ciegas sin uso de laringoscopio. Su introducción se hace con la mascarilla colapsada. Después de una lubricación previa, se abre la boca del enfermo y se procede a su introducción hasta encontrar una resistencia, momento que coincide con el contacto de la punta de la mascarilla con el esfínter esofágico superior. Luego, se procede a hinchar la mascarilla.

La luz de la mascarilla permite la introducción de un tubo endotraqueal del número 6 el cual se inserta-

rá en la traquea en la mayoría de ocasiones. Otra ventaja de la mascarilla laríngea al contrario de la intubación endotraqueal, es que no precisa el decúbito supino para su introducción, pudiéndose utilizar en excarceraciones en los accidentes de tráfico. Un importante inconveniente de la mascarilla laríngea es que no aísla totalmente las vías aéreas del enfermo, por lo que hay posibilidad de regurgitación y el contenido gástrico puede pasar hacia la traquea. Aunque algunos autores consideran que serían contraindicaciones para su uso una lesión traumática de vértebras cervicales y la posibilidad de encontrarnos ante un estómago lleno, consideramos que no existe la suficiente experiencia para tal afirmación. Y que, ante la posibilidad de fracturas cervicales creemos sería el método de elección para ventilar al paciente en un primer momento, ya que no necesitaremos realizar ningún movimiento del cuello, como sería en el caso de una intubación endotraqueal.

Han sido publicados numerosos casos de intubación endotraqueal imposible, resueltos con la mascarilla laríngea. Por todas estas razones, le auguramos un gran futuro. Creemos que debe ser imprescindible en todas las áreas de urgencia y reanimación tanto intra como extrahospitalarias.

Carlos Montoy Santacreu*, Pilar Torrente Riu**

* Médico S.E.M. Base de Lleida, ** Médico Servicio de Urgencias. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.