

MANEJO DEL BRONCOESPASMO DURANTE LA ANESTESIA GENERAL

(Traducido y sintetizado por: Dra. María Agustina Melana)

El broncoespasmo durante la anestesia puede presentarse aislado o como parte de patologías subyacentes como **el asma bronquial o el EPOC**, que cursan con hiperreactividad de la vía aérea, o deberse a anafilaxia.

Ocurre con igual frecuencia en la inducción y el mantenimiento. La irritación de la vía aérea es la causa más común en la inducción, y **puede deberse a una inadecuada profundidad anestésica**, o a agentes volátiles y endovenosos en inducción rápida. Durante el mantenimiento, **puede deberse a drogas capaces de liberar histamina, o reacciones alérgicas o anafilácticas producto de transfusiones de derivados sanguíneos**.

Se caracteriza por **sibilancias**, que pueden estar ausentes si es muy severo, **espiración prolongada, aumento de la presión pico de la vía aérea** y las características imágenes capnográficas en aletas de tiburón.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con eventos que simulan un broncoespasmo severo como el pliegue o la oclusión del tubo, la intubación endobronquial, o el laringoespasmo, en pacientes no intubados, que cursan con ruidos usualmente inspiratorios. **En pacientes sin antecedentes de hiperreactividad**, debe sospecharse **regurgitación o aspiración**; sobre todo si se está usando tubos sin balón o máscaras laríngeas.

La evaluación preoperatoria debe documentar aquellas situaciones que elevan el riesgo, como el antecedente de hiperreactividad bronquial o atopia, medicación como los AINES en asmáticos, y la exposición preoperatoria al humo del cigarrillo debido a que está comprobado que la abstinencia de seis a ocho semanas, reduce significativamente el riesgo de complicaciones respiratorias, incluido el broncoespasmo. **En niños, las infecciones respiratorias altas aumentan el riesgo y puede ser necesario posponer la cirugía dos semanas**, hasta la resolución completa de los síntomas.

El manejo inicial se realiza con drogas de primera línea (beta agonista) como el **salbutamol inhalado**, repitiendo las veces que sea necesario. Si el **broncoespasmo es refractario, se puede** hacer adrenalina endovenosa lenta o drogas de segunda línea como bromuro de ipratropio, sulfato de **magnesio y ketamina**, que se utilizan cuando no hay respuesta al salbutamol. El manejo secundario se realiza con corticoides y antihistamínicos. Considere suspender la cirugía, si ésta no es de urgencia y si hay dificultades para la ventilación y compromiso hemodinámico.

Debe tenerse la precaución de **reducir el volumen tidal para evitar barotraumas, y aumentar el tiempo espiratorio para minimizar la autoPEEP**, que puede llevar a aumentar la presión intratorácica y disminuir el retorno venoso causando hipotensión.

Las técnicas regionales son de elección para evitar la necesidad de intubación y de anestesia general.

El uso de máscara laríngea demostró reducción de la incidencia de broncoespasmo frente a la intubación traqueal.

