

PROTOCOLO DE NASOFIBROLARINGOSCOPIA

M-CIA-CR-PT-039 V1 21-06-2022

1.OBJETIVO GENERAL

Establecer guías para la práctica de fibronasolaringoscopia bajo sedación en CECIMIN.

- Definir las indicaciones y contraindicaciones para practicar fibronasolaringoscopia bajo sedación
- Establecer las técnicas y recursos necesarios para la fibronasolaringoscopia bajo sedación
- Definir los cuidados post-procedimiento y recomendaciones al paciente a quien se practique fibronasolaringoscopia bajo sedación.
- Definir los eventos adversos y complicaciones más comunes en la práctica de fibronasolaringoscopia bajo sedación y establecer mecanismos para su detección oportuna y manejo.

2.RESPONSABLE

- Especialista en Otorrinolaringología
- Jefe de Salas de Cirugía
- Auxiliar de Enfermería

3.RECURSOS

3.1.Personal

- Especialista en Otorrinolaringología
- Jefe de Salas de Cirugía
- Anestesiólogo
- Ayudante Quirúrgico
- Auxiliar de Enfermería

3.2.Insumos y Dispositivos médicos

- Acceso venoso
- Cánula de oxígeno a 3 L/min
- Fuente de luz
- Cable de fuente de luz
- Fotóforo (frontoluz)
- Monitor
- Cámara de video
- Grabador de video
- Pinza bayoneta
- Soporte de endoscopio flexible
- Bandeja de transporte para lavado

3.3.Equipos biomédicos

- Tensiómetro + Pulsioxímetro
 - Bomba de Infusión
 - Bala de Oxígeno
-

PROTOCOLO DE NASOFIBROLARINGOSCOPIA

M-CIA-CR-PT-039 V1 21-06-2022

- Máquina de Anestesia
- Manta térmica
- Fibronasolaringoscopia

3.4. Medicamentos

- Líquidos endovenosos (Solución Salina o Lactato de Ringer)
- Midazolam
- Propofol
- Según el caso a discreción de anestesiología
- Lidocaína spray

4. ALCANCE

El presente protocolo aplica para pacientes con signos y síntomas de síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño menores de 75 años. Los signos y síntomas pueden incluir la triada clásica compuesta por hipersomnía diurna, ronquido y pausas respiratorias durante el sueño, y otros síntomas como sueño no reparador, fatiga, pobre concentración, angina nocturna, nicturia, cefalea matutina.

POBLACIÓN CUBIERTA EN ESTE PROTOCOLO (INDICACIONES)

- Pacientes con SAHOS moderado o severo sin obesidad mórbida, que no toleren CPAP como prueba diagnóstica previa a la indicación quirúrgica adecuada o DAM.
- Pacientes con SAHOS leve o ronquido simple en los que esté indicado el tratamiento quirúrgico o con DAM.
- Pacientes SAHOS que no hayan respondido al tratamiento quirúrgico.
- Niños con SAHOS residual tras adenoamigdalectomía.

POBLACIÓN NO CUBIERTA EN ESTE PROTOCOLO (CONTRAINDICACIONES)

- Pacientes mayores de 75 años.
- Alergia a los componentes del propofol (especialmente la soja, o el huevo) o del midazolam.
- Riesgo quirúrgico elevado (ASA>3).

5. ENFOQUE DIFERENCIAL

La aplicación de este procedimiento a todos los pacientes se realiza sin ningún tipo de discriminación, marginación, invisibilización y violencia, permitiendo la inclusión de la población vulnerable con discapacidad múltiple, trastornos médicos subyacentes, ciclo de vida (adulto y vejez), inclusión étnica (afrodescendiente, indígena, Rron, Gitano), Orientación sexual e identidad de género (hombre, mujer y población LGTBI), Población rural y urbana, Migrantes, nivel educativo y víctimas de conflicto armado. Las particularidades se abordan en el protocolo de atención con enfoque diferencial de CECIMIN.

PROTOCOLO DE NASOFIBROLARINGOSCOPIA

M-CIA-CR-PT-039 V1 21-06-2022

6.GENERALIDADES

6.1.METODOLOGÍA

La elaboración de este protocolo se realizó mediante la revisión de la bibliografía por parte de la Dra. Ligia Londoño, ayudante quirúrgica de CECIMIN y el Dr. Federico Villaneda, Otorrinolaringólogo

6.2.DEFINICIONES

- Narina: Orificio nasal externo
- Coana: Orificio nasal posterior
- Nasofibrolaringoscopia: Instrumento flexible con óptica y endoluz que permite la exploración de la vía aérea superior a partir de la nariz
- Espéculo nasal: Instrumento articulado que permite ver la parte anterior de la nariz
- Fotóforo: Luz frontal dirigible

6.3.DESCRIPCION DE LA PATOLOGÍA

La fibronasolaringoscopia es un procedimiento diagnóstico en el cual se introduce un endoscopio por vía nasal hasta la faringe y laringe, permitiendo visualizar la vía aérea superior de forma dinámica para buscar patología. Éste examen se puede realizar bajo el efecto de anestésicos endovenosos (DISE – Drug Induced Sleep Endoscopy) con los cuales se busca simular el patrón del sueño del paciente para valorar los sitios de la vía aérea superior con tendencia al colapso y que serían, en ocasiones, susceptibles de manejo quirúrgico.

El objetivo final es lograr una sedación con respiración espontánea suficientemente activa para generar turbulencia, ronquido y colapso. Es decir, inducir un sueño similar al sueño espontáneo y observar la aparición de ronquidos y patrones de apnea secundarios a obstrucción en diferentes partes de la vía aérea superior.

6.4.TRATAMIENTO (Descripción del procedimiento)

1. Paciente en decúbito supino. Monitorización
2. Preoxigenación mediante cánula de oxígeno a 3 L/min
3. Inducción con midazolam y propofol
4. Introducción de Nasofibrolaringoscopia por fosa nasal
5. Fibronasolaringoscopia con grabación del examen en video.
6. Exploración de vía aérea hasta las cuerdas vocales
7. Identificación de movimientos respiratorios y pausas/apneas
8. Registro imagenológico del procedimiento en USB introducida a torre, responsabilidad de auxiliar de la sala grabar hallazgos en CD de todos los pacientes y del cirujano confirmar grabación correcta de dicha información.
9. Retiro del Nasofibrolaringoscopia
10. Los hallazgos del examen se clasifican

Se utiliza la clasificación de VOTE por sus siglas en inglés que mide el comportamiento del paladar, la lengua, la orofaringe y la epiglotis.

PROTOCOLO DE NASOFIBROLARINGOSCOPIA

M-CIA-CR-PT-039 V1 21-06-2022

Clasificación internacional de estadificación de la prueba.

Traslado a recuperación

Para calificar los hallazgos endoscópicos de los pacientes se utilizó la clasificación VOTE que evalúa los siguientes parámetros: • nivel afectado (5)

- V: Conformación de la rinofaringe, paladar blando, úvula y paredes laterales.
- O: Amígdalas palatinas y paredes laterales.
- T: Base de lengua, amígdalas linguales y paredes laterales.
- E: Compromiso de supraglotis y glotis.

Configuración anatómica

- A(anteroposterior)
- L(lateral)
- C (concéntrico o circunferencial)

Grado de colapso como

- 0(no existe cierre de la luz faríngea)
- 1(incompleto o parcial)
- 2(completo)

Finalmente se debe entregar a todos pacientes cd con resultados del examen y registrar la entrega en la historia clínica.

EVENTOS ADVERSOS Y SU MANEJO*

TIPO DE EVENTO ADVERSO	ACCIÓN INMEDIATA	SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES INMEDIATAS	RESPONSABLE
Laringoespasma	Subluxar la articulación temporomandibular, también conocida como maniobra de Esmarch-Heiberg ,aplicación de CPAP con oxígeno al 100% vía mascarilla facial	La colocación de una cánula de Guedel. propofol 0.25 y 0.8 mg/kg. succinilcolina como 0.1 mg/kg. Atropina intubación traqueal, aun con las cuerdas vocales cerradas, produciendo un traumatismo en las mismas, pero rescatando la VA de urgencia. La última maniobra será la cricotirotomía o la traqueostomía, como	Anestesiologo

PROTOCOLO DE NASOFIBROLARINGOSCOPIA

M-CIA-CR-PT-039 V1 21-06-2022

		maniobras de extrema urgencia.	
--	--	--------------------------------	--

* Para mayor información ver Guía de reacción inmediata.

CUIDADOS POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

- Control signos vitales
- Tolerancia vía oral
- Vigilar sangrado
- Recomendaciones, signos de alarma

7.RECOMENDACIONES A PACIENTES

- No conducir vehículo durante las siguientes 4 horas.

8.GLOSARIO

- (SAHOS) Síndrome de Apnea Hipopnea Obstructiva del sueño
- (CPAP) Dispositivo de Presión Positiva Continua sobre la vía aérea
- (DAM) Dispositivos de avance mandibular
- (ASA) American Society of Anaesthesiologists
- (LEP) laringoespasma

9.BIBLIOGRAFÍA

- B. Croft, M. Pringle. Sleep nasendoscopy: A technique of assessment in snoring and obstructive sleep apnoea. Clin Otolaryngol Allied Sci, 16 (1991), pp. 504-509
- T. Sadaoka, N. Kakitsuba, Y. Fujiwara, R. Kanai, H. Takahashi. The value of sleep nasendoscopy in the evaluation of patients with suspected sleep-related breathing disorders. Clin Otolaryngol Allied Sci, 21 (1996), pp. 485-489
- F.A.W. Rabelo, A. Braga, D.S. Küpper, J.A.A. De Oliveira, F.M. Lopes, P.L.V. de Lima Mattos, et al. Propofol-induced sleep: polysomnographic evaluation of patients with obstructive sleep apnea and controls. Otolaryngol Head Neck Surg, 142 (2010), pp. 218-224
- Kezirian EJ, WHITE DP, MALHOTRA A, MA W, McCulloch CE, Goldberg AN, Interrater reliability of drug-induced sleep endoscopy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010 apr. 136(4):393-7
- Gavel G, Walker RWM. Laryngospasm in anaesthesia. Critical Care & Pain 2013;26:1-5.