
INTRODUCCION

S. DOMINGUEZ REBOIRAS

En la II Reunión Nacional de la SEPAR celebrada en Santander en junio de 1981, fuimos encargados de dirigir y moderar la ponencia sobre el tema: «Urgencias Broncológicas». La elección de la misma no fue casual ni caprichosa sino justificada por el gran número de veces en que se solicitaba de urgencia la colaboración del endoscopista respiratorio en el medio hospitalario, aunque en principio a muchos neumólogos podía parecerles no de suficiente contenido como para ser tratada en ponencia monográfica. La temática abordaba una serie de situaciones de actuación urgente en broncología, unas ya conocidas, pero actualizándolas, y otras menos, que era necesario divulgar para su mayor utilización. Este ha sido el motivo por el que la Sección de Broncología decidió dedicar a este mismo tema su número monográfico de Archivos de Bronconeumología.

La práctica broncológica se ha modificado completamente desde la aparición y utilización del broncoscopio flexible. La fibrobroncoscopia ha demostrado sus ventajas cada vez más evidentes sobre la broncoscopia rígida dada su gran facilidad de empleo, su aumento en la extensión de visualización del árbol bronquial y sus mayores posibilidades tanto diagnósticas como terapéuticas, cuyos límites no están aún definidos.

En los últimos años en nuestro medio hospitalario la proporción de exploraciones endoscópicas urgentes han aumentado sensiblemente, por lo cual consideramos conveniente un nuevo estudio y planteamiento de técnicas e indicaciones. Así de las primeras 3.000 endoscopias respiratorias realizadas en el Centro Especial Ramón y Cajal, desde su puesta en marcha, hemos hallado un 23 % de indicaciones urgentes, por muy variadas situaciones tanto médicas como quirúrgicas y por motivos diagnósticos y/o terapéuticos.

Nuestro concepto de urgencia broncológica, aunque encuadrado en el de cualquier tipo de ur-

gencia en general, adopta unas características especiales por el tipo de exploración y las condiciones en que se realiza. Desde el momento en que se establece su indicación y se mantiene su carácter de urgente, la realización no puede ser siempre inmediata, teniendo que ser diferida más o menos tiempo a tenor muchas veces de permitir la preparación del paciente o conseguir la situación más favorable del mismo de cara a la exploración endoscópica.

En el amplio campo de la medicina de urgencia, hasta la aparición del broncoscopio flexible, el broncoscopio rígido sólo contaba para la extracción de cuerpos extraños inhalados en las vías aéreas, y en contadas ocasiones para el diagnóstico y control de hemoptisis masivas, y alguna que otra aspiración y/o lavado bronquial en situaciones de retención de secreciones por múltiples causas (postoperatorios de cirugía torácica, mucoviscidosis, proteinosis alveolar, asma bronquial, etc.).

Coincidiendo con el aumento progresivo de unidades de cuidados intensivos, aparece el broncoscopio flexible, y casi simultáneamente y de forma paralela a las necesidades en ellas planteadas, se van ampliando sus posibilidades tanto diagnósticas como terapéuticas, actuando la mayoría de las veces con carácter de urgencia, dado el tipo de asistencia respiratoria prestada. Lo mismo ocurre en el campo de la cirugía, como indicación accesoria, tanto en el preoperatorio inmediato incluyendo también la colaboración que se pueda prestar al anestesista, como durante la intervención y en el postoperatorio inmediato, igualmente con carácter de urgencia.

Todas estas nuevas posibilidades de la broncoscopia en el momento actual y otras que paulatinamente irán surgiendo, tenemos que darlas a conocer, para que el endoscopista respiratorio sea tenido en cuenta y se solicite su colaboración, siempre que se considere oportuno con la mayor rapidez posible.