

Valoración inicial e indicación de intubación orotraqueal en el paciente quemado: ¿Cuál es el rol de la IOT profiláctica?

Autores: Kohn S^{1,2}, Stolovas A^{1,2}, Urrestarazu F^{1,2}, Aramendi I^{1,2}.

1- Centro Nacional de Quemados (CENAQUE). Montevideo, Uruguay

2- Cátedra de Medicina Intensiva. Facultad de Medicina. UdeLaR. Montevideo, Uruguay.

Contacto: sofikohn.sosa@gmail.com

Introducción

La Intubación orotraqueal profiláctica en pacientes con sospecha de Injuria Inhalatoria (II) es una práctica clínica extendida en nuestro país. La misma puede estar asociada a múltiples complicaciones y a aumento de los costos asistenciales.

Nos proponemos estudiar la incidencia de Intubación orotraqueal innecesaria (IOTNN) e II en pacientes ingresados con vía aérea artificial (VAA) al CENAQUE y hallazgos clínicos asociados a ventilación prolongada.

Métodos.

Estudio retrospectivo, observacional, analítico. Se incluyeron todos los pacientes ingresados al CENAQUE con VAA entre enero de 2015 y julio 2023.

Se determinaron características demográficas, porcentaje de superficie corporal total quemada (SCTQ), scores de severidad, criterios definidos por la Asociación Americana de Quemados (ABA) y criterios tradicionales para IOT, días de ARM y diagnóstico de II por fibrobroncoscopia. Dichas variables fueron contrastadas entre el grupo extubado exitosamente en las primeras 48 horas (IOTNN) y aquellos extubados luego de las 48 horas (IOTP). Se realizó regresión logística binaria para asociación entre los hallazgos del examen físico (HEF) previo a IOT y la ocurrencia de ARMP e II. Y se confeccionaron curvas ROC para cada uno de los HEF como predictoras de IOTP e II para toda la muestra y para los subgrupos gran quemado (SCTQ >20%) y quemadura en espacio cerrado.

Resultados

Se incluyeron 562 pacientes. La incidencia de IOTNN fue 41,7% e II 46,7%. Se observaron diferencias significativas entre IOTNN y IOTP para SCTQ [4% (1-11) vs 20% (6-36); p <0,001], ABSI [4 (3-5) vs 7 (5-9) p <0,001], Rev. Baux [48(33-62) vs 77 (60-99), p <0,001], incidencia de II (32% vs 56,6%, p <0,001), presencia de al menos 1 criterio ABA (27,5% vs 49,5%, p <0,01), shock (1% vs 19,6%, p <0,001), hollín en boca/secreciones (39,3% vs 31,2% p 0,046), quemadura de vibras (58,1% vs 46,8% p 0,008), edema de boca (21,4% vs 11% p <0,001) y quemadura no profunda en cara (65,4% vs 55% p 0,014).

Análisis multivariado evidenció asociación de IOTP con SCTQ, shock, quemadura profunda en cara, depresión del sensorio, disfonía y edema de boca.

En el análisis de curvas ROC todos los HEF y para todos los subgrupos presentaron una AUC menor a 0,6.

Conclusiones

La IOTNN es frecuente en nuestro medio. La presencia de shock, quemadura profunda en cara, depresión del sensorio, disfonía y edema de boca se asoció a IOTP. No existieron HEF que permitan predecir IOTP o II con adecuada sensibilidad y especificidad. Deben implementarse protocolos para el manejo seguro de la vía aérea en el paciente quemado.

Información personal

Nombre del Presentador: SOFIA
Apellido del Presentador: KOHN
Email: sofikohn.sosa@gmail.com
Número de celular: 095520092
País: URUGUAY
Ciudad: MONTEVIDEO

Envío

Aspira a Premio: Si
Tipo de trabajo: Trabajo Médico