

Quemadura de Vía aérea: ¿intubar o esperar y observar?

Airway burn: intubate or wait and observe?

Queimadura de via aérea: intubar ou esperar e observar?

Sr. director de la Revista Médica del Uruguay,

La injuria inhalatoria (II) ha sido durante los últimos 27 años una causa frecuente de ingreso a las unidades de quemados en general y en particular al Centro Nacional de Quemados (CENAQUE)¹. Dentro de las diferentes alteraciones fisiopatológicas que acompañan a la II, el daño térmico de la vía aérea superior es reconocido como una entidad potencialmente grave al poder evolucionar con el paso de las horas y el desarrollo de edema a una obstrucción de las estructuras de la hipofaringe pudiendo desencadenar un fallo respiratorio agudo.

En el CENAQUE, la II está presente en un porcentaje muy elevado de los pacientes que ingresan. Sin embargo, a diferencia de lo reportado en otras series, la misma no se ha asociado a un aumento de la mortalidad². A nuestro entender, la causa subyacente que explica estos hallazgos epidemiológicos es un fenómeno denominado intubación innecesaria, que hace referencia a aquellos pacientes que son intubados en forma profiláctica previo al ingreso a la unidad de quemados ante la percepción de un riesgo inminente de pérdida de la permeabilidad de la vía aérea y que finalmente son extubados en forma exitosa en las primeras 48 horas del ingreso a la unidad³.

La intubación precoz frente al paciente con sospecha de lesión inhalatoria tiene sus orígenes a mediados de la década de los 90. En ese entonces, diferentes organizaciones sugerían la implementación de intubación orotraqueal (IOT) en forma precoz y profiláctica con el objetivo de evitar la posible obstrucción de la vía aérea. Hemos publicado recientemente en la Revista Médica del Uruguay (RMU) los datos obtenidos a partir del estudio de los pacientes que han ingresado al CENAQUE con IOT en los últimos 8 años constatando que un 41,7 % de los pacientes que ingresan

con IOT al Centro son extubados en las primeras 48 horas de manera exitosa⁴. En dicho estudio hemos reportado también que un porcentaje elevado de los pacientes son intubados y trasladados por médicos sin formación específica en el manejo de la vía aérea y del paciente críticamente enfermo, lo que sin dudas expone a los mismos a un mayor riesgo de complicaciones⁴. (**Tabla 1**)

Las guías de la *American Burn Association* (ABA) actualizadas en el año 2018 sugieren la IOT precoz frente a la presencia de los siguientes hallazgos clínicos: estridor, superficie corporal total quemada (SCTQ) mayor al 40%, quemadura profunda en cara, disfagia, depresión del sensorio, trabajo respiratorio, hipoxia/hipercapnia, inestabilidad hemodinámica⁵. Estos han demostrado tener un mayor poder de discriminación para identificar pacientes que requieran ventilación prolongada (y, por lo tanto, necesaria) que los criterios de IOT tradicionales como quemadura de vibrissas, hollín en esputo/boca, quemadura no profunda en cara, quemadura bucal, edema de orofaringe o disfonía⁵.

En nuestro medio, hemos observado con preocupación el uso extendido y generalizado de la intubación profiláctica en pacientes con bajo riesgo. En muchas

Tabla 1. Operador que realizó la intubación orotraqueal (IOT).

Operador	IOT n (&)
Médico General	464 (82,7)
Anestesiista	52 (9,3)
Intensivista	29 (5,2)
Otorrino laringólogo	16 (2,9)

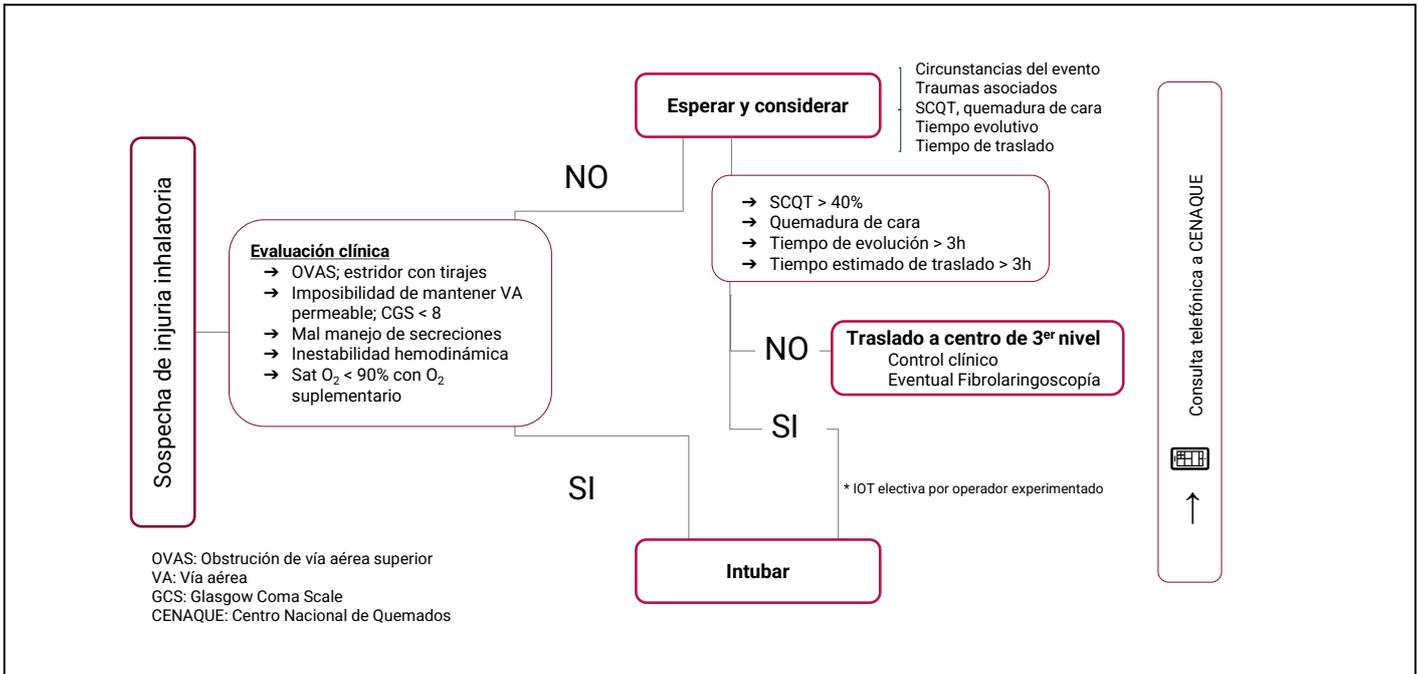


Figura 1. Algoritmo de manejo de la vía aérea en quemaduras inhalatorias.

oportunidades, los pacientes son sometidos a IOT sin una clara indicación, por personal no idóneo en el manejo inicial del paciente crítico, sin pericia en la maniobra y en escenarios pocos seguros para el paciente, exponiéndolos a un riesgo potencial elevado en relación al beneficio que pudiera eventualmente obtenerse de una intubación inmediata. Sumado a los riesgos propios de la maniobra debemos agregar los riesgos inherentes a un traslado de un paciente bajo IOT que pasa, en segundos, de ser un paciente estable a ser un paciente crítico o potencialmente crítico, bajo sedación profunda y analgesia, ventilado con dispositivos poco seguros que lo colocan en riesgo de presentar inestabilidad cardio respiratoria. Estos riesgos aumentan obviamente cuanto mayor sea el tiempo y las distancias de traslado.

El Centro Nacional de Quemados es el único centro de referencia nacional para el manejo del paciente gran quemado. Por esta razón, hemos desarrollado una vasta experiencia en el manejo de esta patología y sentimos que es nuestro deber informar, actualizar y asesorar al personal médico y no médico que realiza la evaluación y manejo inicial del paciente quemado en la emergencia prehospitalaria y hospitalaria. Nuestro Centro cuenta con especialistas de guardia las 24 horas y los 365 días del año, que están a disposición para asesorar a los colegas y ayudarlos a tomar la mejor decisión clínica que devenga en el mayor beneficio y menor riesgo para el paciente. Probablemente, la expresión “*primum non nocere*” cobre una jerarquía mayor en este escenario.

En función de lo anteriormente expuesto, creemos que, dadas las características asistenciales de nuestro país con un centro único de referencia nacional para el manejo del paciente quemado, el concepto

tradicional de “frente a la duda intubar” puede ser remplazado por “frente a la duda consultar con el CENAQUE en vistas a una decisión conjunta. En la **Figura 1** presentamos un algoritmo de manejo de la vía aérea en aquellos pacientes que sufren trauma por quemaduras.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Álvez I, Angulo M, Aramendi I, Cabrera J, Carámbula A, Burghi G. Evolución histórica de la mortalidad de los pacientes internados en el Centro Nacional de Quemados entre 1995 y 2017. *Rev Méd Urug* 2019; 35(1):26-41.
2. Angulo M, Aramendi I, Cabrera J, Burghi G. Mortality analysis of adult burn patients in Uruguay. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020; 32(1):43-48.
3. Romanowski KS, Palmieri TL, Sen S, Greenhalgh DG. More Than One Third of Intubations in Patients Transferred to Burn Centers are Unnecessary: Proposed Guidelines for Appropriate Intubation of the Burn Patient. *J Burn Care Res*. 2016; 37(5):e409-14.
4. Kohn S, Stolovas A, Urrestarazu F, Robatto E, Silva J, Aramendi I. Intubación orotraqueal en el trauma por quemaduras en Uruguay: rol de la intubación profiláctica. *Rev Méd Urug* 2024; 40(3):e202.
5. Pham T, Bettencourt A, Bozinko G, et al. *Advanced Burn Life Support* 2018. Chicago: American Burn Association; 2018. Disponible en: www.ameriburn.org.

Ignacio Aramendi , Andrea Iturralde, Sofía Kohn, Juan Silva, Luciano Amarelle

Centro Nacional de Quemados,
Montevideo, Uruguay

Fecha de recepción: 15-10-2024

Fecha de aceptación: 30-11-2024