

REPORTE DE CASO

Medición del neumotaponador y su influencia en la prevención de complicaciones laringotraqueales: a propósito de un caso de intubación prolongada (56 días)



Diana Patricia Jiménez Duran*, Freiser Eceomo Cruz Mosquera, Ana Cristina Arango Arango e Ivon Johana Ávila Ovalle

Universidad Santiago de Cali, Hospital Universitario Evaristo García, Cali, Colombia

Recibido el 21 de julio de 2017; aceptado el 23 de noviembre de 2017
Disponible en Internet el 7 de febrero de 2018

PALABRAS CLAVE

Intubación
intratraqueal;
Lesión traqueal;
Neumotaponador;
Presión

KEYWORDS

Intratracheal
Intubation;
Tracheal injury;
Tube cuff;
Pressure

Resumen Los pacientes en estado crítico son sometidos a intervenciones complejas entre las cuales se encuentra la intubación orotraqueal; este procedimiento se realiza hasta en el 50% de los sujetos que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos, y aunque indudablemente mejora la supervivencia trae consigo distintas complicaciones en la vía aérea. La aparición de las complicaciones en mención con frecuencia está íntimamente relacionada con características propias del tubo como el tamaño, el tipo de neumotaponador y la presión de insuflado del mismo. A raíz de ello actualmente se recomiendan presiones del neumotaponador que oscilan entre 20 y 30 cmH₂O para evitar lesiones laringotraqueales postextubación. La presente nota clínica da a conocer el caso de una paciente joven con intubación y soporte ventilatorio prolongada (56 días) en quien la medición y ajuste periódico del neumotaponador contribuyó a la ausencia de complicaciones laringotraqueales postextubación.

© 2018 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Endotracheal tube cuff measurement and its influence in preventing laryngotracheal complications: of a case of prolonged intubation (56 days)

Abstract Critically ill patients undergo complex interventions, including endotracheal intubation. This procedure is performed on up to 50% of patients admitted to an intensive care unit, and although undoubtedly improves survival it can lead to various airway complications. These complications are often closely related to the characteristics of the tube, the size, type of pressure cuff, and its insufflation pressure. As a result of this, tube cuff pressures ranging from 20

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diana.jimenez01@usc.edu.co (D.P. Jiménez Duran).

to 30 cmH₂O are currently recommended in order to prevent post-extubation laryngotracheal injuries. The case is presented of a young patient with prolonged intubation and ventilatory support (56 days), in whom the measurement and regular adjustment of the tube cuff pressure contributed to the absence of post-extubation laryngotracheal complications.

© 2018 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La intubación orotraqueal (IOT) es una técnica que consiste en introducir un tubo flexible provisto de un neumotaponador a través de la cavidad oral hasta llegar a la tráquea, con el propósito de mantener la vía aérea permeable; esta se considera una de las medidas asistenciales más comunes, pues se utiliza en 5 de cada 10 pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos¹.

Si bien la IOT provee beneficios, su uso prolongado trae consigo complicaciones que pueden aparecer de manera temprana como es el caso del estridor laríngeo y disfonía; o tardía (estenosis traqueal, fístulas traqueoesofágicas y formación de granulomas)².

Los factores de riesgos asociados a la lesiones laringotraqueales han sido ampliamente descritos, y entre ellos lo más frecuentes son el tamaño del tubo endotraqueal, intubación traumática, reintubaciones, uso de guías rígidas y en gran medida la presión del neumotaponador³.

Con respecto a la presión del neumotaponador es conveniente precisar que debe estar dentro de un rango terapéutico lo suficientemente alto para garantizar la ventilación mecánica y disminuir el riesgo de aspiración de secreciones, y lo suficientemente bajo para permitir la perfusión traqueal y evitar isquemias; actualmente se recomiendan valores entre 20-30 cmH₂O⁴.

El presente reporte tiene como objetivo dar a conocer el caso de una paciente de 21 años con IOT prolongada (56 días) que no desarrolló complicaciones laringotraqueales posterior a la extubación.

Observación clínica

Mujer de 21 años de edad, remitida de centro hospitalario de mediana complejidad con cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en dolor torácico asociado a disnea, tos productiva, fiebre alta no cuantificada, pérdida de peso, astenia y adinamia; con radiografía de tórax en la que se evidencia opacidad en campo pulmonar izquierdo (fig. 1) y diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Ingresó con los siguientes signos vitales: temperatura 38,8°C; presión arterial media 112 mmHg; frecuencia cardíaca 112 lpm; frecuencia respiratoria 30 rpm y saturación arterial de oxígeno 70%.

Por la presunción de proceso infeccioso a nivel pulmonar y signos vitales evidenciados se inicia manejo antibiótico, ventilación mecánica no invasiva y se solicitan análisis

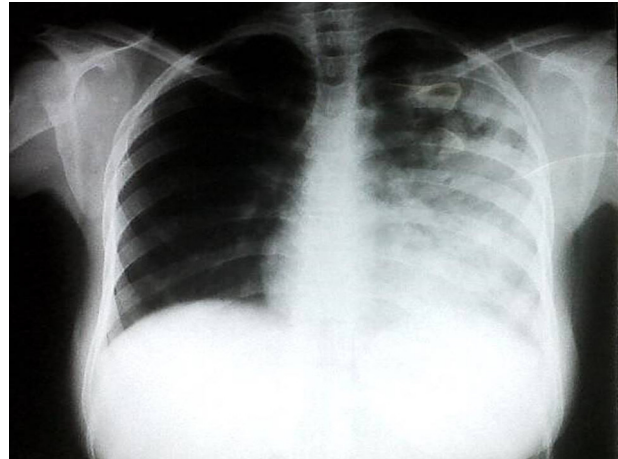


Figura 1 Radiografía de tórax con opacidad en pulmón izquierdo.

paraclínicos que arrojan el siguiente reporte: gases arteriales: pH 7,28; pCO₂ 30 mmHg; HCO₃ 17 mmol/l; Be -5,3; PaO₂ 56 mmHg; PaO₂/FIO₂ 175. Hemograma: glóbulos blancos 21.500/mm³; bandas 2%; neutrófilos 89%; proteína C reactiva 297 mg/dl. Pruebas de función renal: BUN 45 mg/dl; creatinina 5,3 mg/dl. Ante la precaria respuesta al tratamiento ventilatorio se realiza IOT con tubo orotraqueal n.º 7.0, se inicia sedación, ventilación mecánica invasiva y control de la presión del neumotaponador de manera periódica (mañana, tarde, noche) utilizando valores que oscilan entre 22 y 27 cmH₂O (fig. 2).

Durante la estancia hospitalaria es diagnosticada con falla renal aguda por lo cual recibe terapia de remplazo renal, neumotórax manejado con tubo a tórax y tuberculosis pulmonar. A raíz de la ventilación mecánica prolongada y pobre evolución según lo estipulado en los protocolos institucionales se plantea manejo con traqueotomía, sin embargo los familiares no autorizan procedimiento.

Transcurridos 40 días (desde la instauración de la ventilación mecánica) presenta extubación accidental debido a agitación psicomotora producto de la disminución progresiva de la sedación. Se maneja con ventilación mecánica no invasiva por lapso de 2 h sin respuesta favorable, por lo cual se reintuba.

Nueve días después de la reintubación es valorada por el departamento de Psiquiatría quien diagnostica delirium; se plantea destete de ventilación mecánica y se explica a los

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8694504>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8694504>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)