

Investigación clínica

Mortalidad en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 sometidos a traqueostomía, debido a ventilación mecánica prolongada

Carlos Romero Patiño PhD¹, Abraham Gajardo¹, Amalia Cruz¹, Eduardo Tobar¹, Jaime Godoy¹, Nicolás Medel, Ricardo Zamorano¹, Daniel Rappoport, Verónica Rojas², María Cristina Herrera², Rodrigo Cornejo¹, Cecilia Luengo¹, Nivia Estuardo¹.

1. Médico, Facultad de Medicina. Unidad de Pacientes Críticos. Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Enfermera, Facultad de Medicina. Unidad de Pacientes Críticos. Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

*Correspondencia: cmromerop@gmail.com

Introducción: Algunas series iniciales reportaron una alta mortalidad en pacientes con COVID-19 sometidos a ventilación mecánica invasiva (VMI) prolongada. En base a esta información, algunos grupos internacionales sugirieron retardar todo lo posible o no realizar una traqueostomía en estos enfermos. **Objetivo:** El presente estudio tiene como objetivo comparar la tasa de mortalidad a 90 días en pacientes que fueron sometidos a traqueostomía debido a VMI prolongada con aquellos que no recibieron este procedimiento. **Métodos:** Cohorte histórica de pacientes con COVID-19 sometidos a VMI prolongada (> 10 días) entre marzo y julio de 2020. El desenlace primario fue la tasa de mortalidad a los 90 días. Se consideraron desenlaces secundarios: días en VMI, estadía en el hospital / UCI, frecuencia de infecciones nosocomiales (NAVM, ITU, bacteriemia) y complicaciones trombóticas demostradas por imágenes. Se realizó una regresión logística para ajustar el efecto de la traqueostomía por puntaje SOFA y días en VMI. Este ensayo clínico fue aprobado por el Comité de Ética Institucional, y registrado en ClinicalTrials.gov (NCT04642703). **Resultados:** Durante el período de estudio, 169 pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 ingresaron a la UCI por VMI. De éstos, se incluyeron 92 pacientes que requirieron VMI prolongada: 46 pacientes fueron sometidos a traqueostomía y 46 no necesitaron el procedimiento. No existió diferencia significativa en las variables demográficas de ambos grupos, siendo la mayoría varones > 50 años, con una mediana de 2 comorbilidades y 42% tuvieron obesidad. En quienes lo requirieron, la traqueostomía fue realizada después de una mediana de 20,5 días en VMI (RIC: 17-26). La mortalidad global de la cohorte fue 19,6%. En el análisis crudo, la mortalidad a 90 días fue menor en los pacientes traqueostomizados que en el grupo control (6,5% vs. 32,6%; $p < 0,001$). Sin embargo, después de controlar los factores de confusión, no se encontró una diferencia significativa para el desenlace primario de mortalidad entre ambos grupos (RR = 0,303; $p = 0,233$). Algo similar se observó en las curvas de supervivencia crudas y ajustadas (Figura 1). Los pacientes sometidos a traqueostomía permanecieron más días en VMI (16[13-21] vs. 46[35-59]; $p < 0,001$), en la UCI (18[15-26] vs. 58[43-73]; $p < 0,001$) y el hospital 29,5[22-42] vs. 73[61-100,5]; $p < 0,001$). Las infecciones asociadas a la atención en salud fueron mayores en los pacientes con traqueostomía que en los controles (52,2% vs. 19,6%; $p = 0,002$). Las complicaciones trombóticas ocurrieron en el 42,4% de los pacientes, sin diferencias entre ambos grupos. No se registraron casos de COVID-19 en el personal de salud que realizó las traqueostomías. **Conclusión:** En pacientes con COVID-19 sometidos a VMI prolongada, la realización de una traqueostomía no se asocia con un exceso de mortalidad y es un procedimiento seguro para el personal sanitario.

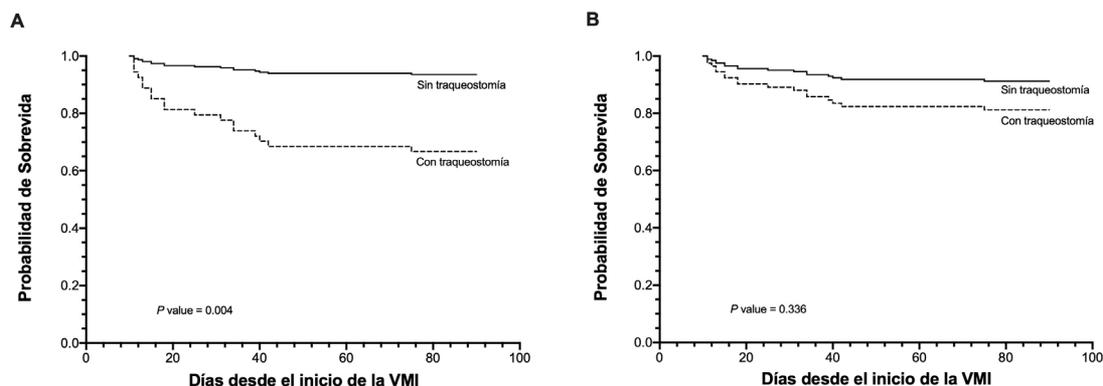


Figura 1: Supervivencia en pacientes COVID-19 con y sin traqueotomía. A: Cruda, B: Ajustada por días en VMI y SOFA.