

pronóstico fue el tétanos. A pesar de ser una enfermedad infecciosa, su clínica depende de la acción de su toxina en el sistema nervioso central<sup>1</sup>.

Las conclusiones de los autores del artículo<sup>2</sup> motivo de esta carta parten de unas hipótesis sobre las ventajas de la traqueotomía en una población en la que el resultado final obtenido depende de múltiples factores, más relevantes que la propia traqueotomía. Desde la organización del centro, no sólo de la UCI, hasta los motivos que han llevado al paciente a la necesidad de una intubación prolongada son clave en el desenlace final.

Intentando responder los dos elementos clave que se resaltan en este artículo: ¿qué enfermos se beneficiarían y cuál es el momento oportuno para su realización<sup>2</sup>? En 1992 se inició en una UCI española<sup>3</sup> un estudio prospectivo. En él se identificaron dos tipos de poblaciones:

– Pacientes neurocríticos: una vez superado el riesgo de evolución hacia una muerte encefálica, se realiza la traqueotomía si existe la probabilidad de una intubación prolongada. El motivo es que la traqueotomía hace más cómodo el manejo de estos pacientes y reduce el riesgo de complicaciones, dada la elevada frecuencia de disfunción glótica en esta población<sup>4,5</sup>.

– Pacientes no neurocríticos: en este caso, la indicación de la traqueotomía se debe a que en los estudios post mórtem se había observado una elevada incidencia de lesiones traqueales en los casos en que se mantuvo la intubación orotraqueal más de 15 días<sup>6</sup>. Al mismo tiempo, se identificó una cantidad no despreciable de secuelas laringotraqueales al año de la extubación.

Las conclusiones de ese estudio prospectivo, que incluyó a 654 pacientes<sup>3,7-9</sup>, fueron que el principal factor influyente en el desarrollo de lesiones fue el tiempo de intubación; el grupo en riesgo de lesiones tardías incluye antecedentes patológicos, ingresos médicos, pacientes no neurológicos y lesiones graves en el eje laringotraqueal en el período precoz; asimismo, el calendario que defina el momento de pasar a traqueotomía, teniendo en cuenta las facilidades que dan las nuevas tecnologías, ha de basarse en la propia experiencia, las condiciones clínicas del paciente y el tipo de enfermedad que motiva el ingreso.

Es nuestro deseo que estos comentarios ayuden a clarificar la toma de decisiones en la atención del paciente crítico.

M. NOLLA SALAS

*Coordinador de Qualitat. Fundació Hospital de l'Esperit Sant.  
Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. España.*

## **Traqueotomía en pacientes ventilados: ¿para qué la hacemos?**

*Sr. Director:*

Una de las primeras afecciones que mejoraron su pronóstico con la creación de las UCI y en la cual se demostró que la traqueotomía precoz mejoraba su

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Nolla Salas M. La malaltia tetànica: anàlisi crítica dels avenços terapèutics dels darrers trenta anys. Nous aspectes sobre el nucli patogenètic [tesis doctoral]. Bellaterra: Enlace-Universitat Autònoma de Barcelona; 1987.

2. Salcedo O, Frutos-Vivar F. Traqueotomía en pacientes ventilados: ¿para qué la hacemos? *Med Intensiva*. 2008;32:91-3.
3. Estaller Moré E. Estudi de les comparacions per intubació prolongada i traqueotomia en malalts sotmesos a ventilació mecànica [tesis doctoral]. Bellaterra: Enlace-Universitat Autònoma de Barcelona; 2001.
4. Bernabeu M. Prevenció i cura de les seqüeles neurològiques greus en el malalt crític. *Suplements Annals Med*. 2008;Supl 3:17-20.
5. Terré R, Mearín F. Prospective evaluation of oro-pharyngeal dysphagia after severe traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2007;21:1411-7.
6. Estaller-Moré E, Ibàñez-Nolla J, García-Hernández F, Carrasco-Genís MA, León-Regidor MA, Díaz-Boladeras RM, et al. Estudio post-mortem de las lesiones laringotraqueales producidas por intubación prolongada y/o traqueotomía. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 1997;48:545-50.
7. Estaller-Moré E, Ibàñez-Nolla J, Orus Dotu C, Díaz-Boladeras RM, León-Regidor A, Ademà-Alcover JM, et al. Manejo de la vía aérea en pacientes de UCI con ventilación mecánica. *An Med Interna*. 1998;15:75-9.
8. Estaller-Moré E, Ibàñez-Nolla J, Matió-Soler E, Bonfill-Rodríguez J, Ademà-Alcover JM, Nolla-Salas M. Estudio de los factores que ayudan a la decisión del paso de intubación a traqueotomía en pacientes críticos. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2002;53:165-73.
9. Estaller-Moré E, Ibàñez J, Matió E, Ademà JM, Nolla M, Quer IM. Prognostic factors in laryngotracheal injury following intubation and/or tracheotomy in ICU Patients. *EurArch Otorhinolaryngol*. 2005;262:880-3.