

termia en pacientes con un TCE grave⁵. Por lo tanto, la situación actual no ha variado, persistiendo una gran controversia en el uso de esta terapia en pacientes con TCE grave.

Sin embargo, coincidimos plenamente con el Dr. Zabalegui et al en la idea de que es difícil de entender que un tratamiento, en este caso la hipotermia, sirva para todos los tipos de TCE grave. Más aún, el éxito de este tratamiento en pacientes neurocríticos con un componente predominante de isquemia cerebral (pacientes con daño cerebral tras parada cardíaca) hace pensar que quizá el subgrupo de pacientes con un TCE grave en los que predomine la isquemia cerebral sean los que pudieran beneficiarse de este tratamiento. Por lo tanto, es preciso reevaluar las razones por las que ha fracasado esta terapia en pasados ensayos clínicos y aclarar diversas incógnitas que persisten, como la duración de la hipotermia (corta duración o mayor que las 48 h como proponen diversos estudios), el uso en todos los pacientes o sólo en aquellos con mayor componente de isquemia cerebral, el uso de forma inmediata al ingreso o sólo en casos de hipertensión endocraneal resistente y el uso de este tratamiento aislado o en combinación con otras medidas terapéuticas de segundo nivel. Asimismo, debiera ser evaluado el método de selección de los pacientes en los ensayos clínicos. Es posible que el uso de la escala de coma de Glasgow como criterio de selección para el reclutamiento de los pacientes con TCE en los diferentes ensayos clínicos sea una de las principales causas de que las terapias neuroprotectoras, exitosas en estudios experimentales, fracasen al ser aplicadas a pacientes con TCE grave⁶.

Es preciso que los futuros estudios multicéntricos y aleatorizados aclaren estas incógnitas y confirmen o descarten el uso potencial de la hipotermia como tratamiento en algún subgrupo de pacientes con TCE grave.

EDUARDO MIÑAMBRES, MARIA SOLEDAD HOLANDA,
MARIA JOSÉ DOMÍNGUEZ ARTIGAS
Y JUAN CARLOS RODRÍGUEZ BORREGÁN
*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués
de Valdecilla. Santander. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Miñambres E, Holanda MS, Domínguez MJ, Rodríguez-Borregán JC. Hipotermia terapéutica en pacientes neurocríticos. *Med Intensiva*. 2008;32:227-35.
2. Peterson K, Carson S, Carney N. Hypothermia treatment for traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. *J Neurotrauma*. 2008;25:62-71.
3. Alderson P, Gadhary C, Signorini DF. Therapeutic hypothermia for head injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; CD001048.
4. Brain Trauma Foundation; American Association of Neurological Surgeons; Congress of Neurological Surgeons; Joint Section on Neurotrauma and Critical Care, AANS/CNS. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. III. Prophylactic hypothermia. *J Neurotrauma*. 2007;24 Suppl 1:S21-5.
5. Hutchison JS, Ward RE, Lacroix J, Hebert PC, Barnes MA, Bohn DJ, et al. Hypothermia therapy after traumatic brain injury in children. *N Engl J Med*. 2008;358:2447-56.
6. Saatman KE, Duhaime AC, Bullock R, Maas AI, Valadka A, Manley GT and Workshop Scientific Team and Advisory Panel Members. Classification of traumatic brain injury for targeted therapies. *J Neurotrauma*. 2008;25:719-38.

FE DE ERRORES

En la sección "Imágenes en Medicina Intensiva", publicada en *Med Intensiva*. 2007;31:55, la filiación correcta de los autores es la siguiente:

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.