

Traqueostomía en pacientes quemados: ¿a quién y cuándo?

Rita Galeiras Vázquez¹, Pedro Rascado Sedes²

^{1,2}Facultativo Especialista de Área de Medicina Intensiva

¹Unidad de Quemados. Servicio de Medicina Intensiva
Xerencia de Xestión Integrada A Coruña. A Coruña. España

²Servicio de Medicina Intensiva

Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela. A Coruña. España

e-mail: ritagaleiras@hotmail.es

Históricamente, se han sugerido numerosas indicaciones para traqueostomía en pacientes quemados. Hasta mediados de los años 70, el uso de este dispositivo en esta población de pacientes críticos era frecuente en el manejo inicial. Sin embargo, la alta incidencia de complicaciones de la traqueostomía convencional comparado con la intubación translaríngea prolongada, el conocimiento sobre el proceso del edema y el breve período de intubación requerida en la mayoría de los pacientes con compromiso de vía aérea superior derivó en una práctica clínica más conservadora, evitando su uso profiláctico y reservando el procedimiento para indicaciones específicas. Hoy en día, la mayoría de los pacientes quemados

críticos que precisan intubación traqueal pueden ser destetados con éxito y extubados sin traqueostomía. Las indicaciones habituales de imposibilidad para la intubación translaríngea, la incapacidad para movilizar secreciones y la necesidad de ventilación mecánica prolongada son aplicables a pacientes quemados. Las quemaduras en cabeza y cuello y el síndrome de inhalación con compromiso de vía aérea superior y/o inferior no son una indicación de traqueostomía *per se*, ni la quemadura cervical profunda es una contraindicación.

El momento ideal en que se debe realizar una traqueostomía ha evolucionado con el tiempo y no está claramente definido en pacientes quemados. En la serie de Moylan *et al.* publi-

Traqueostomía en pacientes quemados: ¿a quién y cuándo?

cada en el año 72, durante el período 1965-1967 tres cuartas partes de las intubaciones traqueales transcutáneas se realizaron en el día de la lesión. Sin embargo, en los dos años siguientes, tras una aplicación más rigurosa de las indicaciones, se registraron pocas traqueostomías precoces. En el estudio de Hunt *et al.* los autores consideran que el momento del procedimiento debería ser individualizado y basado en las condiciones clínicas del paciente. Yang *et al.* proponen que la intubación endotraqueal translaríngea no debería exceder las 3 semanas y debería realizarse traqueostomía si la extubación no es posible. Saffle *et al.*, en un estudio randomizado de 44 pacientes quemados, no pudieron demostrar diferencias en los días de ventilación mecánica, tiempo de estancia, incidencia de neumonía o supervivencia tras la traqueostomía temprana. Sin embargo, si la traqueostomía está indicada por alguna otra razón (edema facial, daño neurológico, cirugía facial extensa) debería realizarse de forma precoz. Smalls *et al.*, en pacientes con quemadura cervical profunda recomiendan que el injerto esté estable antes de la traqueostomía para minimizar el riesgo de infección del estoma. La duración prolongada de la intubación translaríngea previa a la

traqueostomía es un factor de riesgo independiente para disfagia por lo que en pacientes sin quemadura cervical recomiendan la traqueostomía precoz.

Nuestra práctica habitual para indicar este procedimiento son la imposibilidad para la intubación, o bien para la extubación más allá de 3 semanas, aunque el momento es individualizado, según la condición clínica del paciente. Con estos criterios, nosotros hemos hecho un estudio retrospectivo comparando 20 pacientes quemados con traqueostomía, con 19 controles con intubación oro-traqueal. Los resultados sugieren que la traqueostomía es un procedimiento seguro, no asociado con aumento de la mortalidad ni de las infecciones respiratorias. Los pacientes con traqueostomía mostraron tiempos de ventilación mecánica más larga y mayor morbilidad, probablemente no atribuibles a la traqueostomía.

Estudios posteriores deberían determinar si la traqueostomía es beneficiosa en pacientes quemados críticos cuando se realiza precozmente en el curso clínico. Un primer acercamiento a esta cuestión podría ser utilizar los resultados de los estudios que han intentado predecir la necesidad de ventilación mecánica prolongada. Así, en el estudio de Johnson

Traqueostomía en pacientes quemados: ¿a quién y cuándo?

et al. con pacientes no-quemados, un *Glasgow Coma Scale* ≤ 9 y un gradiente A-a ≥ 175 a las 48 horas de ventilación mecánica tenían un valor predictivo positivo de 91% para la necesidad de ventilación mecánica prolongada. Sellers *et al.* demostraron, en una población de pacientes quemados, que la necesidad de soporte respiratorio a largo plazo podría predecirse por la extensión de quemadura profunda, la edad, la presencia de síndrome de inhalación, y un empeoramiento de la $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ en el tercer día de ventilación mecánica.

Si se persigue una estrategia temprana para traqueotomía, se prevé que este procedimiento, inevitablemente, se llevaría a cabo en algunos pacientes que de otro modo habrían sido extubados con éxito. Esos centros orientados a la traqueostomía temprana también pueden perder un grado de experiencia en el destete eficaz de la ventilación mecánica y las estrategias empleadas para prevenir la re-intubación.

Más información en:

Caruso DM, al-Kasspooles MF, Matthews MR, Weiland DE, Schiller WR. Rationale for 'early' percutaneous dilatational tracheostomy in patients with burn injuries. *J Burn Care Rehabil.* 1997;18:424-8.

Saffle JR, Morris SE, Edelman L. Early tracheostomy does not improve outcome in burn patients. *J Burn Care Rehabil.* 2002;23:431-8.