

Decanular y algo más

Autor: Bevilacqua, Carlos

Editor Asociado, RAMR

Correspondencia

Carlos Bevilacqua
cbevilacqua@gmail.com

En este número de nuestra Revista se publica un interesante estudio¹ sobre algunos factores predictivos de las eventuales dificultades en la decanulación de pacientes traqueostomizados. Se trata de un esfuerzo multicéntrico de reclutamiento de pacientes sometidos al procedimiento de traqueostomía.

El examen de los datos obtenidos, que pueden considerarse algo escasos en lo que se refiere a los *scores* de gravedad al ingreso (APACHE II o similares), alcanzan para definir que la mortalidad y la dificultad del procedimiento de decanulación es mayor en pacientes más “añosos” y en aquellos que exhibían mayor número de comorbilidades.

Aprecio sinceramente los datos que nuestros colegas presentan que definen de qué modo la condición general del paciente influye la evolución.

Además de esta breve referencia a la publicación cuya lectura recomendamos, me pareció esta una oportunidad propicia para mencionar brevemente algunos aspectos que son motivo corriente de discusión clínica, intentando lograr mejores evoluciones en nuestros pacientes.

El primer tema a considerar es nuestra creciente voluntad de evitar el procedimiento de la traqueostomía toda vez que su realización nos impide el brindar al paciente formas de ventilación no invasiva (VNI), si es que logramos destetarlos del respirador y extubarlos. Como es ampliamente conocido, el procedimiento de la VNI se ha vuelto más frecuente en los últimos años y sus indicaciones se extienden rápidamente. De modo que realizar una traqueostomía significará

“clausurar” en el futuro inmediato la posibilidad de emplear VNI.

Otro tema contemporáneo de discusión es si emplearemos una técnica percutánea para realizar una traqueostomía, o si solicitaremos la intervención de un cirujano experimentado (usualmente un especialista de cabeza y cuello). En cualquier caso, mi experiencia con estos pacientes críticos me lleva a pensar que siempre estaremos brindando más seguridades si los sometemos a estos procedimientos en el área de terapia Intensiva. La realización de una traqueostomía bien baja y adecuadamente ostomizada, siempre en un paciente previamente intubado aparece como la maniobra más segura, aunque no siempre disponible en todos los centros.

Por último, vale la pena abrir la polémica sobre el empleo de un examen de la deglución y del estado de la laringe, mediante endoscopia videoasistida, como procedimiento previo a la decanulación, por lo menos en un grupo de estos pacientes.

Esta información se está requiriendo cada vez con mayor frecuencia, y las condiciones mismas de los pacientes o las secuelas de una traqueostomía prolongada pueden derivar en trastornos deglutorios y desarrollo de eventuales complicaciones por aspiración, en oportunidades de difícil diagnóstico.

Bibliografía

1. Diaz Ballve Pablo, Villalba Darío, Andreu Mauro, et al. Decanular. Factores predictores de dificultad para la decanulación. Estudio de cohorte multicéntrico RAMR. 2017 (1); 12-24. Especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva