

Supervivencia en traqueostomía precoz frente a traqueostomía tardía en paciente crítico

Diana Monge Donaire*, **Pablo Cañizares Ortiz****, **Vega Losada Martínez***, **Gerardo Ferrigno Bonilla***, **Nuria Rodrigo Castroviejo***, **Teresita Álvarez Pérez****, **Silvia Cortés Díaz****, **Alfredo Marcos Gutiérrez****, **Armando Tejero Pedregosa****, **Concepción Tarancón Maján*****.

*MIR. Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Zamora (España)

**LEA. Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Zamora (España)

***Jefa de Servicio. Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Zamora (España)

Correspondencia: *Diana Monge Donaire. dmonge@saludcastillayleon.es*

RESUMEN

Introducción y objetivos: La traqueostomía es una técnica que puede ser considerada precoz o tardía en función de los tiempos en que sea llevada a cabo. Nos propusimos realizar un estudio comparando ambos con el objetivo principal de analizar su mortalidad.

Material y métodos: Estudio de cohortes, observacional, retrospectivo. Se revisaron los informes de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), seleccionando aquellos pacientes que habían sido sometidos a traqueostomía desde Enero del 2008 a Noviembre del 2016. Fueron incluidos en dos grupos en base al momento en que se realizó dicho procedimiento. Se analizó la variable principal de mortalidad, y otras secundarias tales como tiempo de estancia en UCI o tiempo de ventilación mecánica.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes; en 46 pacientes se realizó el procedimiento de manera precoz. La supervivencia en este primer grupo fue del 55,0%, mientras que en el de tardía 69,4% (RR 1,47; IC 95% 0,85 a 2,53).

Conclusiones: En nuestra experiencia el tiempo de realización de traqueostomía no influye en la mortalidad de los pacientes. Esto concuerda con la bibliografía revisada.

PALABRAS CLAVE

Traqueostomía precoz, Traqueostomía tardía, Neumonía asociada a ventilación mecánica

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La realización de una traqueostomía implica la creación de una comunicación con el exterior de la pared traqueal para establecer una vía aérea segura (1). Es un proceso cada vez más frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con una prevalencia entre el 8 y el 30% (2). Entre sus indicaciones principales se encuentran la obstrucción de la vía aérea superior y la necesidad de vía aérea prolongada debido a problemas neurológicos o al requerimiento de ventilación mecánica (VM) de larga duración (3). En base al momento en que el paciente es conectado a VM, dicho procedimiento se puede considerar temprano o tardío; no existe un consenso establecido para definir el tiempo a partir del cual se establece el límite temporal entre ambos. En nuestro caso recurrimos a las definiciones establecidas por Cochrane, donde se define como precoz aquella que tiene lugar en los 10 primeros días (este incluido) desde la intubación orotraqueal (IOT), frente a tardía, a partir de los 10 días de IOT (4).

Se realizó un estudio comparando ambos procedimientos teniendo como objetivo principal el análisis de la supervivencia en pacientes sometidos a traqueostomía precoz versus tardía. Como objetivos secundarios se buscó: estudio de características de nuestra población en base a edad, sexo, motivo de ingreso, APACHE II; analizar su repercusión en cuanto a días de VM, tiempo de estancia en UCI, diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM); complicaciones asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohortes, observacional, retrospectivo. Se seleccionaron aquellos pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) entre Enero del 2008 y Noviembre de 2016 sometidos a traqueostomía; para ello se revisaron los informes de alta del total de pacientes ingresados en la Unidad en dicho período. Se excluyeron aquellos pacientes cuya intervención fue realizada en otro Centro, así como a aquellos con motivo de ingreso "postoperatorio de traqueostomía programada".

Se analizaron los días transcurridos entre la IOT del paciente y el procedimiento, definiendo traqueostomía precoz como menor o igual a 10 días tras intubación, frente a traqueostomía tardía, a partir de 10 días (tal y como se ha referido anteriormente). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, score de gravedad APACHE II, días de estancia en UCI, días de VM, indicación de traqueostomía, tipo de procedimiento (traqueostomía percutánea a pie de cama vs quirúrgica reglada), diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM), complicaciones asociadas, exitus. Se realizó Chi-cuadrado de Pearson y ANOVA.

RESULTADOS

Se incluyeron 124 pacientes en los que se realizó traqueostomía durante su ingreso en UCI. De estos, 28 de ellos cumplían los criterios de exclusión previamente referidos. De entre los 96 pacientes admitidos en nuestro estudio, el 69.8% de los pacientes eran varones, presentaban una edad media de 66.55 ± 1.28 años y un score de gravedad APACHE II de 21.91 ± 1.02 . El motivo de ingreso mayoritario fue de tipo médico (83.3%), destacando la patología neurológica (34.4%) y la de tipo infeccioso (38.5%).

En 46 pacientes se realizó traqueostomía precoz (47,9%), frente a 50 sometidos a tardía (52,1%). Las indicaciones más frecuentes para la realización de dicho procedimiento fueron: ventilación mecánica prolongada, definida como aquella que supera 21 días de conexión (4); dificultad en el manejo de secreciones; dificultad para la protección de la vía aérea. La traqueostomía precoz se realizó más frecuentemente en pacientes con dificultad para la protección de vía aérea (67,4%), mientras que en el caso de las tardías fue la persistencia de requerimiento de la VM (58%).

La supervivencia en el primer grupo fue de 22 pacientes (55,0%) frente a 34 en el segundo (69,4%) (RR 1,47, IC 95% 0,85 a 2,53). No hubo diferencias significativas en cuanto a incidencia de NAVVM (39% en precoz frente a 41% en tardía). El tiempo de estancia en UCI fue de 20,98 días en traqueostomía precoz, frente a 44,32 días en tardía ($p < 0,001$). El tiempo de VM (postprocedimental) en pacientes con intervención precoz fue de una media de 8 días, frente a 16,67 días en el tardío ($p = 0,023$). No se encontraron complicaciones significativas.

En la Tabla 1 se recogen las características principales de los pacientes.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, no existen diferencias estadísticamente significativas respecto al tiempo de realización de traqueostomía en la supervivencia del paciente; una hipótesis que podría explicar la mayor tasa de mortalidad en el grupo en el que se realiza la técnica de manera precoz podría ser el gran peso que tienen los pacientes neurocríticos en este grupo, habitualmente de funesto pronóstico. Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a NAVVM. Los tiempos de estancia en UCI y de VM son menores en traqueostomía precoz.

Estos hallazgos se corresponden con lo que podemos encontrar en la literatura actualmente, en la que no hay estudios que hayan demostrado un aumento en la supervivencia a largo plazo en base al tiempo de realización del procedimiento. Tampoco existen evidencias que demuestren una disminución en la incidencia de NAVVM o en días de estancia en UCI, pero sí en el tiempo de conexión a VM (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Terragni P, Faggiano Ch, Brazzi L. Tracheostomy. En: Vincent JL, Abraham E; Moore FA, Kochanek PM, Fink MP. Textbook of critical care, 7ª Ed. Philadelphia: Elsevier. 2017. p. 179-183
2. Kopec SE, Emhoff TA. Tracheostomy. En: Irwin RS, Rippe JM. Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine, 7ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2011. p. 210-229

3. Asensio Martín MJ, García Hernández R. Intubación orotraqueal y traqueotomía. En: Montejo JC, A. García de Lorenzo A, Marco P, Ortiz C. Manual de medicina intensiva. 5ª ed. Elsevier España. 2017. p. 39-42
4. Andriolo BNG, Andriolo RB, Saconato H, Atallah ÁN, Valente O. Early versus late tracheostomy for critically ill patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD007271
5. Raimondi N, Vial MR, Calleja J, Quintero A, Cortés Alban A, Celis E, Pacheco C, Ugarte S, Añón JM, Hernández G, Vidal E, Chiappero G, Ríos F, Castilleja F, Matos A, Rodríguez E, Antoniazzi P, Teles JM, Dueñas C, Sinclair J, Martínez L, Von der Osten I, Vergara J, Jiménez E, Arroyo M, Rodríguez C, Torres J, Fernandez-Bussy S, Nates JL. Evidence-based guides in tracheostomy use in critical patients. Med Intensiva. 2017 Mar;41(2):94-115

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Características principales de los pacientes.

Variable	Traqueostomía Precoz (n=46)	Traqueostomía tardía (n=50)
Edad media (años)	67,22	65,94
Sexo (masculino/femenino)	33/13	34/16
APACHE II medio	23,07	20,82
Motivo de ingreso	Médico (neurológico)	Médico (sepsis)
Indicación	Protección vía aérea	IOT prolongada
Supervivencia	22 (39,3%)	34 (30.7%)
NAVM	13 (39%)	17 (41%)
Tiempo de estancia en UCI (días)	20,98	44,32
Tiempo de VM (días)	8,00	16,67