

EL ARTE DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMÍA USO DE TRAQUEOSTOMO CASERO COMO ALTERNATIVA A LA CRISIS

ALIRIO MIJARES B, CARMEN SUÁREZ, CARLOS PÉREZ, DILMERI CASTRO, RONALD AROCHA, MANUEL PÉREZ

INSTITUTO MÉDICO LA FLORESTA. CARACAS, VENEZUELA.

RESUMEN

Actualmente, la invención de materiales sintéticos ha mejorado los tubos para traqueostomía y han reducido la tasa de complicaciones del procedimiento de traqueostomía. La prolongada incubación de este proceso de insolvencia en nuestro país, ha producido una escases importante de insumos médicos quirúrgicos, lo que trae como consecuencia, ciertas improvisaciones con el fin de aliviar la carga al enfermo y así contribuir con una mejor calidad de vida para este. En este trabajo, describimos y proponemos y tipo de traqueostomo casero, con lo cual hemos ayudado a algunos pacientes a resolver el déficit de los mismos en el mercado interno nacional.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, laringe, traqueotomía, cabeza, cuello.

SUMMARY

Currently, the invention of synthetic materials has improved the tracheotomy tubes and it has reduced the rate of the complications from the procedure of tracheotomy. The prolonged incubation process of the insolvency in our country, has produced a major severe surgical and medical supplies, which comes as a result and certain improvisations in reducing the burden to the sick, and thus contribute to a better quality of life for the patient. In this paper, we

describe and propose a type of made home tracheostom, which we have helped some of patients to resolve the deficit of the same national domestic market.

KEY WORDS: Cancer, larynx, tracheotomy, head, neck.

INTRODUCCIÓN

La traqueotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguamente descritos. Desde los papiros egipcios que datan del año 3 600 AC. Ya ilustran una traqueotomía. Asclepiadeas de Persia se le reconoce el haber sido la primera persona que realizó una traqueotomía en el año 100 A.C. Se ha usado desde entonces y su descripción completa data desde 1900.

El término 'traqueotomía' fue implementado por Lorenzo Heister en 1718. En 1799 George Washington murió debido a una obstrucción de las vías respiratorias superiores, probablemente debido a epiglotitis o a un absceso. El médico de Washington conocía el procedimiento para traqueotomía, pero él mismo nunca había realizado una. Aparentemente no quiso realizar su primera traqueotomía en una persona de la importancia de Washington.

A principios de los años 1800 se utilizaban las traqueotomías en niños para inflamaciones

Recibido: 22/11/2010 Revisado: 21/12/2010

Aceptado para publicación: 15/01/2011

Correspondencia: Dr. Alirio Mijares B. Instituto Médico La Floresta. Avd. Principal con calle Santa Ana, Clínica la Floresta. Tel: 04143269044.

Email: mibuenasalud@gmail.com

de tráquea debido a difteria. La primera traqueotomía realizada en un niño y con buenos resultados fue documentada en 1808.

En 1909 se presentó una técnica de traqueotomía inferior, en la cual la incisión traqueal abarca del anillo traqueal 4 al 5. Esta técnica operatoria fue después refinada por Chevalier Jackson cuando se encontró ante el reto de la epidemia de polio en 1940. Actualmente esta técnica es básicamente igual. Galloway amplió aún más los usos de la traqueotomía, de obstrucción respiratoria al tratamiento de parálisis con necesidad de respiración artificial y control de secreciones. En la medicina moderna, la operación adquiere mucho auge y gana en seguridad a medida que se mejoran, sobre todo los cuidados posoperatorios, los cuales disminuyen sensiblemente las complicaciones de antaño tan temidas. Es cierto que a finales del siglo XX, con los avances en los servicios de cuidados intensivos su realización se ha visto disminuida debido a la seguridad de la entubación endotraqueal y el mantenimiento de la ventilación asistida, pero hasta en dichos servicios es una operación bien reglada, sobre todo en los pacientes con una entubación prolongada, y su omisión puede ocasionar desagradables consecuencias para el enfermo como las estenosis sub-glóticas y traqueales, y su uso y manejo es fundamental para los que se dedican a la cirugía de cabeza y cuello ^(1,2).

Recientemente, la invención de materiales sintéticos y de manguitos de baja presión/volumen alto ha mejorado los tubos para traqueotomía y han reducido la tasa de complicaciones del procedimiento de traqueotomía.

Las crisis económicas son fenómenos multi dimensionales provocados por la prolongada gestación de diversos factores micro y macroeconómicos característica que hace extremadamente difícil determinar correctamente la respectiva relación de causalidad. Más aún, su complejidad puede llegar a dificultar una adecuada ponderación de los distintos factores

que la originaron, así como a diferenciar, con grado razonable de objetividad y precisión, entre estos y los elementos que simplemente contribuyeron a retardar o acelerar su desarrollo.

Durante el primer semestre de 2010, el escenario nacional se ha visto fuertemente estremecido por esta recesión económica, sobre todo, por la falta de divisas para importación de insumos médicos quirúrgicos no producidos en Venezuela.

La prolongada incubación de este proceso de insolvencia ha producido una escases importante de insumos médicos quirúrgicos, lo que trae como consecuencia, positiva o no, depende de la óptica en que se mire, ciertas improvisaciones con el fin último de aliviar la carga al enfermo y así contribuir con una mejor calidad de vida para este. En este trabajo, describimos y proponemos un tipo de traqueostoma casero, con lo cual hemos ayudado a algunos pacientes a resolver el déficit de los mismos en el mercado interno nacional.

MÉTODO

Se describe a continuación brevemente: dependiendo del diámetro del estoma traqueal que tenga el paciente, podemos usar la “camisa de la jeringa de plástico, de 5, 10 o 20 cm³. La misma se recorta en una longitud entre 1,5 y 2,5 cm dependiendo de la contextura del enfermo y se recorta en forma roma con bisel hacia abajo, de manera de que el aire pueda fluir con facilidad a través del mismo. Este bisel se puede lijar con agua caliente para que no quede cortante y no lastime al introducirlo por el estoma (Figura 1).

Luego, simplemente se mide en el estoma, se verifica que quede justo al orificio estomal para posteriormente colocarle un *clip*, que inicialmente fue de metal y luego de plástico; para evitar que el corbatín o pañuelo, camisa, etc., se adhiera con los movimientos respiratorios al orificio del traqueostoma y lo obstruya (Figura 2).

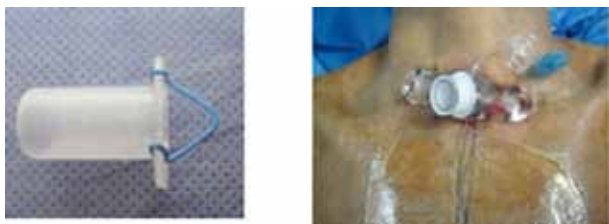


Figura 1. Traqueostomo su inserción.



Figura 2.

DISCUSIÓN

Una de las secuelas tardías de las traqueotomías es precisamente la fístula traqueo-esofágica muchas veces debido al mal uso del traqueostomo en cuanto a tamaño, material, etc., precisamente por la falta de variedad de modelos y tamaños que se encuentran disponibles en nuestro país.

La oclusión de la cánula no es infrecuente, produciendo molestias al enfermo y en ocasiones peligrosas para la vida misma, por el acumulo constante de secreciones por la longitud de los traqueostomos comunes, la no adherencia a la ropa o tela tiene como ventaja mantener en un paciente imposibilitado de ventilarse una situación muy grave y peligrosa que ocurre no pocas veces en nuestras salas, puede y debe evitarse con una fluidificación de las secreciones bronquiales, evitando así una obstrucción mecánica (Figura 3).

Es de fácil manejo del paciente y familiares permitiendo una adecuada limpieza del mismo. La bronco-aspiración a repetición es una de las consecuencias, casi obligada, de



Figura 3.

las traqueotomías y se debe a un problema mecánico originado por la fijación del aparato laríngeo creado por el traqueostomo, lo que le impide a todo el complejo laríngeo-traqueal ascender durante la deglución, sabiendo que es fisiológicamente necesario. Es común que esta sea mayor durante los primeros días de la traqueotomía y vaya desapareciendo a medida que se desarrolla la capacidad de adaptación a la nueva situación creada. Otro evento frecuente que ocurre es la infección, muy frecuente de las traqueotomías y se debe a una mala manipulación del traqueostomo durante las maniobras de aspiración y los cambios de cánulas, lo cual se hace muy fácil con este método.

Permite también poder realizar una nasofibrolaringoscopia sin problemas inclusive con él, colocado *in situ* (Figura 4). Este traqueostomo casero también evita la formación de granulomas alrededor del traqueostomo que pueden ocasionar posteriormente una estenosis; lo cual recomendamos a los pacientes su uso durante el día. Puede ayudar en el proceso de decanulación



Figura 4.

con la disminución progresiva de los diámetros de las jeringas usadas, lo cual es muy útil para aquellos pacientes con traqueotomías temporales.

En conclusión, no pretendemos cambiar la filosofía de vida y de trabajo por parte de los

nobles y gallardos médicos venezolanos que día a día deben improvisar para tratar a nuestros enfermos, ofreciéndoles no solo lo mejor de nuestros conocimientos sino lo mejor de nuestro ser, sobre todo en estos tiempos de cambio.

REFERENCIAS

1. De Vita MA, Spierer-Rundback L. Swallowing disorders in patients with prolonged oro tracheal intubation or tracheotomy tubes. *Critical Care Med.* 1990(18);12:1328-1330.
2. Garriga García E, García Colina J, Garriga ME. La endoscopia a través del orificio de traqueostomía en la evaluación de la laringe y la tráquea. *Gac Méd Caracas.* 1999;107(1):56-60.