

**TRAQUEOSTOMÍA EN EL PACIENTE VENTILADO.
ESTUDIO PRELIMINAR.**

Autores:

- * Enf. Odalys González García***
- **Lic. Freddy Rodríguez Borges***
- ***Dr. Pedro A. Alonso Oviedo***
- ****Dr. Ramón García Hernández***

**** Enfermera General.***

*****Licenciado en Enfermería. Diplomado en Cuidados Intensivos de Adultos***

******Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er grado en Geriátria. Diplomado en Cuidados Intensivos de Adultos.***

*******Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Diplomado en Cuidados Intensivos de Adultos***

**Hospital General Docente Leopoldito Martínez
Ave 47 esq 104, San José de las Lajas, La Habana, Cuba
Teléfono: 863535, Ext. 205, 269, 273, 274
86 4303**

Email: urgsanjo@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se identificaron un total de 29 pacientes que requirieron ventilación artificial mecánica en el período estudiado, Octubre 2003 hasta Octubre 2005, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente Leopoldito Martínez, del Municipio San José de las Lajas, provincia La Habana. El IMA complicado y la bronconeumonía bacteriana, fueron las causas que con más frecuencia motivaron el uso de la ventilación artificial mecánica. De los pacientes ventilados, 8 requirieron traqueostomía, predominando en ellos, el grupo etáreo de 60 a 69 años (n=3), seguido del grupo de 32 a 59 años y 70 a 79 años (n=2) respectivamente. El 87.5% de los pacientes traqueostomizados (n=7), era de la raza blanca y hubo un número igual de pacientes femeninos y masculinos (n=4). Se tomó ésta decisión, de manera precoz con 5 de los 8 pacientes que se les realizó traqueostomía, entre el 1ro y el 5to día. Solamente a 3 pacientes se les realizó traqueostomía entre el 6to y el 9no día de ventilación artificial mecánica. El 75% de los pacientes con traqueostomías (n=6) falleció y sólo 2 pacientes (25%), egresaron vivos.

INTRODUCCION

Desde siempre, el sistema asistencial ha estado orientado a las enfermedades. Sin embargo, la tendencia actual es hacer énfasis en la salud y fomentarla.¹⁻⁵

La traqueostomía es un procedimiento realizado por el cirujano general de manera habitual a pacientes críticamente enfermos, hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos⁶, en la que se hace una abertura en la tráquea, introduciendo una cánula en la misma. Esta puede ser transitoria o permanente, manteniendo una técnica aséptica óptima.⁵

En el mundo se venía efectuando la técnica abierta convencional pero, a partir de 1985, se desarrolla la técnica de traqueostomía percutánea, la cual alcanzó gran popularidad en todo el mundo debido a sus costos más bajos, al menor tiempo quirúrgico y a la menor tasa de complicaciones.⁶

OBJETIVOS

GENERAL: Conocer la incidencia de la traqueostomía en pacientes sometidos a ventilación artificial mecánica.

ESPECIFICOS

Identificar los Pacientes por Grupos Etáreos, Sexo y Raza.

Determinar las Causas o Problemas de Salud que motivaron el uso de ventilación artificial mecánica durante el periodo estudiado.

Definir en que día de uso de Ventilación Artificial mecánica fue realizada la traqueostomía.

Identificar la Mortalidad de los Pacientes Ventilados artificialmente y su relación con la traqueostomía.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de carácter retrospectivo, de corte transversal, en la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital General Leopoldito Martínez, de San José de las Lajas, en la provincia La Habana, para conocer los pacientes que requirieron ventilación artificial mecánica, en el período de Octubre del 2003 hasta Octubre del 2005, con el objetivo de obtener la incidencia en la realización de traqueostomía en los mismos. Se tomaron como variables la edad, sexo, raza, causas que provocó la ventilación artificial mecánica, días de realizada la traqueostomía y el estado al egreso. Los datos fueron computarizados y analizados los pacientes, ofreciéndolos en tablas.

RESULTADOS

En nuestra serie de estudio, constatamos, que a un total de 8 pacientes, de aquellos que requirieron ventilación artificial mecánica, se les realizó traqueostomía en un momento dado de su evolución (tabla No. 1).

El grupo etéreo de 60 a 69 años de edad ofreció la mayor incidencia de traqueostomía con 3 pacientes (37.5%), siguiéndolo en orden de frecuencia el grupo comprendido entre las edades de 32 a 59 años y 70 a 79 años, con 2 pacientes respectivamente, con un 25%.

Tabla No. 1. DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS

Grupos etéreos	No de pacientes	%
32 – 59 AÑOS	2	25
60 – 69 AÑOS	3	37.5
70 – 79 AÑOS	2	25
80 O MAS	1	12.5
TOTAL	8	100

Fuente: Archivo UCI

La muestra estuvo conformada por 4 hombres y 4 mujeres, como se muestra en la tabla No.2, y el 87.5% de los pacientes traquestomizados (n=7), fueron de la raza blanca (tabla No. 3).

Tabla No. 2. DISTRIBUCION POR SEXOS

Sexo	No de pacientes	%
Masculino.	4	50
Femenino.	4	50
Total.	8	100.

Fuente: Archivo UCI

Tabla No. 3. DISTRIBUCION POR RAZAS

Raza.	No de pacientes.	%
Blanca	7	87.5
Negra.	1	12.5
Total.	8	100

Fuente: Archivo UCI

Durante el análisis de las causas que motivaron la ventilación artificial mecánica, en el período estudiado, decidimos agruparlas en causas no pulmonares y causas pulmonares, para ello tomamos como muestra 29 pacientes. El IMA complicado, la Enfermedad Cerebro Vascular Hemorrágica, la Enfermedad Cerebro Vascular Isquémica aportaron el grueso de los pacientes ventilados por causas no pulmonares, 7, 6, 4 pacientes respectivamente. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y las bronconeumonías bacterianas fueron las causas que motivó el uso de la ventilación artificial mecánica, tabla No. 4.

Tabla No. 4: CAUSA QUE PROVOCO LA VENTILACION ARTIFICIAL MECANICA

Causas	No de pacientes	%	
No pulmonar	IMA complicado	7	24.1
	ECV hemorrágico	6	20.6
	ECV isquémico	4	13.7
	EAP-Shock cardiogénico	2	6.8
	Paro cardio-respiratorio	1	3.4
	Tromboembolismo pulmonar	1	3.4
	Fallo multiórganos	1	3.4
	Status convulsivo	1	3.4
	Coma hiperosmolar	1	3.4
Pulmonar	EPOC	2	6.8
	Bronconeumonía bacteriana	2	6.8
	Insuficiencia respiratoria aguda	1	3.4
Total	29	100	

Fuente: Archivo UCI

De éstos pacientes ventilados, a 3 de ellos se les realiza la traqueostomía precozmente (37.5%) o sea, antes de las 72 horas; 2 fueron sometidos al proceder, el 5to día de ventilación artificial mecánica, y el resto, 3 pacientes, se les realiza más tardíamente, entre el 6to y 9no día.

Un total de 6 pacientes, (75%), se encontraban fallecidos al egreso, mortalidad que como vemos es elevada, pero se encuentra relacionada con la causa que motivó el uso de ventilación artificial mecánica y no con el proceder.

TABLA No. 5. DIAS DE REALIZADA LA TRAQUEOSTOMIA CON RESPECTO A LA VENTILACION

NO. DE PACIENTES	DIAS DE REALIZADA LA TRAQUEOSTOMIA
2	1ER DIA
1	2DO DIA
2	5TO DIA
2	6TO DIA
1	9NO DIA

Fuente: Archivo UCI

Tabla No. 6 - ESTADO AL EGRESO. MORTALIDAD DE TRAQUEOSTOMIZADOS.

Estado al egreso	No. de pacientes	%
Fallecidos	6	75
vivo	2	25
total	8	100

Fuente: Archivo UCI

DISCUSION

En estudios consultados a propósito de nuestra investigación, se constató que el 65.7% de los pacientes ventilados en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, requirieron traqueostomía,¹ mientras que en nuestra serie, solo el 27.5% de los casos ventilados, se les realizó éste proceder. El número de casos ingresados y ventilados fue muy superior al nuestro.

La traqueostomía como método para facilitar la ventilación artificial mecánica, fue demostrada su eficacia, mayor seguridad, bajo costo, y menores tasas de complicaciones en el estudio (Evaluación de la técnica clásica de traqueostomía) en la Clínica de San Pedro de Claver de Colombia.²

En nuestro estudio, los 8 pacientes traqueostomizados, fueron aquellos que requerían de ventilación artificial mecánica prolongada, no reportamos complicaciones relacionadas con el proceder. De igual manera, (78.3%) de las indicaciones de traqueostomías, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital José Joaquín Aguirre, entre Octubre del 97 hasta del 2002 fue por ventilación artificial mecánica prolongada, pero de éstos casos, 3 presentaron complicaciones (sangramiento e infección), no obstante fue considerada como una técnica segura y confiable.³

Durante los primeros 6 meses del año 2004 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente Calixto García se realizaron 22 traqueostomías. Todas fueron por necesidad de ventilación artificial mecánica prolongada siendo el traumatismo cráneo encefálico, la entidad que con más frecuencia requirió ésta técnica. De los 22 pacientes, 8 fallecieron para un 36.3%⁴, muy inferior a lo encontrado en nuestra investigación para un 75%.

CONCLUSIONES

- 1.- La mayoría de los pacientes del estudio tenían más de 60 años.
- 2.- El sexo masculino y femenino reunieron igual número de pacientes.
- 3.- La raza blanca con 7 pacientes predominó sobre otras razas.
- 4.- El mayor número de pacientes que requirieron ventilación artificial mecánica correspondió a 7 enfermos de IMA complicado en el grupo de causas no pulmonares así como 2 pacientes con EPOC y 2 con bronconeumonía bacteriana en el grupo de causas pulmonares.
- 5.- La mayoría de los pacientes fueron intervenidos con traqueostomía a partir del 5to día de uso de la ventilación artificial mecánica.
- 6.- El 75% de los pacientes atendidos egresaron fallecidos de la UCI.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a todas las Unidades de Cuidados Intensivos, la realización de la traqueostomía de forma precoz, es decir antes de las 72 horas de entubado el paciente, debido a la importancia de éste proceder quirúrgico, para los pacientes que requieren ventilación artificial mecánica, evitando la obstrucción respiratoria superior, la traqueomalasia, para prevenir las broncoaspiraciones tanto gástricas como bucales, en personas inconscientes o paralizadas, al aislar la tráquea del esófago, permitiendo mejorar la ventilación artificial mecánica, la oxigenación del paciente, disminuyendo el espacio muerto.

Se recomienda además la especialización del personal que atiende directamente a éste tipo de paciente, con técnicas más novedosas que son empleadas en países del 1er mundo y que aportan mejores resultado, como lo es la traqueostomía por dilatación percutánea, técnica de mínimo acceso, que beneficia al paciente, evitando el acto quirúrgico, la sedación del paciente para éste proceder y disminuye los costos porque se realiza con menos recursos. Además de continuar con dicho estudio para el bienestar de aquellos pacientes que por cualquier etiología necesitan que se le practique dicha técnica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lim Alonso N, Pardo Núñez A, Ortiz Montoro M, Martínez A, Armesto W. Deshabitación de la ventilación artificial. ¿Cómo la asumimos en nuestra unidad?. Rev Cub Med Int Emerg. 2002;1(1).
2. Álvarez Tamayo A, Rodríguez S. Traqueostomía percutánea por dilatación. Experiencia Institucional. Rev Colomb Cir. 2004;19(2):92-100.
3. Naser GA, Celedón Lavín C, Nazar SR, Llabaca CS. Traqueostomía. Rev. Otorrinolaringol Cir Cabeza cuello. 2000 Dic;62(3):251-4.
4. Gutiérrez Núñez CA, Aguilera González G, Fajardo Pérez M. Traqueostomía Dilatación Percutánea en una UCI. Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3-1-04/mie_02104. Consulta 26 Enero 2006
5. Smeltzer SC, Bare BG. Enfermería Médico quirúrgica. Vol 1. 8ª edición; 1996. p.4;560-2.
6. Fajardo R, Pulido H, Henao F. Traqueostomía percutánea. Rev Colomb Cir. 1999 jun;14(2):76-80.

