

TRABAJO GUILLEN SALAZAR

por Guillen Salazar

Fecha de entrega: 26-ago-2019 04:34p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1163755812

Nombre del archivo: Trabajo_complexivo_Guillen_Salazar26-08-2019.docx (50.79K)

Total de palabras: 5592

Total de caracteres: 32322

INTRODUCCIÓN

La traqueotomía proviene del termino griego que representa abrir la tráquea, debido a que se forma de las palabras traquearteria y cortar, la palabra traqueostomía se utiliza como nombre de técnica quirúrgica que tiene igual etiología y se origina de las palabras traquearteria y estoma o boca. Ramírez en su artículo (Ramírez-Rosillo 2007) nos menciona: “La técnica de la traqueostomía está indicada en cuatro indicaciones básicas; liberar las obstrucciones de la vía aérea superior, asistencia de la respiración durante periodos largos de pacientes con entubación endotraqueal, asistir el manejo de secreciones del aparato respiratorio inferior y a la vez prevenir la aspiración de secreciones gástricas y orales” si bien lo menciona el autor son cuatro pautas básicas en donde debe estar presente el terapeuta respiratorio, tanto para ayudar al especialista que realiza el procedimiento, y el cuidado que dará post procedimiento.

La traqueostomía por dilatación percutánea se introdujo en 1985 por el doctor Ciaglia, que en 1999 mejoró su técnica nombrándola Ciaglia Blue Rhino, esta técnica quirúrgica convencional se ha vuelto la primera elección en pacientes críticos, debido a que presenta una gran ventaja de ser un procedimiento mínimamente invasivo y una gran eficacia al tratar del grado de seguridad, teniendo bajo grado de sangrado y tiempo corto de la realización del procedimiento quirúrgico, brinda una mínima resistencia al flujo aéreo.(Tapia-Pérez et al. 2017)

Los enfermos de estado crítico de las unidades de cuidado intensivo por lo general presentan complicaciones de la vía respiratoria, secundarios al proceso de intubación, debido a la

prolongación del apoyo de la ventilación mecánica, por ende, es frecuente que en las áreas de cuidados intensivos se realice esta técnica de la traqueostomía, con más frecuencia en pacientes posteriores a los 21 días de la intubación endotraqueal. Por lo general este tipo de procedimiento se lo realiza en los quirófanos, pero el traslado de un paciente crítico de la UCI a un quirófano presenta un riesgo extra. (Hernández, Santos, y Huelva, s. f.)

La intervención de la traqueostomía es muy conocida desde hace muchos años atrás, en donde se consigue comunicar el exterior con el lumen traqueal. Fue mencionada desde la antigüedad por Hipócrates en los pergaminos egipcios en donde era una medida que salvaba a las personas de una asfixia. Durante el oscurantismo de la edad media fue condenada el uso de la técnica, pero sin embargo como acorde pasaron los años, volvió a ser utilizada en la práctica médica. En el año 1957 fue descubierta la técnica, pero debido a la falta de preparación, conocimiento del procedimiento, complicaciones y falta de materiales se la llegó a reconocer y ser pública y notoria en el año de 1985 quien el Doctor Caglia y sus colaboradores, descubrieron y aplicaron la técnica percutánea mediante el uso de dilatadores exclusivos, estos pioneros de la técnica por dilatación la realizaban a la cabecera del paciente porque se asegura que es seguro y eficaz, hasta estos años sigue siendo la primera elección en las unidades de cuidados intensivos y las emergencias que si lo realizan.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según la OMS, define la salud como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de la enfermedad. ⁴ La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, existe un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas tanto de la práctica clínica como de los procedimientos, por lo tanto existen un continuo riesgo – salud. («OMS | Seguridad del paciente» s. f.).

Caulier en su estudio menciona que a nivel mundial se realiza la traqueostomía percutánea en un 34% y dentro de su investigación el 65% era el género masculino y el 35% el sexo femenino, y dentro de las edades promedias dentro del grupo que necesitaron de este procedimiento era de 64 a 86 años. («art03.pdf» s. f.)

Dentro del cuidado del paciente, el terapeuta respiratorio cumple un rol muy importante debido a que maneja en primer plano el cuidado de la vía aérea, por lo tanto, es importante que se detecte, identifique las primeras complicaciones más frecuentes que presente el paciente adulto sometido a esta técnica. Se estima que existe un 13% de mortalidad dentro de las complicaciones en hospitales de especialidades, y un 38,5 % en Hospitales de 3er nivel, un aumento significativo de la mortalidad, debido a que no se identifican a tiempo estas complicaciones. Por ello es de suma importancia recapitular este tema al personal de salud y

más que todo al terapeuta respiratorio debido a que maneja el cuidado de la vía aérea, para que se logró identificar a tiempo las complicaciones que se presentan. (Araujo et al. 2018)

Dada la importancia que se debe brindar una atención de la vía aérea del paciente, y la frecuencia de alguna complicación es importante tratar el tema, para poder brindar información y de alguna forma hacerle llegar al equipo de salud y primordialmente al terapeuta respiratorio de cómo identificar estas complicaciones usuales que se presentan en la traqueotomía percutánea, nos motiva más aun realizar este trabajo debido a que se ha presenciado que los días académicos que realizan los hospitales no se habla sobre este procedimiento, sus cuidados, etc. Por lo tanto, no hay ese hábito de recalcar, repasar el manejo, cuidado e identificación de las complicaciones de la traqueotomía percutánea. Debido a todo esto planteado se ha escogido este tema, para una investigación documental, por la omisión de hablar sobre aquello en los días académicos del personal de salud en los hospitales.

Un número considerable de pacientes de cuidados intensivos y de reanimación de los hospitales precisan la asistencia respiratoria con ventilación mecánica durante largos periodos de tiempo, debido a esto se utiliza la traqueotomía percutánea por dilatación realizado a pie de cama como una técnica bien establecida y llegándose a considerar como la primera elección en pacientes críticos.

Es necesario un estudio que indique las formas más rápidas y eficientes de identificar las complicaciones presentadas en pacientes sometidos a esta técnica que se la realiza primordialmente para evitar la estenosis laringotraqueales por prolongación de los días

ventilados por tubo endotraqueal, estos datos nos permitirían disminuir eventualmente estas complicaciones, y se crearía un mejor hábito en el cuidado, identificación, prevención de alguna complicación de estos pacientes. Gálvez González (2009) nos menciona que: “La ² baja tasa de morbilidad de esta técnica es atribuible a que expone menor cantidad de tejido, menor probabilidad de sangrado e infección y a la preservación del anillo cartilaginoso traqueal, lo que junto a la disminución en la movilidad de la cánula se relaciona con la baja frecuencia de estenosis traqueal”. En la realización del trabajo documental, es importante establecer las principales complicaciones que se presentan en los pacientes sometidos a la traqueotomía percutánea, para poder establecer cuáles son las indicaciones necesarias para el reconocimiento oportuno de estas complicaciones y así tener un control y un mejor manejo del cuidado de la vía aérea del paciente, tratando de lograr a largo plazo, que disminuyan estas complicaciones por un diagnóstico a tiempo, brindando de manera oportuna un tratamiento y mejor manejo de estas. A la vez se desea que llegue esta información a los equipos de salud y primordialmente al equipo que dirigen docencia en las unidades médicas, para que este sea un tema de discusión, donde recuerden lo primordial que es evitar estas complicaciones, cuando se identifican a tiempo. Expuestos estos antecedentes se espera que se realicen más investigaciones sobre la mortalidad y morbilidad de los pacientes sometidos a estas técnicas, se realicen estudios de prevención estas complicaciones.

Objetivo General.

Identificar las complicaciones frecuentes en pacientes adultos relacionados con la técnica de traqueostomía percutánea en el área de emergencia y unidad de cuidados críticos.

Objetivos Específicos.

Determinar las complicaciones de la traqueotomía percutánea durante el procedimiento.

Describir las complicaciones de la traqueotomía percutánea después del procedimiento.

Justificación.

El valor de realizar este trabajo documental es para identificar las complicaciones más frecuentes durante y después del procedimiento de la traqueostomía percutánea, tanto en el área de emergencia como la de cuidados intensivos. Este trabajo es de utilidad debido a que refleja la importancia de conocer las complicaciones a tiempo, esta investigación es de tipo documental por lo tanto se fundamenta en las diversas bibliografías analizadas, de manera científica se describen acerca de los cuidados de los individuos sometidos a este procedimiento.

La utilidad de este trabajo es lograr que esta información sea impartida en las unidades médicas en los departamentos de docencia, así que se recuerde la importancia que tiene que sea diagnosticado a tiempo el paciente, si llegara a presentar alguna complicación de la traqueostomía percutánea durante el procedimiento y después del procedimiento, también que se recuerde la importancia del cuidado al paciente, así lograr evitar aumentar el porcentaje de las complicaciones de este procedimiento.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

ANTECEDENTES HISTORICOS

Según (Hernández A., Bergeret V., y Hernández V. 2007) en su trabajo de investigación donde mencionan lo siguiente. En la actualidad existen registros oficiales que datan del año 1500 A.C donde se han encontrado referencias médicas sobre la traqueostomía en el papiro de Ebers, redactado en el antiguo Egipto y el Rig – Veda en la India como un recurso valioso para “salvar de la asfixia”. De igual manera existen relatos históricos en que Alejandro Magno salvó a uno de sus soldados que se ahogaba al haberse tragado un hueso accidentalmente, realizando una incisión en el cuello con la punta de su espada.

En el siglo II D.C. Galeno por primera vez describió la técnica para la correcta ejecución de la traqueostomía. Tiempo después en el siglo V D.C. Coelius Aurelianus importante médico romano de esa época, reconocido por su obra “Soranus de Éfeso” (sobre enfermedades agudas y crónicas) acepta a la traqueostomía y la describe como “operación fantástica” en sus escritos. Asclepiades de Bitina se la ha atribuido ser la primer persona en realizar una traqueostomía electiva, siendo este el primer médico griego en efectuar la técnica sin complicaciones (Carlos Romero et al. 2009)

Durante los años de 1546 hasta 1833 Buassorolo describe el procedimiento de la traqueostomía como inadecuado y debido a la complejidad pocos se atreverían a hacerlo. Durante esas fechas Armand Trousseau reporta más de 200 casos de difteria a los cuales se les realizó la traqueostomía. De esta forma se lograron obtener resultados favorables

que ayuden en patologías específicas como la obstrucción respiratoria y asfixia (Martín, Sánchez, y Chailán 2013)

En 1952 con la epidemia de poliomielitis que atacó a Europa se describe la primera intubación con aplicación de ventilación a presión positiva, determinándose a su vez el nacimiento por primera vez el área de cuidados intensivos (UCI). Casi a la par en 1953 Seldinger establece las bases de lo que será el mayor avance de los procedimientos de acceso percutáneos.(Yolanda Smith, B.Pharm 2011)

Entre tanto, los años siguientes la traqueostomía llegó a ser una técnica muy temida por los profesionales de la salud, debido a las complicaciones graves que acarreaban llegando incluso hasta ser mortales, los médicos de esa época tenían muy pocas expectativas de acuerdo a la ejecución de la técnica, debido a esto los pacientes solían permanecer en asistencia ventilatoria mecánica por largos periodos de tiempos, algunas veces hasta meses, Aquella época era muy común ver casos de procesos inflamatorios obstructivos o neoplásicos, provocando oclusión de la vías respiratorias siendo la traqueostomía un medio para salvar a dichas personas (Añón et al. 2014a)

La técnica de la traqueostomía percutánea por dilatación es desarrollada por primera vez por (Ciaglia, Firsching, y Syniec 1985) en los años de 1985, dando paso a una época moderna y llena de aceptación para la traqueostomía, dicha técnica innovadora usa el principio de Seldinger que utiliza el implemento de varios dilatadores progresivos haciéndose paso hasta llegar a la luz traqueal (Gálvez González 2009b)

En 1909 Chevalier Jackson en su trabajo redacta el instrumental requerido para la traqueostomía e implanta indicaciones específicas para la correcta realización de la técnica,

siendo estas de gran ayuda debido a que hubo una disminución favorable en las complicaciones asociadas al procedimiento causando gran impacto en la comunidad en la comunidad médica. Existen reportes de la segunda guerra mundial en el cual se habían encontrado a varios soldados japoneses un dispositivo curvo metálico en su kit médico, el cual era utilizado para la realización de un traqueostomía percutánea de emergencia («Traqueotomía-a Percutánea» 2011)

Según (Quitral C et al. 2015) mencionan que durante el año de 1998 ocurre una modificación a la técnica de Ciaglia, en cual se reemplaza totalmente el uso varios dilatadores múltiples por uno solo, bautizándola con el nombre de “Ciaglia Blue Rhino”. Esta mejora de la técnica original de Ciaglia demostró ser más efectiva que técnicas anteriores debido a que el estoma del paciente no sufría más alteraciones debido a más dilatadores siendo de gran beneficio para el paciente y su pronta recuperación

MARCO REFERENCIAL

Actualmente durante los intentos de manejo y control de la vía aérea en pacientes que acudan a emergencias es muy común presenciar tres de los posibles escenarios descritos a continuación: El primero sería en el que la vía aérea se puede manejar sin ninguna complicación, el segundo resulta menos común debido a que el paciente no se lo pueda ventilar con máscara, pero este se lo logre intubar y el tercero es la unión de los dos anteriores, en la que el paciente no se puede intubar y mucho menos lograr una adecuada ventilación, el cual es un verdadero problema, entrando de manera favorable la traqueostomía de emergencia (Medina-Ramírez et al. 2017)

Según (Muñoz 2017) en su trabajo investigativo recalca que el adecuado manejo de la vía aérea es un factor determinante en pacientes que acuden al área de emergencia como también los que están en las unidades de cuidado crítico, de tal manera ante esta problemática surge como solución la traqueostomía, dicho procedimiento consiste en crear una apertura en la tráquea, colocando una cánula, esta técnica ayudara a la comunicación con exterior con el fin de restaurar la oxigenación y mejorar la función respiratoria.

El término vía aérea difícil se lo puede definir como una situación clínica o reto en que el personal médico calificado cursa por dificultades para la ventilación con mascarilla o a su vez la intubación oro traqueal, llegando hasta el día de hoy ser un reto muy difícil para el profesional de la salud que trabaja con pacientes críticos y en las emergencias. En el diario vivir nos podemos encontrar ³ con la lamentable situación del paciente que no se lo puede ventilar, inclusive utilizando todos los dispositivos supraglóticos a nuestro alcance, siendo la traqueostomía una opción favorable para el paciente, de este modo conseguimos una vía aérea de rápido acceso, al mismo tiempo que se logra una adecuada ventilación para el paciente. (Málaga Gil et al. 2005)

El acceso quirúrgico de la vía aérea solo se debe realizar cuando las técnicas no invasivas no han podido lograr un efecto positivo hacia el paciente, de tal modo que requiera de un procedimiento de emergencia como lo es la traqueostomía. El acceso quirúrgico de la vía aérea ya sea una traqueostomía o cricotirotomía solo debe realizarse cuando las técnicas no invasivas no son aplicables. La ejecución de la técnica debe realizarse por un médico capacitado y un personal calificado que asista en dicho procedimiento, en casi todos los casos la obstrucción de las vías aéreas en un detonante que pone la vida del paciente en una

situación crítica, la principal prioridad es lograr una adecuada ventilación, de este modo evitamos secuelas neurológicas o en casos peores la muerte del paciente (Leyva 2015)

La ventilación mecánica prolongada es un factor de alto riesgo para infecciones intrahospitalarias, dicho riesgo disminuye considerable al realizar de forma efectiva y precisa la traqueostomía, a su vez facilita la extracción de las secreciones que se depositan en la vía aérea. Actualmente muchos países han elegido a la traqueostomía percutánea como primera elección, implementándola como protocolo en sus hospitales y en sus unidades de cuidados críticos. (Tobón y Hernandez 2012)

Cuando la traqueostomía es temporal, la cánula se deberá retirar por completo dando paso a la etapa de curación del estoma dejando una pequeña cicatriz en el sitio de la incisión, en algunos casos puede ser de ayuda un procedimiento quirúrgico para acelerar el cierre del estoma.(Herrera 2014)

En la actualidad la traqueostomía percutánea por dilatación ha recibido buena acogida al ser una técnica que brinda grandes ventajas, al ser un procedimiento mínimamente invasivo y que aporta un alto margen de seguridad para el paciente, siendo una técnica de rápida ejecución, de fácil aprendizaje y de no requerir traslados al quirófano disminuyendo considerablemente la morbilidad por traslados e infecciones intrahospitalarias.(Calvache et al. 2013)

Según (Tapia-Pérez et al. 2014a) da pautas e indicaciones en lo que respecta al procedimiento correcto de la traqueostomía percutánea en las cuales resaltan la ventilación mecánica prolongada, pacientes que posean lesiones neurológicas persistentes o permanentes, pacientes con procesos de oclusión de la vía aérea. Todo procedimiento quirúrgico puede

presentar complicaciones y la traqueostomía no se salva de eso, existen varias contraindicaciones, limitaciones, riesgos y complicaciones que serán descritas a lo largo de este trabajo investigativo

Hoy, tras largos años de discusión están bien reflejado en la literatura, la seguridad y fiabilidad de la traqueostomía percutánea, la cual la podemos describir como un conjunto de técnicas y procedimientos manuales, instrumentales y ópticos con el fin de lograr una vía aérea permeable, facilitando al personal médico la ventilación mecánica prolongada del paciente de esta manera evitando complicaciones y una pronta recuperación. (Márquez et al. 2012)

INDICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMIA

La traqueotomía percutánea es un procedimiento común, que se realiza para evitar las consecuencias de la ventilación mecánica prolongada ayudando de modo, en el destete del paciente al ventilador, como principal objetivo que debemos tener en cuenta es el de obtener una vía aérea de fácil acceso y segura, liberándola de obstrucciones y secreciones. (Milanés Pérez Rosa y Alcalá Cerra Liliana 2012)

Las indicaciones de la traqueostomía percutánea son las siguientes

- Pacientes que han estado sometidos a periodos largos de ventilación mecánica
- Protección, permeabilización y una fácil entrada a la vía aérea, facilitando la aspiración de secreciones
- Enfisema subcutáneo

- Fracturas faciales y de mandíbula que puedan ocasionar una amenaza para la vía aérea superior
- Pacientes que han fracasado en la extubación y que se necesita de una vía aérea urgente
- Disminución del espacio muerto pulmonar para favorecer el destete ventilatorio
- Traumatismos cervicales o traumas laríngeos
- Pacientes con anomalías congénitas o causadas por obstrucción de cuerpos extraños.

(Hernández, Santos, y Huelva, s. f.)

Fundamentación teórica

Complicación: Agudización de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología en específico.

Ciaglia Blue Rhino: Es una variación de la técnica original de Ciaglia en el cual solo se utiliza 1 dilatador para la realización de la traqueostomía.

Emergencia: Situación crítica de peligro inminente que afecta la vida del paciente y requiere de actuación especial rápida.

Granuloma: Masa anormal formada por la aglomeración de células inmunes debido a que el sistema inmunológico busca aislar un elemento extraño que no puede eliminar.

Hemorragia: Pérdida masiva de sangre de vasos sanguíneos dañados, puede ser de origen interno o externo, provocada por una lesión, por complicaciones quirúrgicas o enfermedades crónicas.

Percutánea: El paso a través de la piel por la ayuda de un medio físico.

Peri-operatoria: Es el tiempo que transcurre durante el momento de la intervención quirúrgica del paciente.

Post-operatoria: Es el periodo de tiempo que transcurre después de la intervención quirúrgica del paciente

Seldinger: Es una técnica utilizada para la cateterización percutáneo de los vasos sanguíneos

Traqueostomía: Procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo, en el cual se crea una abertura en la tráquea a través del cuello para colocar un tubo con el fin de mantener una vía aérea permeable.

Tráquea: Conducto respiratorio de los vertebrados, formado por anillos cartilagosos y membranoso que va desde la laringe hasta llegar a los bronquios.

Urgencia: Situación en la que se precisa de atención inmediata y sin demoras.

Unidad de Cuidados Intensivos: Instalación especial del área hospitalaria donde ingresan pacientes críticos que requieren de vigilancia y una atención específica continua.

Ventilación mecánica: Es una estrategia terapéutica de soporte vital en la que se emplea un aparato mecánico para asistir totalmente o parcialmente la función respiratoria.

Vía aérea: Sector superior del sistema respiratorio.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

La presente investigación es de tipo documental, analítica. Para el resultado, fue necesario recurrir a diferentes fuentes bibliográficas, portales médicos, revistas médicas (Scielo, The New England Journal of Medicine, Westont Science, Latindex, Scopus) libros, documentos de sitios webs, tesis realizadas entre otros centros de información. La estructura de este proyecto se basa en las normas APA 2017 6ta Edición, utilizando el gestor bibliográfico Zotero 5.0. Se reitera en el tema que se trató, existía muy poca información tanto teórica como de estadística realizados en la última década, por lo cual se utilizó bibliografías con intervalos más de 10 años.

Se realizó la investigación de varios estudios del tema, de diferentes países, se analizaron 1 a 1 las diferentes variables empleadas en las investigaciones para obtener nuestras propias conclusiones y así poder tener un análisis que sea detallado con los enfoques teóricos, sus antecedentes de cada investigación realizada. Además, se aclara que los métodos de investigación usados en el presente trabajo son los analíticos, inductivos y deductivos, defendiendo así el sustento al momento de detallar la problematización y el tema en general.

Métodos y Técnicas.

Son los que nos permiten conseguir nuevos conocimientos.

Método Inductivo. – Se logró el análisis de todas y cada una de ideas que fueron planteadas por cada investigador, hasta que se obtuvo los resultados previstos, manejando tanto la observación como los registros estudiados en el tema investigativo.

Método Deductivo. – Se utilizó en este estudio en su realización para que el cual pase de un hecho general al particular, donde se defienden las conclusiones sobre el tema tratado.

CAPITULO IV

DESARROLLO DEL TEMA

Este trabajo, se basa en identificar las complicaciones que frecuentemente se generan en los pacientes que han sido sometidos a la técnica de la traqueotomía percutánea en UCI o emergencias, mediante revisión de algunas bibliografías ya mencionadas anteriormente. Podemos decir que la traqueotomía percutánea es un procedimiento con técnicas similares, pero no iguales a la de una traqueostomía, esta técnica es invasiva y ha sido la primera opción en todos aquellos pacientes que están sometidos a ventilación mecánica prolongada o permanente, esta técnica facilita este procedimiento en pacientes críticos. Hasta el momento no se evidencian una gran cantidad de investigaciones o reportes sobre cómo identificar las complicaciones de este procedimiento, siendo de tan importancia este tema, se ha tenido que analizar solo las investigaciones encontradas, encontrando la efectividad del cuidado de la vía aérea.

Consiste de una técnica de acceso a la traqueal de una manera más fácil, ¹ en la que utilizando el método Seldinger para la canulación vascular, se mete una guía de alambre flexible entre el cartilago cricoides y el primer cartilago traqueal, o entre el primer y segundo cartilago traqueal, a través de una aguja introducida de forma percutánea con ayuda de una pequeña incisión de 1-2 cm a este nivel. “La abertura creada se dilata de forma progresiva a través de la guía de alambre formando un agujero del tamaño necesario para acomodar una cánula de traqueostomía. Existen varias técnicas para efectuar la traqueostomia percutánea,

dependiendo del instrumento que usemos para dilatar la abertura creada''(Gálvez, 2009a). Las técnicas más usadas en la unidad de cuidados intensivos es el procedimiento de Ciaglia, que maneja un dilatador cónico y el procedimiento de Griggs, en la que la dilatación se logra con una pinza creada por Griggs, nombrada como fórceps dilatador guiado por alambre.

Dentro de los indicadores para la realización de este procedimiento también se menciona que se da por obstrucción de la vía aérea debido a una anafilaxia, con su edema supra glótico el cual evita la entrada de aire, siendo necesario aplicar esta técnica para que el aire llegue a los pulmones, las bibliografías nos muestran que la traqueostomía percutánea se la realiza mayormente en las emergencias cuando se da un caso de obstrucción de la vía aérea. La investigación de Deitmer y Fagan (2017) nos menciona en cambio que: ''La traqueostomía percutánea no debe utilizarse ante emergencias de las vías respiratorias, se debería disponer de un fibroscopio flexible o rígido, (...). En estos casos, el acceso de emergencia a la tráquea debe ser alcanzado mediante cricotiroidotomía, (...). La traqueotomía percutánea es realizada por los médicos de la UCI'' (p 1). Por lo cual es imposible en muchas unidades médicas realizar este procedimiento en las salas de emergencia, tanto por la falta de experiencia del personal médico y la falta de instrumentación como un fibroscopio.

Flores en su artículo (Alejandro Flores, s. f.) nos menciona que es importante el trabajo del terapeuta respiratorio mientras se realiza el procedimiento de la traqueostomía percutánea debido a que permite mantener una ventilación mecánica continua, ayuda con el desplazamiento del tubo en caso de necesidad (según indicación del equipo de anestesiólogos

que realiza la técnica) logrando disminuir los riesgos asociados a desconexiones, pérdida de vía aérea, punción o rotura de cuff. También nos menciona que la técnica de la TQT debe ser realizada por profesionales especialistas en Anestesiología y Reanimación, con la adecuada y continua capacitación, dentro de un entorno orientado a la seguridad. Se considera a esta técnica rápida, segura y que no presenta diferencias en morbilidad y mortalidad con respecto a otros profesionales de la salud que la realizan en la actualidad.

La técnica actual de ³ traqueostomía percutánea pueden ser una opción en el manejo de la vía aérea difícil en situación de emergencia, brindando ventajas al realizar la ³ traqueostomía quirúrgica, cuando son realizadas por médicos con experiencia y en casos seleccionados, esto es anatómicamente favorables. Es de vital importancia que el personal de emergencia y de la unidad de cuidados intensivos deban tener diferentes cursos y ser habilidoso, formativos de cuidado al individuo crítico, donde se incluya la traqueostomía percutánea. (J. Málaga, García, y Quintero, s. f.)

CAPIPULO 5

CONCLUSIONES

- Se concluye que en base a la revisión bibliográfica la técnica Seldinger es la más utilizada en el momento de realizar una traqueostomía percutánea, y esto es debido a la alta incidencia de pacientes críticos con ventilación mecánica prolongada por lo tanto este procedimiento se lo utiliza con más frecuencia en las unidades de cuidado intensivo.
- La traqueostomía percutánea por dilatación hoy en día es un procedimiento seguro, rápido y eficaz que ayuda de manera potencial el destete ventilatorio del paciente acortando su tiempo hospitalario y reinsertándolo de nuevo a la sociedad.
- La hemorragia es un detonante que puede agravar la situación al momento de realizar una traqueostomía de emergencia o programada, el manejo adecuado de la situación puede hacer la diferencia en la vida del paciente
- En la actualidad la traqueostomía ha evolucionado a pasos agigantados tanto así que es posible realizarla desde la cama propia del paciente evitando el uso de quirófanos

y el posible contagio de infecciones intrahospitalarias mientras se lleva al paciente a área de procedimientos

- Por lo general todo procedimiento quirúrgico presenta desafíos durante o después de la cirugía, dichas complicaciones aumentan en gran medida cuando se las realiza como un procedimiento de emergencia.
- La aspiración de secreciones y el cuidado del estoma es un factor importante en la prevención de infecciones hospitalarias que puedan agravar el estado crítico del paciente prolongando la estancia hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alejandro Flores. s. f. «Traqueostomía percutánea por anestesiólogo», 9.
- Añón, J. M., J. B. Araujo, M. P. Escuela, y E. González-Higueras. 2014a. «Traqueotomía percutánea en el paciente ventilado». *Medicina Intensiva* 38 (3): 181-93. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.11.012>.
- . 2014b. «Traqueotomía percutánea en el paciente ventilado». *Medicina Intensiva* 38 (3): 181-93. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.11.012>.
- Araujo, J. B., J. M. Añón, A. García de Lorenzo, A. M. García-Fernandez, M. Esparcia, J. Adán, S. Relanzon, D. Quiles, V. de Paz, y A. Molina. 2018. «Complicaciones tardías de la traqueotomía percutánea con la modalidad de dilatación con balón». *Medicina Intensiva* 42 (3): 151-58. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.05.005>.
- «art03.pdf». s. f. Accedido 9 de agosto de 2019. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v75n1/art03.pdf>.
- Bonilla-Centes, Ana-Silvia, Jorge-Luis Ranero-Meneses, y Erick Méndez-Escobar. 2017. «Traqueostomía Percutánea por Dilatación sin Broncoscopía. Experiencia en la Unidad de Terapia» 23: 5.
- Calvache, José Andrés, Rodrigo A. Molina García, Adolfo L. Trochez, Federico Benitez, y Lucía Arroyo. 2013. «Traqueostomía percutánea por dilatación sin fibrobroncoscopio. Evaluación de 80 casos en cuidados intensivos». *Revista Colombiana de Anestesiología* 41 (3): 184-89. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2012.05.016>.
- Carlos Romero, P, R Rodrigo Cornejo, A Eduardo Tobar, Osvaldo Pablo Llanos V., Ricardo, Gálvez A, María Angélica Espinosa N., y Mauricio Ruiz C.(. 2009. «Traqueostomía en el paciente crítico», 12.
- Ciaglia, P., R. Firsching, y C. Syniec. 1985. «Elective Percutaneous Dilatational Tracheostomy. A New Simple Bedside Procedure; Preliminary Report». *Chest* 87 (6): 715-19. <https://doi.org/10.1378/chest.87.6.715>.
- Deitmer, T, y J Fagan. 2017. «Técnica de traqueotomía percutánea», 13.
- Durbin, Charles G. 2005. «Early complications of tracheostomy.» *Respiratory care* 50 (4): 511-15.

- Gálvez González, M. A. 2009a. «Procedimiento de traqueostomía percutánea: control y seguimiento de enfermería». *Enfermería Intensiva* 20 (2): 69-75. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-procedimiento-traqueostomia-percutanea-control-seguimiento-13138305>.
- . 2009b. «Procedimiento de traqueostomía percutánea: control y seguimiento de enfermería». *Enfermería Intensiva* 20 (2): 69-75.
- González, M A Gálvez. 2008. «Procedimiento de traqueostomía percutánea: control y seguimiento de enfermería», 7.
- Hernández A., Carlos, Juan Pedro Bergeret V., y Marcela Hernández V. 2007. «Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica». *Cuadernos de Cirugía* 21 (1): 92-98. <https://doi.org/10.4206/cuad.cir.2007.v21n1-13>.
- Hernández, C G Pantoja, M E Mora Santos, y A Blasco Huelva. s. f. «TRAQUEOTOMÍA: INDICACIONES, TÉCNICA Y COMPLICACIONES. INTUBACIÓN», 14.
- . s. f. «TRAQUEOTOMÍA: INDICACIONES, TÉCNICA Y COMPLICACIONES. INTUBACIÓN», 14.
- Herrera, Ana Martínez. 2014. «Alumno: Jesús Javier Ollero Aguayo». *Ciencias de la Salud*, 33.
- Ivan DOMÉNECH JUAN. 2005. «Traqueotomía percutánea según el método de Griggs. Estudio de la técnica, como acceso instrumental de la vía aérea en pacientes UCI, sometidos a ventilación mecánica». Doctoral, España - Barcelona: Facultat de Medicina Departament de Cirurgia i Especialitats Quirúrgiques. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1225/IDJ_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- J. Málaga, R Galván, C Martín García, y M L Mora Quintero. s. f. «Traqueostomía percutánea de emergencia en un paciente politraumatizado», 3.
- Leyva, Felipe Muñoz. 2015. «Cricotiroidotomía de Emergencia y Ventilación Transtraqueal Percutánea». *Universitas Medica* 56 (1): 91-103.
- Málaga Gil, J, R Galván García, J.F. Fernández Rodríguez, C Martín García, Jerusalen Villegas del Ojo, y M.L. Mora Quintero. 2005. «Traqueostomía percutánea de emergencia en un paciente politraumatizado». *Emergencias: Revista de la Sociedad*

Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, ISSN 1137-6821, Vol. 17, Nº. 6, 2005, pags. 274-276, enero.

- Márquez, Eymard Emanuel Morales, Ulises Santos Aguilar, Juan Gabriel Gómez Calzada, Jorge Josafat Ortiz Enríquez, y Gustavo Martínez Mier. 2012. «Experiencia inicial de traqueostomía percutánea en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz» 2 (1): 6.
- Martín, Giannina Schlegel San, Luis Olivares Sánchez, y Pía Molina Chailán. 2013. «Traqueostomías Percutáneas en UCI: Implicancias en el equipo de enfermería», 6.
- Maya, Rosymar, y Mariangel Herize Padilla. 2017. «Indicaciones y complicaciones de traqueostomía en pacientes adultos. Servicio de otorrinolaringología. Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”». *Boletín Médico de Postgrado* 33 (1): 28-36.
- Medina-Ramírez, Santiago, Juan Camilo Posada-Upegui, Lina María Hoyos-Fajardo, y Diomer Avendaño-Quintero. 2017. «Realización de cricotiroidotomía percutánea por dilatación de manera profiláctica, previa a traqueostomía quirúrgica: reporte de un caso». *Revista Colombiana de Anestesiología* 45 (enero): 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2016.02.014>.
- Milanés Pérez Rosa, y Alcalá Cerra Liliana. 2012. «TRAQUEOTOMÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CIENCIAS BIOMÉDICAS». *encolombia.com* (blog). 12 de diciembre de 2012. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/biomedicas/vol-bio11/traqueotomiaencuidadosintensivos/>.
- Muñoz, Carlos Alberto Estevez. 2017. «TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PREVIO A OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL», 79.
- «OMS | Seguridad del paciente». s.f. WHO. Accedido 9 de agosto de 2019. http://www.who.int/topics/patient_safety/es/.
- Patiño-Salazar HM, Torres-Alarcon CG, Morales-Pogoda II, y Sandoval de la Cruz R. 2017. «Morbilidad y mortalidad de la traqueostomía percutánea en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central Militar». *Rev Sanid Milit Mex*, 10.
- Quitral C, Ricardo, Carolina Caulier F, Pilar Rubio V, y Carlos Aguayo Z. 2015. «Traqueostomía percutánea con técnica Ciaglia Blue Rhino: Experiencia en Hospital

Clínico FUSAT de Rancagua». *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello* 75 (1): 13-20. <https://doi.org/10.4067/S0718-48162015000100003>.

Ramírez-Rosillo, Francisco. 2007a. «Traqueostomía percutánea. Cinco años de experiencia en una Unidad de Terapia Intensiva General» 20: 6.

———. 2007b. «Traqueostomía percutánea. Cinco años de experiencia en una Unidad de Terapia Intensiva General» 20: 6.

Ricardo Quitral C, Carolina Caulier F, Pilar Rubio V, y Carlos Aguayo Z. 2015. «Traqueostomía percutánea con técnica Ciaglia Blue Rhino. Experiencia en Hospital Clínico FUSAT de Rancagua», 8.

Tapia-Pérez, Rafael, Miguel Barreda-De La Cruz, Pedro Alcázar-Zuzunaga, Luis Fajardo-Karlo, Fabricio Oporto-Gonzales, y Yvan Pérez-Vargas. 2017. «Traqueostomía percutánea por dilatación sin fibrobroncoscopio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa 2011-2014». *Acta Médica Peruana* 34 (1): 27-32. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172017000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

Tapia-Pérez, Rafael, Miguel Barreda-De La Cruz, Pedro Alcázar-Zuzunaga, Luis Fajardo-Karlo, Fabricio Oporto-Gonzales, y Yvan Pérez-Vargas. 2014a. «Traqueostomía percutánea por dilatación sin fibrobroncoscopio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa 2011-2014», 6.

———. 2014b. «Traqueostomía percutánea por dilatación sin fibrobroncoscopio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa 2011-2014», 6.

Tobón, Hector Fabio Castaño, y Hernando Garcia Hernandez. 2012. «TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA GUIADA POR FIBROBRONCOSCOPÍA EN PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS DE LA CIUDAD DE PEREIRA SERIE DE CASOS», 69.

«TRAQUEOSTOMIA TEMPRANA EN LA EVOLUCION DEL PACIENTE CRITICO. - PDF». s.f. Accedido 6 de agosto de 2019. <https://docplayer.es/85129593-Traqueostomia-temprana-en-la-evolucion-del-paciente-critico.html>.

«Traqueotomía Percutánea». 2011. AnestesiaR. 17 de noviembre de 2011.
<https://anestesiario.org/2011/traqueotomia-percutanea-en-reanimacion-i-historia-indicaciones-complicaciones/>.

Yolanda Smith, B.Pharm. 2011. «Historia de La Traqueotomía». News-Medical.Net. 15 de marzo de 2011. [https://www.news-medical.net/health/Tracheotomy-History-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Tracheotomy-History-(Spanish).aspx).

TRABAJO GUILLEN SALAZAR

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE
INTERNET

4%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Escuela de Enfermeria - Pontificia
Universidad Catolica de Chile

Trabajo del estudiante

2%

2

repository.unimilitar.edu.co

Fuente de Internet

1%

3

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

4

www.maestroloo.com

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 40 words

Excluir bibliografía

Activo