

# TERCERA REVISION DE COMPLEXIVO

*por* Andrea/ Tatiana Narea / Salinas

---

**Fecha de entrega:** 24-ago-2019 04:51p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1163017488

**Nombre del archivo:** TERCERA\_REVISION.docx (598.39K)

**Total de palabras:** 5922

**Total de caracteres:** 31773

## INTRODUCCIÓN

La traqueostomía es una técnica que efectúa en pacientes que se hayan sometido a una intubación endotraqueal, estudios revisados defienden que el principal criterio para decidir la extubación y la colocación de traqueostomía es la predicción de necesidad de ventilación mecánica prolongada.

Trousseau en 1833 presenta 200 casos de traqueotomías, postulándose como la primera persona en recomendarla para el cáncer de laringe. Krishaber creó en 1850 la cánula que se conoce hasta la actualidad, cambiando únicamente los materiales de elaboración y se adiciono un balón inflable para asegurar su posición. (Cirujano de torax, 2017)

A nivel mundial (Cauler, 2015) nos muestra en un estudio que la realización de la traqueostomía tiene un porcentaje de 34%, siendo el sexo masculino el que ha presentado más incidencia con un 65%, mientras el sexo femenino con un 35%.

En Argentina el Hospital de Pediatría Garrahan, creó una guía para padres, familiares y cuidadores, donde explican los procedimientos y pasos que se debe realizar a los niños con traqueostomía domiciliaria con la finalidad de reducir ingresos por complicaciones (Garrahan H. d., 2017)

Existe una patología llamada Miasis considerada como una contaminación causada por huevos o larvas, llamados moscas, relacionan con el ser humano donde colocan los huevos a nivel dérmico, después de seis semanas logran su estadio de pupa y producen sintomatología local. Puede llegar a afectar la piel, intestino, mucosa, aparato genitourinario, cerebro y pulmón. (Ana Ramirez, 2015)

Las con complicaciones frecuentes encontradas en la traqueostomía son las siguientes la broncoaspiración, estenosis de la traqueostomía, granuloma periestomal, tapón mucoso, decanulación.

En Ecuador no existe un protocolo que pueda ser adquirido para el beneficio en el manejo de aquellos paciente, existe una estrategia de abordaje médico del barrio, mediante el plan toda una vida con enfoque de promoción y prevención de enfermedades, como una herramienta para que la ciudadanía pueda acceder a los servicios de salud, con énfasis a los grupos prioritarios y vulnerables de la comunidad (Ortiz, 2019) Sin embargo no se

tiene establecido que un seguimiento en el tipo de pacientes traqueostomizados esté basado en una guía específica.

La investigación da a conocer que a nivel mundial la traqueostomía es un procedimiento invasivo que genera mucha ansiedad y desesperación, pues el paciente no sabe si podrá realizar bien sus funciones principales, como deglutir sus alimentos y respirar.

Hemos podido observar que, en aquellos pacientes que tienen esta vía para respirar, es de vital importancia la educación de la persona principal que, generalmente es un familiar quien estará a cargo de ejecutar los procedimientos necesarios para mantener estable al paciente.

Expresar seguridad y transmitirla al paciente es muy importante ya que, la manipulación con el estoma al desarrollar las atenciones causa dolor y momentos de mucha ansiedad. El paciente traqueotomizado debe tener estrictos cuidados en su hogar pues de esto evitara posibles Complicaciones como, desplazamiento parcial o total de la cánula interna, broncoaspiración al momento de deglutir o ingerir líquidos, y problemas del estoma.

Vale la pena recalcar que, en nuestra investigación, ya que hemos revisado muchas fuentes bibliográficas y no obtuvimos información acerca de que exista la miasis como complicación del sitio de traqueostomía sin embargo encontramos un paciente cuyo manejo ambulatorio de un traqueostomo presento como complicación una miasis y esto forma parte de nuestro estudio investigativo. Además, recalcamos que no existe un manual o guía de cuidados para pacientes con traqueostomía domiciliaria en nuestro país.

Para el estudio de este caso se utilizaron distintos métodos de investigación como la hermenéutica, analítica, descriptiva, cualitativa y explicativa. Con estos métodos pudimos observar, analizar y estudiar, con la finalidad de conocer, comprender y aportar en el caso.

Estudio multicéntrico longitudinal de 2 años que implica 22 hospitales españoles que incluye a 249 niños entre 1 día y 18 años al inicio del estudio que recibieron traqueotomía. Las complicaciones se presentaron en 46,9% (Marcos, 2014)

Por tal motivo, la existencia de normas o guías de cuidados para pacientes con traqueostomía domiciliaria es de vital importancia recordando que muchas veces la

persona quien está a cargo de los cuidados de los pacientes después de abandonar un ambiente hospitalario, es generalmente un familiar, por motivos económicos comúnmente no existe la posibilidad de contratar una persona especializada, adjunto a esto otros factores como la distancia de sus viviendas, etc.

## CAPÍTULO 1

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los otorrinolaringólogos defienden realizar el procedimiento de traqueostomía de forma temprana para evitar la injuria de las estructuras orofaríngeas y laríngeas, pero la alta tasa de reintubación hace que muchos profesionales aconsejan esperar entre 7-10 días antes de ser realizada. Todos los estudios revisados protegen que el principal criterio para decidir la extubación y la colocación de traqueostomía es la predicción de necesidad de ventilación mecánica prolongada.

A nivel mundial (Cauler, 2015) nos muestra en un estudio que la realización de las traqueostomías tiene un porcentaje de 34%, siendo el sexo masculino el que ha presentado más incidencia con un 65%, mientras el sexo femenino con un 35%.

En Argentina el Hospital de Pediatría Garrahan, creó una guía para padres, familiares y cuidadores, donde explican los procedimientos y pasos que se debe realizar a los niños con traqueostomía domiciliaria con la finalidad de reducir ingresos por complicaciones (Garrahan H. d., 2017)

En Ecuador no existe un protocolo que pueda ser adquirido para el beneficio en el manejo de aquellos pacientes, consideramos este el principal problema que lleva al paciente a diferentes complicaciones domiciliarias, ya que una vez abandonada el área hospitalaria el paciente pasa a ser cargo generalmente de un familiar, quien será la persona encargada de realizar todo los procedimientos y técnicas necesarias para mantener a su paciente estable en la comodidad de su hogar.

Pero existe una estrategia de abordaje médico del barrio, mediante el plan toda una vida con enfoque de promoción y prevención de enfermedades, como una herramienta para que la ciudadanía pueda acceder a los servicios de salud, con énfasis a los grupos prioritarios y vulnerables de la comunidad (Ortiz, 2019) Sin embargo no se tiene establecido que un seguimiento en el tipo de pacientes traqueostomizados esté basado en una guía específica.

Las complicaciones de los pacientes portadores de cánula traqueal que son manejados a nivel domiciliario, es un problema serio que se ha venido ignorando desde hace muchos años atrás, y creemos que quizás sea por la falta de información. Se cree que en las casas de salud no están haciendo un seguimiento a los pacientes que tienen traqueostomía y por este motivo existen múltiples complicaciones domiciliarias.

Por esta razón hemos seleccionado este tema para indagar, puesto que en nuestras experiencias hospitalarias presenciamos diferentes casos de complicaciones en pacientes que llevaban traqueostomía, y que se manejaron domiciliariamente con el fin de conocer a profundidad cuales fueron las causas que provocaron la complicación y uno de esos casos se trató de miasis.

### **Objetivo general**

Determinar las complicaciones sobre el manejo domiciliario de pacientes con traqueotomía.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las complicaciones más frecuentes a las que se enfrentan estos pacientes.
- Conocer los componentes de riesgo a los que se encuentran expuestos.
- Presentar recomendaciones para el manejo de la terapia respiratoria en el domicilio.
- Orientar sobre el cuidado domiciliario del paciente con traqueotomía.

## **JUSTIFICACION**

Este trabajo de investigación se lleva a cabo con la finalidad de brindar un beneficio a los pacientes que se ven perjudicados por el mal manejo domiciliario que están recibiendo por parte de sus familiares,

La investigación se justifica en que se desconoce de un protocolo para el manejo domiciliario de pacientes portadores de cánula traqueal por esta razón nuestro propósito es dar a conocer las múltiples complicaciones que se van a suscitar por el mal cuidado que se está llevando.

Sobre todo, brindar el conocimiento necesario a los familiares acerca de las indicaciones y normativas a seguir para optimizar la seguridad y el bienestar de los pacientes que son sometidos a este procedimiento y que deben llevar un manejo domiciliario adecuado. Con la finalidad de permitirles una rápida recuperación y disminuir el riesgo a presentar diversas complicaciones.

El estudio es viable porque obtendremos datos de la paciente que ha sido manejado en el Hospital León Becerra y contaremos con la facilidad de transporte lo que nos permitirá llegar al domicilio de la paciente y obtener mediante una entrevista que se realizará a los familiares, la información necesaria para llegar a nuestros objetivos de estudio.

Siendo factible la investigación por efectos de contar con disponibilidad de tiempo y economía necesaria y poder realizar el desarrollo de la propuesta investigativa.

## CAPÍTULO 2

### MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Entiéndase por traqueotomía según (Cirujano de torax, 2017) “A una táctica quirúrgica basada en perpetrar un corte en la parte anterior de la tráquea, a través del cuello para asegurar la vía aérea. Dependiendo de la enfermedad que origino la dificultad respiratoria del paciente esta vía puede ser temporal o definitiva. En el orificio realizado de debe colocar un tubo que permitirá la respiración del paciente, mediante la entrada y salida del aire a través el mismo.”

Según (Cirujano de torax, 2017) también nos dice “que es una técnica muy antigua mencionada en algunos Papiros Egipcios, las leyendas nos narran que Alejandro Magno plasmo una traqueotomía utilizando la punta una espada mientras estaba en una batallando. La primera practica realizada con éxito, fue el doctor Italiano Antonio Musa Prasalava en el siglo XV a un hombre que sufría por un absceso en la tráquea.”

Trousseau en 1833 presenta 200 casos que indicaban traqueotomía, fue el primero en sugerirla para el cáncer en laringe, y en 1850 Krishaber creó la cánula que se conoce hasta la actualidad, cambiando únicamente los materiales de elaboración y se adiciono un balón inflable para asegurar su posición. (Cirujano de torax, 2017)

La mortalidad posoperatoria era muy alta al inicio del siglo XX, pero Jackson en 1921 demostró que con una apropiada asepsia y cuidados de la cánula el índice de mortalidad se redujo. En la actualidad la traqueotomía es un método seguro, si la realizan personas profesionales en el cuidado respiratorio. (Cirujano de torax, 2017)

Nos indica (Patresi, 2017) Que “la traqueostomia consiste en la colocación de una cánula dentro de la tráquea, llevandola por la piel del cuello. la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Austral, Pablo Pratesi, explicó que esta técnica asegura la protección de las cuerdas vocales porque no se pasa por medio de ellas”. Además, certificó que “se diferencia de la intubación endotraqueal clásica, en la cual se ingresa un tubo por la boca”

Nos menciona (Alonso, 2018) A “la traqueostomía es una cirugía que conlleva generar un camino directo a la vía respiratoria a nivel traqueal, permitiendo asegurar la ventilación



del paciente en casos de fallo respiratorio agudo. Es uno de los procesos que están siendo muy usados en la UCI siendo realizada hasta en un 10% de todos los pacientes críticos”.

La traqueostomía según (Sardinero, 2015) “Es una técnica muy antigua que puede ser realizada con fines terapéuticos. Su objetivo es restaurar la vía aérea facilitando la función respiratoria. Actualmente se encuentra difundido su uso, siendo útil para muchas enfermedades. Para aquello se debe conocer sobre sus indicaciones, cuando realizarla y como”

Debemos advertir según (Sardinero, 2015) que “es de gran importancia los cuidados posteriores, y que el manejo de terapia respiratoria está claramente relacionado con el triunfo de este”

<sup>4</sup> A 87 pacientes ingresados en la sala de cuidados intensivos Claudio Dornas hizo un estudio, posteriormente se demostró que las traqueostomías tienen mayor incidencia en las personas de 58 años. El porcentaje de mortalidad que existía en estos pacientes era del 40%. (Sardinero, 2015)

<sup>4</sup> Podemos mencionar sobre este estudio que existe una alta mortalidad de personas con traqueostomía en la unidad de cuidados intensivos. Según varios estudios el índice de traqueostomías ha ido aumentando cada año, indicando una tasa más alta en pacientes de sexo masculino.

Los otorrinolaringólogos defienden realizar el procedimiento de forma temprana para evitar la injuria de las estructuras orofaríngeas y laríngeas, pero la alta tasa de reintubación hace que muchos profesionales aconsejen esperar entre 7-10 días antes de ser realizada. Todos los estudios revisados protegen que el principal criterio para decidir la extubación y la colocación de traqueostomía es la predicción de necesidad de ventilación mecánica prolongada.

De la misma forma, se ha visto que no hay diferencia en la aparición de neumonía asociada al ventilador mecánico con la traqueostomía temprana e incluso que la mortalidad hospitalaria es mayor en pacientes con daño cerebral, por lo que se recomienda no realizar el procedimiento de forma generalizada, sino en aquellos pacientes que estén estables (Alonso, 2018)

Según (Gonzales, 2010) nos dice que “Se trata de una práctica donde se realiza al apaciente una ruta de acceso traqueal, en la cual usando el método Seldinger para la canulación vascular, se inserta una guía hecha 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 incisión fundada va aumentando de manera gradual dentro de la guía de alambre ocasionando un orificio del cuerpo apropiado para la colocación de una cánula de traqueostomía.

Como nos indica (Cirujano de torax, 2017) “Luego de que la tráquea quede expuesta, se inserta un traqueostomo con manguito del tamaño conveniente. El manguito es un aparato inflable que va unido a la cánula, está diseñado para obturar el espacio entre las paredes de la tráquea y la cánula, lo que va a permitir una ventilación mecánica efectiva y de esta manera poder reducir el riesgo de aspiración. La cánula de traqueotomía va fijada al cuello del paciente con material disponible, puede ser con vendas gasas en caso de no disponer el material requerido, como un sujetador de traqueo. Es necesario ubicar una cantidad de entre la sonda y la piel, con el fin de prevenir infecciones.”

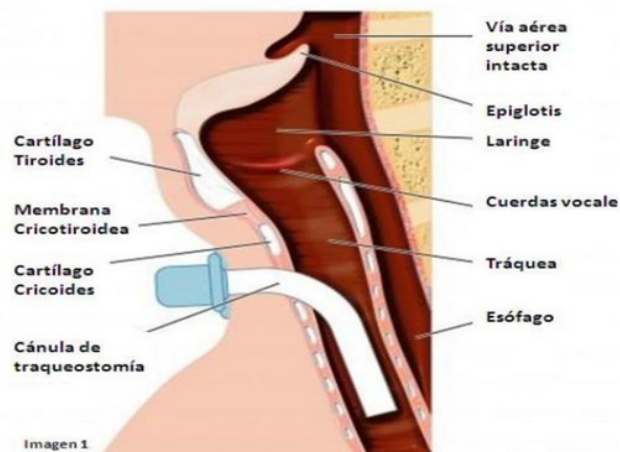


Figura 1. Colocación de la cánula.

La cánula de traqueotomía tiene varias funciones: administrar ventilación con presión positiva, proporcionar una vía aérea permeable, protección contra la aspiración, proporcionar acceso a las vías respiratorias inferiores para su higiene. El tamaño de la cánula está dado por su diámetro interno (ID), otras medidas de importancia son el diámetro externo (OD), la longitud y la curvatura. Al seleccionar una cánula de traqueotomía, el ID y OD deben ser considerados. Si el ID es demasiado pequeño, además de aumentar la resistencia a través del tubo, la higiene y la aspiración serán más dificultosas, además es probable que se requiera de mayor presión en el balón para lograr el sellamiento de la tráquea.

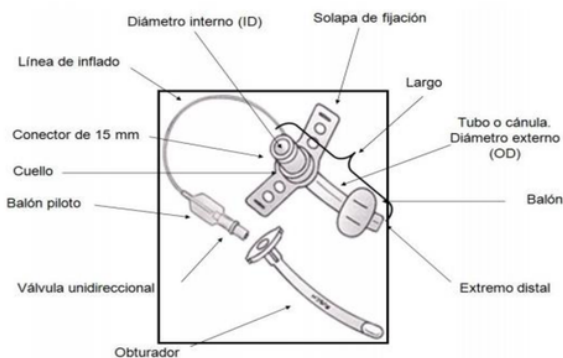


Figura 2. Partes de la cánula.

Para la fijación de la cánula se debe otorgar estabilidad suficiente a la cánula al tiempo que evita las lesiones por decúbito. Su función es mantener la cánula en el lugar correcto. Toda cánula posee en su porción externa 2 aletas de sujeción a través de las cuales se coloca una cinta que rodea el cuello.

La sujeción debe estar lo suficientemente firme como para evitar el desplazamiento de la cánula y no producir compresión en el cuello del paciente, se recomienda que en el tramo que va quedando entre la piel y la cinta el operador pueda introducir 2 traveses de dedo. La sujeción debe ser cambiada una vez por turno o ante la presencia de humedad, sangre o secreciones impactadas en la misma. (aires, 2015)

Nos menciona (Brainline, 2010) Que “pacientes con traqueostomía no pueden comunicarse de la misma manera, ya que el aire ingresado ya no pasará por las cuerdas vocales, esto ocasiona en el paciente que no pueda hacer ruidos como antes. Muchas

veces el paciente podrá ser capaz de expresar algunos sonidos, pero van a sentir la sensación de falta de aire rápidamente. Los familiares y encargados del cuidado dicha persona a menudo se van a sentir frustrados porque no entenderán qué es lo que la persona necesita. Ellos sienten soledad en un momento en que su vida pasa por cambios drásticos.”

Las personas normalmente que sólo necesitan que se infle el balón del tubo por momentos (como para comer o dormir) reciban el aire suficiente para poder hablar, también puedan producir el habla bloqueando el tubo con la mano. En este caso, la persona puede respirar nariz y boca y hacer vibrar las cuerdas vocales como lo hacía antes de la operación. (Brainline, 2010)

Según (aires, 2015) nos dice que “Tapar el tubo puede ocasionar mayor resistencia en la respiración de lo que muchas personas pueden soportar. Las bacterias que normalmente se localizan en las manos pueden causar infecciones, una situación de gravedad en las personas con problemas para tragar. Es posible que aunque algunas personas no reciban suficiente aire para hablar sin bloquear el tubo, no cuenten con el movimiento o la tonicidad muscular para ello, o no se den cuenta que el procedimiento no debe realizarse de manera rutinaria.”

Como nos menciona (Pedro Dias, 2014) “La aspiración de secreciones a través de la cánula de traqueotomía es incómoda, dolorosa y potencialmente peligrosa para el paciente; usualmente es realizada con base en la percepción del servicio paramédico (enfermería, técnicos en terapia respiratoria).”

La Academia Americana de Cuidados Respiratorios (AARC, por sus siglas al inglés) desarrollo una guía clínica practica para ayudar a la toma de decisiones; estos lineamientos sugieren que se lo ejecute una vez por turno, exclusivamente en situaciones como: a) roncus en la auscultación de tráquea y tórax; b) deterioro en el nivel de oxigenación (oximetría de pulso o gasometría); c) elevación de la presión pico durante VM; d) incremento del trabajo respiratorio; e) secreciones visibles en el tubo traqueal; otros escenarios clasificados como "de rutina" son muy cuestionables. (Pedro Dias, 2014)

En Argentina, el Hospital Pediátrico Garrahan creó una guía de cuidados en el paciente con traqueostomía domiciliaria. La guía da a conocer procedimientos, materiales a utilizar y manejo correcto de los mismos, para evitar posibles complicaciones futuras. También

explica cómo actuar de manera inmediata ante accidentes, que pueden ocurrir en momentos inesperados, como por ejemplo cuando el paciente este realizando actividades de su vida diría como puede ser comer o beber, además enseña a prevenir traumatismos al momento de realizar procedimientos invasivos tal como es la succión de secreciones, en donde puede ocurrir sangrados por lesión de la mucosa traqueal.

Esta guía está dirigida a los padres, familiares y cuidadores, quienes son generalmente los encargados de cuidar al paciente después de abandonar el ambiente hospitalario. Y que es de mucha ayuda ya que de esta manera se asegura la estabilidad del paciente y se evitan posibles complicaciones futuras. (Garrahan H. d., 2017)

En Ecuador no existe una guía específica creada para pacientes con traqueostomía domiciliaria, pero existe una estrategia d abordaje medico creado por el ministerio de salud pública llamado “Medico del Barrio, Plan toda una vida”, con enfoque de promoción y prevención de enfermedades, como una herramienta para que la ciudadanía pueda acceder a los servicios de salud, con énfasis a los grupos prioritarios y vulnerables de la comunidad.

En el Hospital General Luis Vernaza, en el periodo de enero a diciembre de 2010 (Velez, 2014) nos da a conocer que, “en el Servicio de Medicina Crítica se realizaron 532 traqueotomías, en el estudio se encontró que la necesidad de Ventilación mecánica a largo plazo predomina como predicción importante para efectuar la cirugía. Consecutivamente veremos la repartición por días de intubación endotraqueal anteriores a la elaboración del procedimiento”

La necesidad de ventilación mecánica prolongada sigue siendo hoy por hoy la primera y principal indicación de realizar traqueotomías a los pacientes de manera concordante a los estudios extranjeros y en comunión al desarrollo y mejoramiento de las unidades de cuidados intensivos a nivel mundial. Estas disponen de nuevas armas terapéuticas y por ende de más tiempo para tratar de restablecer la homeostasis de los pacientes. (Velez, 2014)

Las personas que llevan una traqueotomía no tienen las mismas defensas de una persona que respira normalmente por su nariz o boca, dado a que es una entrada más directa, el estoma facilita el acceso a las bacterias en los pulmones.

Entre los síntomas que indican una complicación tenemos los siguientes.

TABLA 2 SINTOMAS QUE INDICAN COMPLICACIONES
Señales de infección, tos, mucosa excesiva con mal olor, escalofríos y fiebre.
Hinchazón, enrojecimiento, dolor, secreción que proviene de la incisión, hemorragia excesiva.
Nauseas, vómitos con frecuencia.
Tos, opresión en el pecho o dificultad respiratoria

FUENTE: CANCER CARE OF WESTERN NEW YORK (Glikman, 2015)

Entre las complicaciones más frecuentes en estos pacientes debemos mencionar algunas que son de gran importancia sobre su conocimiento.

**Tapón mucoso** Al realizarse una traqueostomía se van a suspender funciones en la vía aérea superior que son de gran importancia para la participación en el intercambio de gases alveolar. Además, todo esto conlleva a una inhibición de los cilios vibrátiles de la mucosa traqueal, que se encarga de la aglomeración de secreciones, que se van a secar fácilmente permitiendo la formación de moco, esto puede desatar un estímulo de reflejo tusígeno de manera violenta y prolongada. (Badillo Melgar, 2017)

**Decanulación accidental**, si la fijación de la cánula no es la correcta, mientras la persona realiza algún tipo de movimiento puede suceder que se desplace la cánula o incluso se extruya por completo. Este hecho puede ser percibido justo en el momento en que ocurre o bastante tiempo después. Si se descubre justo en el momento, simplemente recolocar cánula y fijar adecuadamente. Si no resulta posible, se continuará a colocar una cánula de menor tamaño o, en su defecto, se puede colocar la propia cánula interna de la que era portador, ya que es de un diámetro menor, para después intentar reanular con su cánula habitual. (Badillo Melgar, 2017)

Las complicaciones que se presentan en el estoma se destacan las siguientes:

**La dermatitis periestomal** que se refiere a la erosión e inflamación de la epidermis en la zona que rodea la traqueotomía, el factor fundamental que predispone a esta alteración

es la humedad en la zona causada por el acumulo de secreciones provenientes del tracto respiratorio.

**Granuloma periestomal** que se trata de una reacción inflamatoria caracterizada por la formación de un tejido de granulación al rededor del borde estomal.

Esto puede llevar a un déficit de epitelización de traqueostoma, el sangrado periestomal el cambio de cánula o la estenosis del traqueostomo, este tipo de tejido de granulación se desarrolla alrededor de una herida favorecido por infecciones, edema o reacción de cuerpo extraño. (Badillo Melgar, 2017)

**La broncoaspiración** o salida del alimento periestomal puede suceder en pacientes traqueotomizados que, durante la deglución, de alimentos líquidos o sólidos, presentas episodios de tos, ahogamiento o salida de líquidos alrededor del estoma o por medio de la cánula. (Badillo Melgar, 2017)

Para la prevención de la broncoaspiración se deben ingerir alimentos de consistencia espesa, vigilar al paciente mientras come, insistir al paciente en una adecuada masticación y deglución de manera relajada y mantener una postura adecuada a la hora de la deglución. (Badillo Melgar, 2017)

Las técnicas asépticas van a ayudar a prevenir las infecciones esto incluye, lavado de manos y mantener limpia el área de trabajo. Es importante conservar el estoma lo más limpio y seco posible, se debe limpiar el área del estoma y aplicar un nuevo apósito dos a tres veces al día y más si es necesario (Respiratoria, 2017)

Según (Pedro Dias, 2014) “La herida se debe asear a diario con suero fisiológico al 0,9% utilizando normas de bioseguridad, medidas asépticas, La cánula interna debe permanecer siempre limpia es por eso que se recomienda limpiarla tantas veces sea necesario esto evitará que se acumulen las secreciones en su interior o que haya algún taponamiento, el lavado de la endocanula se lo debe hacer con <sup>2</sup> solución salina al 0,9% utilizando cepillos diseñados para aquello.”

Según (Olaso, 2017) “Con respecto a la inhaloterapia en estos pacientes se va a observar un problema con algunos dispositivos Inhaladores de Cartucho Presurizado, debido que al realizar la aplicación sobre la tráquea, se producirá una impactación de las partículas ocasionando afectación e irritación en la zona, en este caso son de gran utilidad los

nebulizadores de dispositivo respimat de nube de vapor a baja velocidad que minimiza la impactación de partículas en la tráquea; también se podría utilizar los de tipo Ribujet que llevan un espaciador pequeño que equivaldría a un ICP con cámara. Una ideal opción es la nebulización con mascarilla adecuada para el traqueostomo, estando los sistemas tipo jet o neumáticos los más cómodos de utilizar en el hogar.”

La forma correcta para la utilización del aerosol es:

- 1 – Sacudir el aerosol 3 a 4 veces antes de aplicarlo.
- 2 - Quitar la tapa de la boquilla,
- 3 - Ubicar en el orificio de la cánula con el aerosol en forma vertical.
- 4 - Realizar el puff.
- 5 – Si lo realiza con una aerocámara contar hasta 10 antes de retirarla.
- 6 - Si está indicado más de un puff se debe esperar 1 minuto entre ambos. (Garrahan J. , 2017)

Para la higiene bronquial en el domicilio se deberá facilitar una enseñanza sanitaria respecto a:

- Normas higiénicas.
- Medidas de bioseguridad.
- Técnica para la aspiración de secreciones.
- Como mantener las secreciones fluidas.

Es importante cerciorarse del estado, y funcionamiento del material que se va a utilizar.

Como nos indica (Blázquez, 2013) “Para efectuar el procedimiento de higiene bronquial se deberá Poner mascarilla. Es importante asegurarse que la presión negativa del succionador esté funcionando correctamente antes de adherir a la sonda de aspiración. Después se debe colocar guantes estériles, siempre manteniendo la mano dominante completamente esterilizada, ya que es la mano que va a usar para manipular la sonda que se va a introducir en la tráquea y con la otra mano se podrá ayudar para coger lo que se va a necesitar en el momento.”



La sonda se la debe de agarrar por la parte proximal, impidiendo tocar el extremo distal. Luego meter la sonda despacio sin aspirar, una vez que la sonda llegue a la carina el paciente toserá y se deberá retroceder la sonda 1cm antes de comenzar a aspirar.” (Blázquez, 2013)

No alargar la aspiración más de 15 segundos para impedir un trauma en la mucosa e hipoxia. retirar la sonda sin rotar y aspirando de manera continua. Aspirar la orofaringe antes de terminar el procedimiento. botar la sonda utilizada y enjuagar el tubo colector con agua esterilizada.

Si el paciente necesita que se lo aspire de nuevo se debe esperar de 20-30 segundos antes de ingresar una nueva sonda. para concluir el procedimiento se debe realizar lavado manos y dejar al paciente en una posición cómoda, para concluir es importante que el equipo quede listo y disponible para volverlo a utilizar. (Blázquez, 2013)

Según (Ana Ramirez, 2015) “Es necesario mencionar que existe una patología considerada como una infestación que es ocasionada por huevos, larvas o pupas de artrópodos, se los conoce como moscas, contactan con el hombre en quien colocan las larvas a nivel cutáneo, seis semanas más tarde alcanzan su estadio de pupa y producen sintomatología local, llamada MIASIS. Generalmente son lesiones aisladas, en áreas expuestas, con pocas molestias iniciales. Consisten en pápulas eritematosas que crecen de tamaño, haciéndose pustulosas y descargando fluido serosanguinolentos.”

En caso de insertarse la larva larva a profundidad se formarán nódulos subcutáneos de 1 o 2 cm que pueden constituir abscesos dolorosos. Puede dañar la piel, mucosa, intestino, aparato genitourinario, pulmones y cerebro, el tratamiento de elección casi siempre es la extracción de las larvas asociada al uso del cloruro de etilo, además implica administración de Ivermectina por vía oral (Ana Ramirez, 2015)

## **CAPÍTULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### **HERMENEUTICA**

Esta investigación se basó en un estudio bibliográfico a cerca de los pacientes traqueotomizados y sus complicaciones en el hogar, se revisaron varios textos, y sitios web con la finalidad de buscar el mejor aporte científico relacionado a pacientes con esta afección , que están siendo cuidados ambulatoriamente.

#### **CUALITATIVO**

Este método de investigación es cualitativo porque se recopiló información basada en la observación, Directa del estatus social, económico en el que se encuentra el paciente actualmente. La respuesta a este interrogante se obtendrá mediante la visita y entrevistas a realizar en el sector de residencia en donde se estudiará la realidad en su contexto natural.

#### **DESCRIPTIVO**

Es descriptivo porque se va a definir la realidad de situaciones, personas, eventos entidades que se estén abordando y se proyecte analizar. Este tipo de estudios reside en plantear lo más notable de un hecho, en este aspecto un paciente traqueotomizado que se encuentra en su domicilio recibiendo cuidados de parte de su hija, donde se evaluara los cuidados que está recibiendo

#### **TRANSVERSAL**

Este estudio investigativo es de tipo trasversal que define lo observacional en el que se recopilaran múltiples datos con la finalidad de estudiar el caso de paciente afectado con complicación de traqueostomía.

#### **INVESTIGACION EXPLICATIVA**

Esta investigación es explicativa porque, mediante el análisis y observación del caso, podremos describir las diferentes complicaciones y las causas que aquejan al caso, y podremos exponer deductivamente el caso, en su condición real.

## **ANALITICA**

Este estudio es de carácter analítico, porque observa causas, acontecimientos y antecedentes de situaciones relativas sobre el paciente con traqueostomo, de manera minucioso y exhaustiva con el objetivo de saber que origino esta condición, con el afán de conocer cómo mejorar el estado físico y emocional de dicho paciente.

## CAPÍTULO 4

### DESARROLLO DEL TEMA

El presente estudio se trata sobre los cuidados y complicaciones en el manejo domiciliario en pacientes con traqueotomía. Una vez que el paciente salga del hospital es de gran importancia que controle su recuperación en base a normas de higiene y cuidados de la vía aérea.

Estudio multicéntrico longitudinal de 2 años que implica 22 hospitales españoles que incluye a 249 niños entre 1 día y 18 años al inicio del estudio que recibieron traqueotomía. Las complicaciones se presentaron en 46,9% (Marcos, 2014)

En un estudio realizado de enero a diciembre de 2010, (Velez, 2014) “Se efectuaron 532 traqueotomías a pacientes del Servicio de Medicina Crítica en el Hospital General Luis Vernaza en donde se descubrió que, la necesidad de Ventilación mecánica a largo plazo prevalece como indicación primordial para realizar la cirugía.”

Según (Velez, 2014) “La ventilación mecánica prolongada continúa siendo principal indicación para realizar traqueotomías a los pacientes de manera concordante a los estudios extranjeros y en comunión al desarrollo y avance de las unidades de cuidados intensivos en todo el mundo y disponen de técnicas terapéuticas nuevas y por lo tanto de más tiempo para tratar de restablecer la homeostasis de los pacientes.”

En nuestra investigación estudiamos un caso de manera cercana con la paciente y sus familiares que presento varias complicaciones como secreciones abundantes, mal aspecto alrededor del estoma, mal olor, fiebre y además existió presencia de larvas.

Familiares expresan que esta sintomatología apareció cuando fue dada de alta hacia su domicilio, ubicado en el Cantón Marcelino Maridueña, Recinto Jesús del Gran Poder

Este caso se trata de una paciente de 49 años, que llevaba una traqueotomía por accidente de tránsito desde el mes de octubre del 2018, en consecuencia, de aquel accidente tuvieron que realizarle una intubación endotraqueal donde posteriormente

Se ejecutaron exámenes de diagnóstico en donde se observó fractura derecha de pómulo, hemorragia intracraneal. Luego fue trasladada la sala de Cuidados Intensivos para su

mejor cuidado, pasado las 2 semanas decidieron realizarle una traqueotomía a para asegurar la vía aérea ya que llevaba varios días con el tubo endotraqueal, también le realizaron una gastrectomía, dos meses después le dieron el alta.

La paciente es trasladada a su domicilio ubicado en el Recinto. Jesús del Gran poder perteneciente al Cantón Marcelino Maridueña, en donde recibe los cuidados de su hija, donde refiere que en el mes de diciembre procedió a darle a alimentos vía oral.

La hija manifiesta que todo lo aprendido aplicado en su madre, fue mediante el contrato de un doctor particular quien acudió por una semana al domicilio de la paciente en donde compartió sus conocimientos.

La paciente recibió su primer cambio de traqueostomo por primera vez en mayo del 2019 luego de acudir al Hospital Guayaquil donde la paciente era tratada, la hija revela que a partir de ese momento la paciente comenzó a tener complicaciones como: fiebre elevada, dificultad respiratoria, mal olor, hipersecreciones, enrojecimiento del área, y oscurecimiento de la piel alrededor del estoma, además presencia de abundantes larvas causadas por moscas y De provocan una enfermedad llamada miasis.

De modo que, la hija decidió llevarla de emergencia al centro de salud en donde no pudieron darle la atención adecuado al ver la gravedad de caso y pidieron la transferencia al Hospital León Becerra de Milagro donde llego al área de emergencia, tres días después por decisión de los familiares pidieron alta a petición

Posteriormente la paciente fue llevada a Cuenca donde fue ingresada en el Hospital Regional, en el cual estuvo Hospitalizada 8 días después de su estabilización y mejoría de su cuadro clínico, posteriormente fue dada de alta, la paciente actualmente se encuentra en su hogar a los cuidados de uno de sus hijos donde se encuentra estable.

Una vez obtenidos los datos necesarios del caso, hemos podido comparar con la información bibliográfica, y llegamos a la conclusión que sería de gran ayuda la existencia de una guía para pacientes con traqueostomía domiciliaria, ya que en nuestro país no contamos con dicha guía.

## CAPÍTULO 5

### CONCLUSIONES

1. Conocemos como traqueostomía a la técnica que se efectúa en pacientes que se hayan sometido a una intubación endotraqueal y que por algún motivo se haya prolongado de las dos semanas de manejo.
2. Todo paciente que se le ha realizado la técnica de traqueostomía una vez dada el alta continúa manteniendo esta vía respiratoria que debe ser tratada y cuidada ambulatoriamente.
3. Generalmente las complicaciones más frecuentes como la decanulación, dermatitis periestomal, granuloma periestomal, tapón mucoso y la broncoaspiración causadas en pacientes con traqueostomía se deben al mal manejo domiciliario.
4. La economía, distancia, la falta de una guía de cuidados específicos en pacientes con traqueostomía son algunos factores que llevan a las diferentes complicaciones que surgen en el hogar.
5. La paciente estudiada, resulto con una complicación severa presentando un cuadro de miasis por falta de conocimientos sobre los cuidados específicos que se debió aplicar por parte de la persona encargada del cuidado de esta.
6. Todo paciente portador de cánula traqueal debe permanecer en un ambiente ventilado y limpio con buena higiene y ser manejados con medidas asépticas, equipado con materiales que se vayan a utilizar para su correcto cuidado. En cambio, nuestro paciente al presentar complicaciones en el lugar de la traqueotomía, recalando la principal que fue la miasis se debe porque su caso no fue tratado con el debido cuidado e higiene y no contaba con los suficientes recursos y materiales que se debía utilizar para su manejo domiciliario.
7. Pacientes que consten con traqueostomía, deben recibir terapia respiratoria ya que están expuestos por su condición a adquirir infecciones fácilmente. La paciente solo se nebulizaba con amicacina diluida en solución salina.

8. En nuestro país no contamos con una guía de cuidados para pacientes con traqueostomía domiciliaria.
9. En Ecuador contamos con el “Plan toda una vida” que tiene como objetivo enfocarse en grupos vulnerables mediante visitas domiciliarias encargadas por un grupo de profesionales salud, y cabe mencionar que la paciente no fue visitada y no tuvo este beneficio por parte del personal de salud.
10. En Argentina existe una única guía práctica de cuidados domiciliarios para pacientes pediátricos con traqueostomía que la facilita el Hospital Pediátrico Garrahan.

# TERCERA REVISION DE COMPLEXIVO

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

6%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE  
INTERNET

1%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

## FUENTES PRIMARIAS

---

1

[m.brainline.org](http://m.brainline.org)

Fuente de Internet

2%

2

[docplayer.es](http://docplayer.es)

Fuente de Internet

2%

3

[www.elsevier.es](http://www.elsevier.es)

Fuente de Internet

1%

4

[ddf.v.ufv.es](http://ddf.v.ufv.es)

Fuente de Internet

1%

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado