

**SIMPOSIO JIVD / AFM
DE LOS DÍAS 9 Y 10
DE FEBRERO DE 1996**

BOLETÍN

myoline

TRAQUEOTOMÍA

Y

ENFERMEDADES

NEUROMUSCULARES

Documento original de la
AFM Asociación francesa
contra las Miopatías -

Convenio de colaboración
con ASEM
Federación española
contra las
Enfermedades
Neuromusculares.

Proyecto difusión
ASEM Galicia.

*Este documento debe ser
actualizado en función de
la evolución de los
conocimientos*



La traqueotomía : una técnica eficaz... para vivir el día a día

La insuficiencia respiratoria consecuencia de una afectación neuromuscular se caracteriza por una disminución de la fuerza de los músculos inspiratorios (pérdida de la capacidad vital) y espiratorios (tos débil). A menudo, se asocian trastornos de la deglución (falsas vías). Después de un período silencioso, se traduce en una hipoventilación alveolar (pérdida de la PaO₂ y aumento de la PaCO₂).

Esta pérdida de la función respiratoria se sustituye, progresivamente, por una asistencia ventilatoria mecánica.

Mientras existe una autonomía respiratoria relativa, diferentes técnicas no invasivas (máscara nasal, ambú bucal), permiten normalizar los gases de la sangre. La ventilación nasal nocturna normaliza la oxigenación del organismo y mejora, así, la capacidad de ventilación espontánea diurna. La ventilación bucal con una pipeta constituye una buena solución cuando son necesarios episodios de ventilación mecánica durante el día. Así, para una asistencia respiratoria casi permanente, es posible asociar varias técnicas no invasivas complementarias.

Sin embargo, cuando la dependencia ventilatoria diaria es superior a 18 ó 20 horas, habitualmente se propone una traqueotomía. Gracias a esta técnica, el pronóstico vital de numerosas personas afectadas por una insuficiencia respiratoria grave ha mejorado. A pesar de su carácter invasivo, la traqueotomía, al asegurar una asistencia ventilatoria de mejor calidad, aumenta la comodidad y la seguridad de las personas afectadas por enfermedades neuromusculares.

Médicos, enfermeras y fisioterapeutas desempeñan un papel esencial en la información y formación del enfermo y su entorno. Es necesario que exista una relación de confianza entre la persona traqueotomizada y el equipo médico para acabar, así, con el sentimiento de inseguridad y angustia recíproca.

1 Las técnicas no invasivas tienen límites

Los métodos de ventilación no invasivos, sobre todo las técnicas con presión positiva por medio de pieza bucal o máscara nasal respetan la integridad corporal. Se eligen en primera instancia dado que aportan una asistencia suficiente. Sin embargo, aunque su eficacia es real, también es irregular y difícil de prever para un determinado paciente. Otro inconveniente es que la ventilación por vía nasal conlleva, inevitablemente, fugas bucales. Además, estudios recientes han demostrado que, con asistencia respiratoria, las cuerdas vocales tienden a cerrarse. Por lo tanto, constituyen un obstáculo para la ventilación mediante técnicas no invasivas y llevan consigo una pérdida de la eficacia de estos métodos. En líneas generales, la ventilación no invasiva está indicada cuando el paciente conserva su autonomía diurna, es decir, una capacidad vital suficiente (10 a 15 ml por kg de peso) para mantener la PaCO₂ diurna por debajo de 50mm/Hg. Cada vez más, se propone la traqueotomía cuando la asistencia respiratoria diurna se hace indispensable para normalizar los gases de la sangre.

Establecer un diálogo previo con el enfermo y su familia

Algunas traqueotomías se efectúan todavía en el curso de descompensaciones agudas. La traqueotomía, técnica invasiva vivida como una etapa de agravamiento de la enfermedad, conlleva repercusiones psicológicas inevitables para el enfermo y su familia. Éstas son aún más importantes cuando la decisión se lleva a cabo de una manera brutal y sin que exista preparación previa. La ayuda a la hora de tomar la decisión de realizar la traqueotomía, permite limitarlas. Asimismo, una información precoz del enfermo y su familia, efectuada antes incluso de constatar una insuficiencia respiratoria mayor, permite acercar al enfermo y su entorno a este proyecto terapéutico. Esta información les "familiariza" con las diferentes técnicas de ventilación, incluida la traqueotomía.

2 La traqueotomía : relevo de las técnicas no invasivas

Cuando la autonomía respiratoria es inferior a 6 horas al día, la ventilación no invasiva requiere una diversificación de las técnicas, pero sin que exista la certeza de una eficacia óptima. En este estadio, la traqueotomía representa una solución eficaz y tranquilizadora.

La traqueotomía ofrece ventajas indiscutibles: seguridad unida a la estabilidad de la conexión, eficacia óptima de la ventilación debida a la insuflación directa en la tráquea y al buen control de las fugas, asistencia respiratoria nocturna regular independiente de la posición de la persona y del estadio del sueño, desobstrucción más fácil.

Además, la traqueotomía elimina la ansiedad del episodio dramático de descompensación por obstrucción. En efecto, los episodios repetidos de obstrucción con asfixia dramática, que reclaman una intensificación de los cuidados e, incluso, una hospitalización de urgencia, generan en el enfermo y su entorno un sentimiento permanente de inseguridad.

Sin embargo, la traqueotomía es un acto quirúrgico y, por lo tanto, un método invasivo no exento de riesgos, incluso, si la experiencia adquirida permite limitarlos. La colonización bacteriana de la tráquea es inevitable pero se trata, sobre todo, de gérmenes sin consecuencias para la persona traqueotomizada y su entorno. La formación de granulomas internos o externos, inducida por la cánula, puede verse limitada por la utilización de un material perfectamente adaptado. La traqueotomía requiere la humidificación del aire, ya que elimina las vías aéreas superiores.

Las técnicas actuales permiten mantener el habla. Sin embargo durante la utilización de una cánula con balón, el habla es imposible cuando los trastornos de la deglución o una ventilación difícil exigen el hinchamiento del balón. Sin embargo, incluso en este caso, es muy raro que no se pueda mantener el habla fuera de los períodos de ventilación, e incluso, parcialmente, en éstos.

Traqueotomía percutánea : una técnica por evaluar

Hoy en día, existe una técnica de traqueotomía percutánea en la que algunos médicos reanimadores tienen ya buena experiencia. Es posible que, en el futuro, reemplace a la traqueotomía quirúrgica. Se trata de una intervención que se practica en unos minutos y en condiciones de seguridad totalmente satisfactorias. La abertura cutánea se reduce al tamaño de la sonda. Esta abertura disminuye significativamente el riesgo de infecciones y erosiones vasculares que, en casos excepcionales, puede llegar a ser gravísimo.

3 Cánula adaptada : indispensable para el éxito de la traqueotomía

Aunque la traqueotomía es un acto simple y estereotipado, la elección y adaptación de la cánula son especialmente importantes. Actualmente, la primera cánula es, preferentemente, una cánula ligera de silicona. Es de calibre relativamente pequeño en relación a la tráquea, para que el enfermo pueda hablar pronto.

La cánula definitiva debe permitir una correcta ventilación y una aspiración eficaz, así como, conservar el habla y preservar la deglución. De la misma manera, su curvatura respeta la morfología de la tráquea del paciente. Su longitud viene preferentemente determinada por el examen fibróscopico, teniendo en cuenta las diferentes posiciones (sentada, acostada) de la persona traqueotomizada. Su diámetro se estudia de manera que las fugas, necesarias para el habla, no perjudiquen la calidad de la ventilación.

Diferentes proyecciones radiológicas (cara y perfil) en posición sentada y acostada permiten controlar la posición de la cánula en la tráquea. Esto es especialmente necesario en los enfermos que presentan deformaciones importantes de la columna.

Una técnica reversible en algunas patologías

La traqueotomía, técnica muy antigua, es un gesto quirúrgico simple totalmente reversible incluso después de varios años. Aunque en las distrofias musculares progresivas está, todavía hoy en día, considerada como definitiva, en otras enfermedades neuromusculares la traqueotomía puede ser temporal. Por ejemplo, en los niños afectados por la amiotrofia espinal infantil o distrofia muscular congénita que han sido traqueotomizados cuando todavía eran muy jóvenes y cuya capacidad vital ha evolucionado bien gracias a los tratamientos, la traqueotomía puede ser reemplazada por una ventilación nasal en la adolescencia. También puede ser practicada transitoriamente para ayudar a superar una etapa difícil, en particular, en el postoperatorio de una intervención sobre la columna.

4 Una formación bien llevada disminuye el estrés de la vuelta al domicilio

La traqueotomía lleva consigo una “onda de choque” que repercute en todo el entorno de la persona traqueotomizada. Su retorno al domicilio representa un estrés y una angustia importante para la familia, que debe asumir lo esencial de los cuidados diarios. Éstos suponen la adquisición de competencias en la utilización de nuevos materiales (material de ventilación, de aspiración) y en la práctica de las atenciones hacia la persona traqueotomizada, como las maniobras de aspiración y los cambios de cánulas.

La familia y el personal sanitario deben llevar a cabo, previamente, una formación práctica con el fin de adquirir todas las competencias necesarias y contribuir a disminuir el estrés de la vuelta al domicilio. Es importante que esta formación sea llevada a cabo con un material idéntico al que será utilizado en el domicilio. El aprendizaje concierne no solamente a la correcta utilización de los aparatos facilitados (respirador y aspirador), sino también, a la manera de comportarse ante las anomalías de funcionamiento, que constituyen una fuente de angustia importante. Frente a las fugas y a las alarmas, mantener una conducta codificada, sistemática y racional, permite “banalizar” la situación. La familia se hace cargo de los cuidados de una manera progresiva y con el apoyo del equipo educador.

La introducción en el domicilio de diversos aparatos de tecnología cada vez más avanzada y de materiales como cánulas, circuitos de recambio, etc., impone una adaptación del lugar en el que la persona sometida a ventilación vive. Los consejos de higiene son útiles. La organización debe ser funcional y proporcionar seguridad al enfermo (determinar un sitio para cada cosa y guardarla siempre en el mismo lugar).

La instalación del respirador en la silla de ruedas es indispensable para que la persona traqueotomizada sea ventilada durante el día. El lugar elegido para el respirador preserva, en la medida de lo posible, el manejo de la silla y el conjunto de las funcionalidades, especialmente, en las sillas de posición multifuncional, la posibilidad de colocarse tumbado o en posición vertical.

5 Compañía especializada : necesaria para la adaptación psicológica

La traqueotomía conlleva un cambio en el modo de vida de las personas que padecen una enfermedad neuromuscular. Las dificultades diarias y el sentimiento de sujeción al material, impuestos a la persona traqueotomizada, son aceptables gracias a los beneficios obtenidos: aumento de la esperanza de vida, mejora de la respiración, reducción de la obstrucción respiratoria, reducción del número de hospitalizaciones. Sin embargo, la traqueotomía es sinónimo de agravamiento de la enfermedad y representa, por lo tanto, una etapa importante. Aunque la traqueotomía crea un nuevo estado de dependencia, también permite nuevas esperanzas de autonomía personal y social. La adaptación psicológica a la traqueotomía reside en la negociación de esta paradoja.

Un equipo especializado que, en pre y post-operatorio, acompaña la angustia engendrada por este nuevo estado físico, asume inmediatamente la adaptación. Para el enfermo y su familia, este equipo aporta la seguridad, incluso pasado el tiempo, de la operación quirúrgica. Este equipo continúa siendo la referencia y, por lo tanto, es esencial que exista una relación entre ambas partes que asegure el seguimiento después de la salida del hospital.



1 rue de l'Internationale – BP
59
91002 EVRY Cedex
01 69 47 28 28 –



C/ Jordi de San Jordi 26-28 bajo
08027 Barcelona
934 516 544
www.asem-esp.org

Este documento es el resultado de las intervenciones que tuvieron lugar los días 9 y 10 de febrero de 1996, en el simposio “Traqueotomía y Enfermedades Neuromusculares” que tuvo lugar en Lyon. Debe ser reactualizado en función de la evolución de los conocimientos.



Tel/Fax 986 376 001
asemga@teletel.es
www.asemgalicia.com