

La Traqueostomía en Unidad de Paciente Crítico Pediátrica

Vidal Alberto, Poli Cecilia, von Dessauer Bettina

Unidad de Paciente Crítico Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción:

La traqueostomía es un procedimiento invasivo, complejo y poco frecuente en pediatría. El momento de realizar la traqueostomía se decide en forma individual, en consideración a la condición clínica y las características específicas de la vía aérea de cada niño.

Objetivo:

Conocer las características de la población que requiere este procedimiento.

Material y método:

Análisis retrospectivo de pacientes traqueostomizados en el Hospital de Niños Roberto del Río. Periodo: 2000 a 2007.

Resultados :

En el periodo analizado egresaron 6601 pacientes de la UPC, de los cuales 2542 (38,9%) requirieron ventilación mecánica invasiva. Se realizaron 55 traqueostomías, que correspondieron al 0,8% del total de egresados y al 2,2% de los pacientes ventilados.

En 47 encontramos un registro adecuado, los que fueron motivo de nuestro análisis. La mayoría de las traqueostomías (74,5%) se realizaron en los últimos 4 años (2004-2007), sin encontrar un factor que explique este incremento (Gráfico 1).

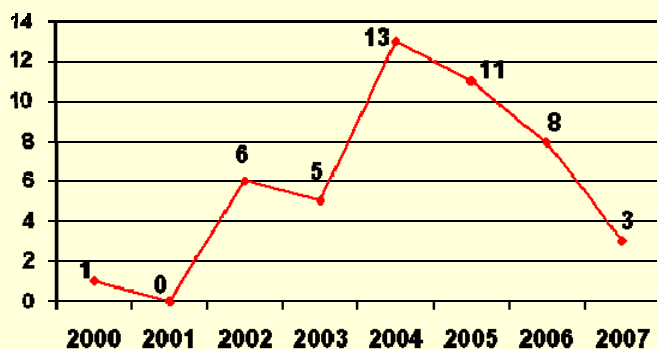


Gráfico 1. Traqueostomías Hospital Roberto del Río 2000-2007 (n = 47)

Relación hombre/mujer: 2/1. Rango de edad: 24 días a 14 años. Promedio de edad de 34,4 meses. La mayoría correspondió a lactantes (Tabla 1).

| EDAD | RN | Lactantes | Preescolares | Escolares | Adolescentes |
|------|----------|------------|--------------|-----------|--------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| TQT | 1 (2,1%) | 34 (72,3%) | 6 (12,8%) | 4 (8,5%) | 2 (4,3%) |

Tabla 1. Distribución porcentual de Traqueostomías realizadas por edad pediátrica (n = 47)

El 95,7% (45) requirió hospitalización en la Unidad de Paciente Crítico antes y/o después del procedimiento. En todas ellas la indicación de traqueostomía fue tomada en base al criterio clínico del pediatra intensivista apoyado por sub-especialistas. Las causas que condicionaron la indicación se muestran en **Tabla 2**, destacando la estenosis subglótica como la más frecuente.

| Indicación | ESG N / % | DVM N / % | NM N / % | PCV N / % | MVA N / % |
|------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| TQT | 26 (55,3%) | 12 (25,5%) | 4 (8,5%) | 3 (6,4%) | 2 (4,3%) |

Tabla 2. Indicación de la Traqueostomía

TQT: Traqueostomía, ESG: Estenosis subglótica, DVM: Dependencia de ventilación mecánica, NM: Neuromusculares, PCV: Patología de cuerda vocal, MVA: Malformación de vía aérea

Al momento de la traqueostomía el 95,7% estaba en ventilación mecánica (invasiva o no invasiva), con un promedio de 2,3 intubaciones por paciente y una duración promedio de 28,2 días de tubo endotraqueal.

Decanulación

Intentos de decanulación en 28 pacientes (59,6%) a través de dos métodos: cierre paulatino con decanulación manual y quirúrgico (laringotraqueopastía). Éxito de decanulación en 22 pacientes (47%) (Gráfico 2). Los pacientes decanulados tuvieron una duración promedio de vía aérea artificial de 7 meses con un rango de 15 días a 26 meses.



Gráfico 2. Distribución porcentual según decanulación (n=47)

Complicaciones

Precoces (primeros 7 días): Siete pacientes (14,9%), sólo dos decanulaciones accidentales.

Tardías: Seis pacientes (12,8%), dos fistulas, dos granulomas subglóticos y dos decanulaciones accidentales.

Cinco pacientes fallecieron (10,6%), cuatro de ellos por su patología de base y uno por decanulación accidental tardía. No se registraron defunciones asociadas al procedimiento.

Conclusiones

La TQT es un procedimiento infrecuente en la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico de nuestro Hospital, sin embargo se aprecia un importante aumento de su indicación en los últimos 4 años. Las indicaciones son similares a otras series internacionales. La mayoría es realizada en lactantes de sexo masculino y requiere previamente ventilación mecánica. Registramos un porcentaje elevado de decanulación y bajo en complicaciones. La mortalidad es similar a lo reportado en publicaciones internacionales, siendo la mayoría secundaria a la patología de base. La indicación esta basada en la patología individual y el seguimiento no está protocolizado, lo que requiere un cambio.