

ATENCIÓN AL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO

**Cuidados y recomendaciones
al paciente traqueotomizado**



TRAQUEO'S

APOSITO PARA LARINGO Y TRAQUEOTOMIZADOS

Higiénico • Absorbente • Impermeable
Suave • Adaptable • Desechable.

Disponibles 2 tamaños:
14 x 12 cm. - C.N. 257998
20 x 12 cm. - C.N. 300996



INDAS

LABORATORIOS INDAS, S.A

Cº de las Huertas, 2 • 28223 POZUELO (MADRID) ESPAÑA
Tel.: 91-509 60 00 Fax: 91-352 79 26 www.indas.es • E-mail: salud@indas.es

ASOCIACIONES DE LARINGECTOMIZADOS EN ESPAÑA

A. E. L.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LARINGECTOMIZADOS Y MUTILADOS DE LA VOZ
Provenza, 327, 2.ª 1.ª Tel.: (93) 457 90 03. Fax.: (93) 207 14 97. 08037 Barcelona.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LARINGECTOMIZADOS. Delegación del BAGES
Centre Cívic JOAN AMADES. Priorat, 2. 3r 3. 08240 Manresa (Barcelona).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LARINGECTOMIZADOS. Delegación del OSONA y RIPOLLÉS (Hotel d'Entitats)
C/ St. Pere, 9, 2n. Tel.: 886 06 88. 08500 Vic (Barcelona).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LARINGECTOMIZADOS. Delegación del GARRAF
Pau Casals, 17-19. Tel.: (93) 894 56 05. 08870 Sitges (Barcelona).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LARINGECTOMIZADOS. Delegación del VALLES ORIENTAL
Juan Prim, 34, 4.º Pta. (Edif. Cruz Roja Española).
08400 Granollers (Barcelona).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LARINGECTOMIZADOS. Delegación de MOLLET
Avda. Badalona, 12, 6.º 3.º. Tel.: (93) 593 60 33. 08100 Mollet (Barcelona).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LARINGECTOMIZADOS AN. GAR. SA
San Mauro, 21-25. Tel.: (965) 54 40 14. 03800 Alcoy (Alicante).

A. L. G.

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE GIRONA
Casal d'Avis i Centre de Dia Onyar. Dr. Ametller, 54. 17003 Girona. Tel.: (972) 21 01 51

ESCOLA DE RECUPERACIÓ DE LA VEU DE L'ALT EMPORDÀ
Empordà, 3. Tel.: (972) 51 05 11. 17600 Figueres (Girona).

ESCOLA PER A LA RECUPERACIÓ DE LA VEU DE LA GARROTXA
Escala Casal de Gant Gran. Lorenzana, 2. Tel.: (972) 26 01 32. 17800 Olot.

A. P. L.

ASOCIACIÓN PROVINCIAL DE LARINGECTOMIZADOS
Bajada de la Trinidad, 1. Tel.: (973) 24 12 77. 25007 Lleida.

DELEGACIÓ «ALT URGELL»
P.º Joan Brudleu, s/n. 25700 La Seu D'Urgell (Lleida).

ASOCIACIÓN NAVARRA DE LARINGECTOMIZADOS
Sancho el Fuerte, 21, 1.º A esc. Izq. Tel.: (948) 17 00 60.
31007 Pamplona (Navarra).

ASOCIACIÓN CÁNTABRA DE LARINGECTOMIZADOS
León Felipe, 8. Tel.: (942) 27 36 16. 39004 Santander.

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE LARINGECTOMIZADOS «A.M.A.I.»
Doctor Esquerdo, 83. Tel.: (91) 409 09 03. 28007 Madrid.

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE ASTURIAS «A.L.A.»
Asturias, 8, 2.º Drch. Tel.: (985) 36 71 00. 33206 Gijón.
Francisco Oreja, 6 Entr. 33400 Avilés.
Covadonga, 31, 2.º. 33002 Oviedo.

ASOCIACIÓN CASTELLANO MANCHEGA LIMITADOS DE LA VOZ
Quejidos, 14. Tel.: (926) 21 18 03. 13002 Ciudad Real.

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE CÓRDOBA
Paseo de la Victoria, s/n. Tel.: (957) 29 34 11. 14008 Córdoba.

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE LA CORUÑA (Centro Oncológico Regional)
Avda. Virgen de Montserrat, s/n. Tel.: (981) 28 93 40. 15006 La Coruña.

ASOCIACIÓN LUCENSE DE LARINGECTOMIZADOS (Cruz Roja Española)
García Abad, 32, 1.º D. 27004 Lugo.

ASOCIACIÓN JIENNENSE DE LARINGECTOMIZADOS (Cruz Roja Española)
Carmelo Torres, 1. Tel.: (952) 25 60 05. 23007 Jaén.

ASOCIACIÓN VIZCAÍNA DE LARINGECTOMIZADOS Y MUTILADOS DE LA VOZ
Bailén, 15. Tel.: (94) 415 42 78. 48001 Bilbao.

CENTRO DE REEDUCACIÓN DE LA VOZ CREU ROJA VILA-SECA
C/ Major, 6. Tel.: 39 10 12. 43480 Vila-Seca (Tarragona).

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE LEÓN «A.L.L.E.»

C/ Juan Álvarez Posadilla, 12. C/ Juan XXIII, 6, portal 2, 1.º. Tel.: (987) 21 08 07.
24006 León.

Santa Catalina, 3. Tel.: (987) 54 05 11. 24050 Vilafranca del Bierzo (León).
C. de Salud La Bañeza. Tel.: (987) 66 73 14. 24792 Altoabar de la Encomienda (León).
Hogar del Pensionista. 24870 Oveja de Valdenorma (León).
La Paz, 12, 4.º D. Tel.: (987) 47 17 87. 24100 Villablino (León).
a Calzada, 10. 24430 Vega de Espinarda (León).

ASOCIACIÓN MALAGUEÑA DE LARINGECTOMIZADOS
Eclesiastes, 8, bajos. Tel.: (95) 225 61 95. 29013 Málaga.

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE BALEARES «A.L.B.A.»
San José de la Montaña, 1. Tel.: (971) 75 55 44. 07010 Palma de Mallorca.

ASOCIACIÓN GUIPUZCOANA DE LARINGECTOMIZADOS
(Instituto Oncológico) Aldecoa, s/n. Tel.: (943) 27 01 00. 20012 San Sebastián.

ASOCIACIÓN SEVILLANA DE LARINGECTOMIZADOS (Cruz Roja España)
Avda. de la Cruz Roja, 1 Dpdo. Tel.: (954) 35 12 42. 41009 Sevilla.

ASOCIACIÓN SORIANA DE LARINGECTOMIZADOS
(Hospital del INSALUD) Heras de Sta. Barbara, s/n. Tel.: (975) 22 10 00. 42003 Soria.

ASOCIACIÓN PROVINCIAL DE LARINGECTOMIZADOS
Pere Martell, 13, 3.º 1.º Tel.: (977) 24 14 41. 43001 Tarragona.

CENTRO DE REHABILITACIÓN DE LA VOZ (Asoc. Esp. Lucha contra el Cáncer)
Salmerón, 100. Tel.: (93) 785 22 86. 08222 Terrassa (Barcelona).

ASOCIACIÓN VALENCIANA DE OPERADOS DE LARINGE «A.V.O.L.»
C/ Albacete, 37, 5.º 1.º. Tel.: (96) 380 81 68. 46007 Valencia.

ASOCIACIÓN BURGALESA DE LARINGECTOMIZADOS
Paseo de la Isla, 7, bajo. Tel.: 20 12 21. 09003 Burgos.

ASOCIACIÓN REGIONAL ARAGONESA DE LARINGECTOMIZADOS Y LIMITADOS DE LA VOZ «ARALVOZ»
Fuenterrabía, 1. Tel.: (976) 44 57 56. 50010 Zaragoza.

ASOCIACIÓN OSCENSE DE LARINGECTOMIZADOS
Psj. Castillo de Loorre. 22003 Huesca.

ASOCIACIÓN VALLISOLETANA DE LARINGECTOMIZADOS
C/ Urraca, 13, bajos E. 47012 Valladolid.

ASOCIACIÓN ORENSANA DE LARINGECTOMIZADOS Y MUTILADOS DE LA VOZ
Fuente del Rey, 1. Tel.: (988) 22 24 84. 32005 Orense.

ASOCIACIÓN PALENTINA DE LARINGECTOMIZADOS
Avda. Casado del Alisal, 27, 4.º. 34001 Palencia.

ASOCIACIÓN CASTELLONENSE LIMITADOS DE LA VOZ (Cruz Roja Española)
Camino S. Jos, s/n. Tel.: (964) 22 23 27. 12004 Castellón.

ASOCIACIÓN RIOJANA DE OPERADOS DE LARINGE «A.R.O.L.»
C/ Escuelas Pías, n.º 21. Tel.: 26 21 23. 26004 Logroño.

ASOCIACIÓN TINEFEÑA DE LARINGECTOMIZADOS Y MUTILADOS DE LA VOZ
Agustín Espinosa, 9, 3.º 15. Tel.: 22 02 81. 38007 Santa Cruz de Tenerife.

ASOCIACIÓN GADITANA DE LARINGECTOMIZADOS Y LIMITADOS DE LA VOZ
Santa María, 21. 1106 Cádiz.

C.A.L. «LOS LARINGECTOMIZADOS SOMOS HERMANOS»
Puerta de las Palomas, 2. 41000 Sevilla.

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE HUELVA (ASLAHU)
F. García Lorca, 1, 2.º. Tel.: 23 23 30. 21007 Huelva.

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE LA REGIÓN DE MURCIA
Eulogio Soriano, 6. 30001 Murcia.

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE EXTREMADURA
Legión V, n.º 2. Tel.: (924) 33 00 67. 06800 Mérida (Badajoz).

ASOCIACIÓN DE LARINGECTOMIZADOS DE MENORCA
C/ María Luisa Serra, 83, 3.º 2.º. Mahón (Baleares).

ASOCIACIÓN ALAVESA DE LARINGECTOMIZADOS. (Hospital de Santiago)
C/ Olaguibel. Vitoria

ATENCIÓN AL PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO

**Cuidados y recomendaciones
al paciente traqueotomizado**

P. Ortega del Álamo

Jefe de Servicio de O.R.L.
Hospital General de Móstoles. Madrid

INTRODUCCIÓN

Conceptos

Dos de las funciones más trascendentes para el mantenimiento de la vida son la respiración y la alimentación. Ambas se llevan a cabo por unos mecanismos diferentes y constan de una serie de fases que se desarrollan de manera coordinada, de cuya regulación se hace cargo el sistema nervioso.

Las vías o los caminos que tanto el aire como los alimentos han de recorrer para llegar a sus destinos y ser utilizados por nuestro organismo son en su inicio comunes y más adelante independientes.

La nariz asume una función fundamentalmente respiratoria y la boca es considerada como el primer elemento anatómico de la digestión, aunque en numerosas ocasiones tanto en circunstancias normales como en otras motivadas por enfermedades o deformidades también es empleada para respirar.

La faringe, distribuida en tres pisos (rinofaringe, orofaringe e hipofaringe), en su mayor parte es, por decirlo de alguna manera, una encrucijada donde confluyen los aparatos respiratorio y digestivo.

La laringe, situada por delante del extremo inferior de la faringe, es primordial para evitar que los alimentos pasen a los pulmones; esta función, conocida médicamente como esfinteriana, es la más elemental y ya la poseen los animales más inferiores de la escala filogenética.

Además, la laringe sirve para emitir los tonos que nos posibilitan el habla, para regular los movimientos respiratorios y para otras funciones de menor importancia como la de retener el aire y permitir, junto con la contracción del músculo diafragma, que realicemos determinados esfuerzos.

La laringe se comunica con los pulmones por medio de la tráquea, que es un conducto de forma cilíndrica con su pared posterior aplanada, constituido por una serie de entre 16 y 19 cartílagos, de conformación similar a una herradura, que se unen entre sí por medio de unos ligamentos y se cierran en la parte posterior por un músculo (figuras 1 y 2).

Cuando la laringe deja de funcionar, bien sea porque se obstruye y no permite el paso del aire, o porque resulta incapaz de impedir que los alimentos, tanto líquidos como sólidos pasen directamente a los pulmones, es preciso comunicar la tráquea directamente al exterior para poder continuar respirando o alimentándonos. A esto se le denomina «traqueotomía».

También será necesaria una traqueotomía en los casos de obstrucción severa de la faringe o de la cavidad oral, que, como anteriormente hacíamos constar, son la parte inicial de las vías por las que respiramos.

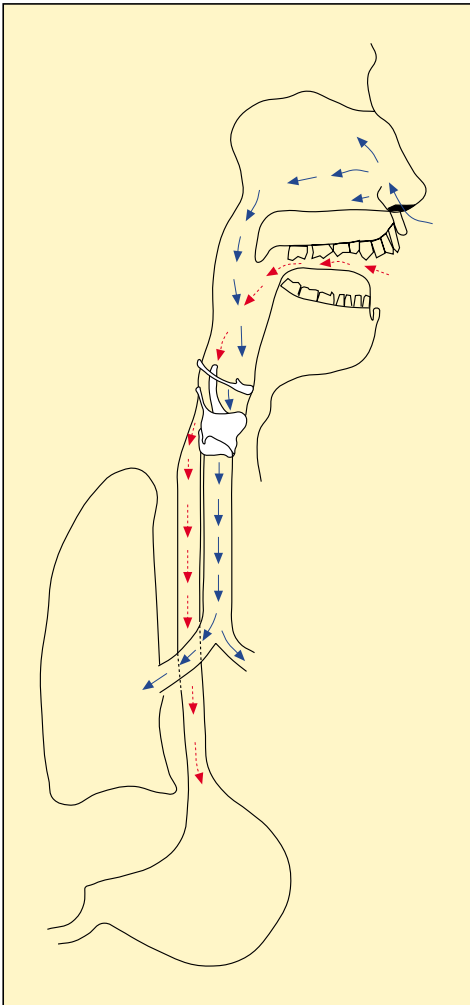


Figura 1. Corte lateral de la cabeza, cuello y tórax, remarcando con flechas de distinto color el paso del aire por la nariz, orofaringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmones, y el camino de los alimentos por la boca, faringe y esófago.

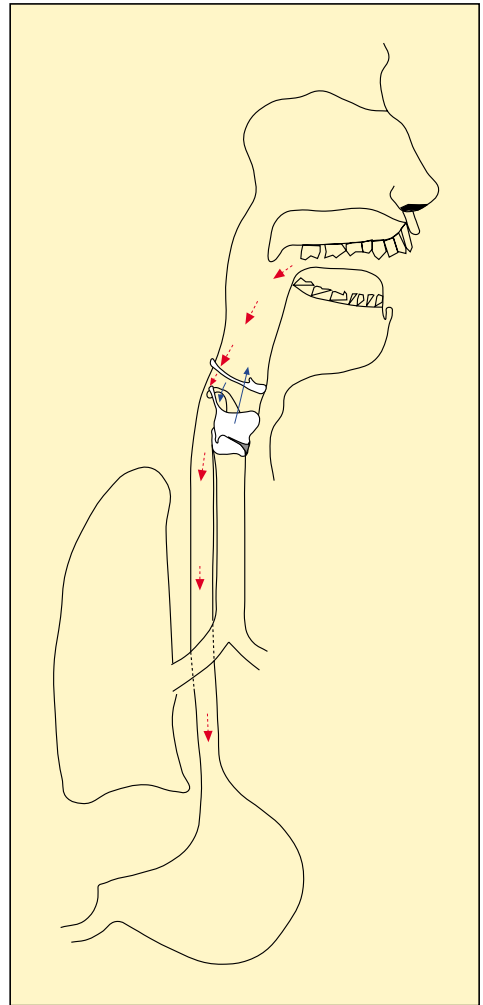


Figura 2. Laringe. Mecanismo de cierre con la laringe elevada, marcada con dos flechas verticales, que muestran la elevación con la epiglotis plegada.

Definición e historia

El término traqueotomía deriva del griego y significa abrir la tráquea, ya que se compone de las palabras traquearteria y cortar; el de traqueostomía, que se usa indistintamente para definir esta técnica quirúrgica, tiene la misma procedencia etimológica y se origina en las palabras traquearteria y estoma o boca.

La historia de la traqueotomía es tan antigua como la de la Medicina, y de ella se encuentran referencias en los tratados médicos más antiguos, como el Rig Veda, de la época hindú (2.000 a. de C.), y el Papiro de Eber, de los egipcios (1.500 a. de C.). Cuenta una leyenda que Alejandro Magno salvó de morir asfixiado a uno de sus soldados, que había aspirado un fragmento de un hueso de carne, haciéndole una incisión en la garganta con la punta de su espada.

Sin embargo, hasta mediados del siglo XIX, y a causa de la terrible epidemia de difteria, que asoló Europa y Estados Unidos, la traqueotomía no se puso en práctica de manera generalizada, demostrando su utilidad, y realmente se incorporó al arsenal de las técnicas quirúrgicas, de empleo regular en la Medicina moderna.

Indicaciones

Las indicaciones de traqueotomía en este siglo y medio de existencia han cambiado, y la técnica quirúrgica, aun siendo similar en muchos aspectos a la diseñada originalmente, ha mejorado de manera considerable.

El impacto tremendo que supuso el descubrimiento de los antibióticos y la aportación de las modernas técnicas de endoscopia e intubación para la permeabilización de la vía aérea contribuyeron a que en la actualidad sea raro que se practique una traqueotomía, bien en los casos de infecciones de las vías aerodigestivas altas o bien en los de la aspiración accidental de un cuerpo extraño.

Las indicaciones actuales son muy diversas, aunque siempre basadas, al igual que antiguamente, en la obstrucción de la vía aérea o en la aspiración de la saliva o de los alimentos, por incompetencia de la función de cierre o esfinteriana de la laringe.

Una nueva aplicación de la traqueotomía es su utilización como vía de mantenimiento de la respiración asistida por espacios de tiempo prolongados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Son causas de obstrucción o de aspiración: tumores de localización en las vías altas respiratorias, deformidades con repercusión severa en el calibre de esas mismas vías (bien sean de naturaleza congénita [malformaciones] bien adquiridas por traumatismos), síndrome severo de apnea del sueño no tratable por otros procedimientos, alteraciones neurológicas que o bien incidan directamente sobre la movilidad de las cuerdas vocales e impidan que se abran para capacitar el paso del aire, o que se cierren y a consecuencia de ello se vea alterada la función esfinteriana, o sobre la deglución, término que se emplea para definir el mecanismo por el que se consigue que los alimentos desciendan desde la boca hasta el estómago.

Finalmente, también son indicación de traqueotomía, aunque como antes dejaba constar con mucha menos frecuencia, determinadas inflamaciones severas de la vía aérea motivadas por infecciones como, por ejemplo, la epiglotitis o la aspiración de cuerpos extraños muy voluminosos que pueden provocar una oclusión completa de la vía aérea y ser motivo de asfixia.

Técnica quirúrgica

El objetivo de la técnica quirúrgica de la traqueotomía es muy simple, ya que trata de crear una comunicación entre la piel anterior del cuello y el conducto traqueal con el fin de que el aire que necesitamos para respirar pueda transcurrir a través de ella.

Hay diversas modalidades, que dependen fundamentalmente de las características anatómicas del cuello del paciente, de la urgencia con que se precisa y, sobre todo, de la perspectiva de temporalidad con la que se programa.

En primer lugar es muy importante diferenciar entre lo que es una traqueotomía transitoria y una permanente; y dentro de éstas la que se realiza cuando ha sido precisa una laringectomía total (extirpación completa de la laringe motivada usualmente por el padecimiento de un tumor maligno) de la que se practica conservando la laringe, aunque con previsión de una larga o definitiva permanencia.

Las traqueotomías transitorias de días o semanas de duración precisan de una técnica más simple, que sencillamente asegure la estabilidad del canal u orificio, que se denomina estoma traqueal o traqueostoma (figura 3).

Las permanentes conllevan una diferente configuración de ese estoma, que se consigue habitualmente por medio de unas suturas especiales (figura 4).

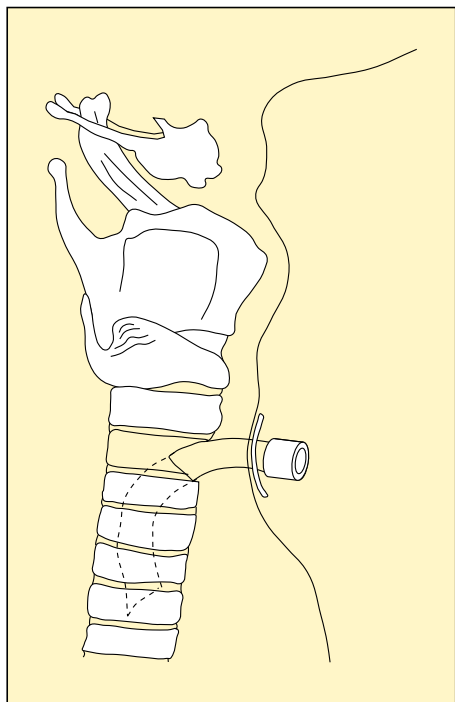


Figura 3. Traqueotomía transitoria.

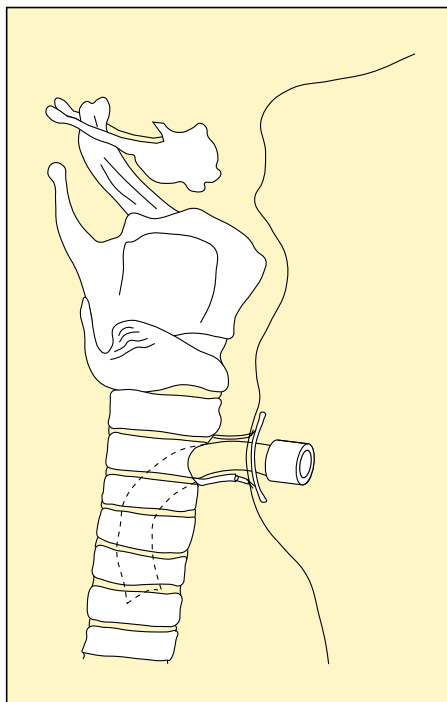


Figura 4. Traqueotomía permanente.

La traqueotomía del laringectomizado se realiza abocando directamente la tráquea a la piel (figura 5).

Las cánulas

La cánula no es más que un tubo que sirve para asegurar que la comunicación creada entre la tráquea y la piel no se cierre de nuevo o se deforme, ya que existe una predisposición natural a que ello ocurra como resultado del proceso de cicatrización que se instaura como sucede con cualquier otra herida.

Las cánulas están diseñadas para adaptarse a la forma del estoma y de la tráquea proximal a éste.

Se construyen con materiales cuya tolerancia sea óptima, que no sean irritantes y que puedan ser fácilmente limpiados.

Se fabrican habitualmente con una aleación de plata o con plásticos biocompatibles, siliconas, teflón, etc.

Existen muchas en el mercado y casi todas son actualmente aceptables.

Lo fundamental es contar con diversidad de calibres y de longitudes.

Se debe distinguir entre tres tipos:

- 1) Cánula de traqueotomía estándar: para traqueotomías transitorias (figura 6).
- 2) Cánula de traqueotomía fenestrada: con un orificio u orificios en la parte convexa de su curvatura para permitir el paso del aire hacia la laringe (figura 7).
- 3) Cánula de laringectomía: más cortas y anchas y con menos curvatura (figura 8).

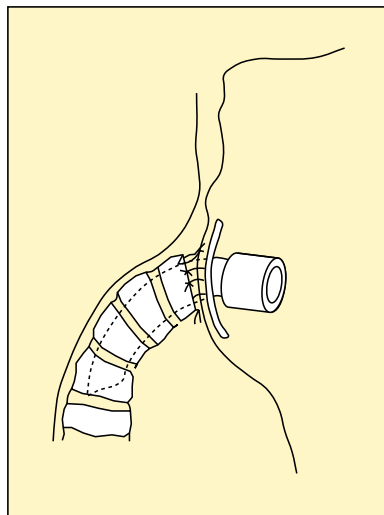


Figura 5. Traqueotomía del laringectomizado.



Figura 6. Cánula de traqueotomía estándar.



Figura 7. Cánula de traqueotomía fenestrada.

Existen toda una serie de cánulas especiales para muy diversas circunstancias. De entre ellas, quizá las más populares son las denominadas parlantes o fonatorias, que llevan en el extremo exterior una membrana oscilante que se desplaza con los movimientos respiratorios y permite hablar al paciente sin necesidad de utilizar el dedo para ocluirla.



Figura 8. Cánula de traqueotomía del laringectomizado.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Una vez concluida esta amplia introducción, imprescindible para la comprensión del problema que se plantea al paciente que es o va ser portador de una traqueotomía, es preciso tratar de dar respuesta a una serie de preguntas que obviamente van a surgir en su mente de manera más o menos agobiante.

¿Qué trastornos produce en el organismo una traqueotomía?

La delicada coordinación respiratoria realizada en la laringe y la función esfinteriana se alteran profundamente cuando se realiza una traqueotomía.

Se elimina el paso del aire por la nariz, lo que supone la anulación de una serie de transformaciones que éste sufre en su transcurso nasal y que son de una importancia considerable, ya que consisten en la regulación de la temperatura y humedad, y en el filtro de microorganismos como bacterias y algunos virus, y de forma provisional se pierde total o parcialmente el olfato.

Todo esto hace que se produzca mayor cantidad de moco y que éste sea más adherente y seco.

Como consecuencia de lo anterior se estimula el reflejo tusígeno, que hace que en los primeros días se presenten accesos de tos, a veces de manera violenta y continuada.

Se pierde de manera transitoria o definitiva la capacidad de hablar, ya que también se suprime el acceso del aire a la laringe y a los estratos anatómicos superiores como la faringe y la boca.

Se restringe la capacidad de realizar determinados esfuerzos físicos al no poderse efectuar el cierre de las cuerdas vocales. Por ello se produce estreñimiento y se limita la posibilidad de hacer deporte y de cargar con objetos pesados.

Todos estos trastornos son por lo general transitorios y su duración depende de la adopción de determinados cuidados o medidas, y de la rapidez con que se instaure el proceso de adaptación, que está condicionado por factores individuales como veremos más adelante.

¿Qué cuidados son precisos?

En los días posteriores inmediatos a la realización de la traqueotomía se necesita asistencia por parte de personal especializado, que consiste en la cura de la herida quirúrgica y en el cambio de la cánula.

La herida y la zona circundante han de mantenerse limpias y en lo posible asépticas, cosa a veces difícil por la contaminación que se produce con el moco y las secreciones provenientes de la tráquea; por ello son necesarias curas repetidas.

El traqueostoma, que como anteriormente se explicaba, no es otra cosa más que el orificio de la piel que comunica con la tráquea, necesita de ciertos cuidados además de los reseñados como elementales de la herida quirúrgica.

En los primeros días ha de mantenerse humedificado y lubricado con alguna pomada o crema, similar a la que se emplea en los cuidados de los lactantes alrededor del orificio anal.

Posteriormente lo esencial es la limpieza, de manera muy especial para tratar de evitar la incrustación de moco seco. Los pacientes pueden encontrar en el mercado apósitos que cumplen perfectamente esta función.

Ocasionalmente el estoma tiene tendencia a cerrarse o estrecharse, lo que complica y hace dolorosos los cambios de cánula; este problema ha de ser resuelto con la colaboración del médico o personal de enfermería especializado, que tratará de dilatar el orificio de manera progresiva con la introducción de cánulas de calibre cada vez algo mayor, y solamente de manera excepcional se precisará de una intervención quirúrgica con el objetivo de conseguir una ampliación definitiva.

Es hasta cierto punto frecuente que en la etapa postoperatoria reciente y hasta pasado un cierto tiempo la cánula se obstruya por coágulos y moco espeso o seco. Para evitar este problema son útiles las cánulas con una parte interna extraíble, fácil de cambiar y de limpiar sin necesidad de tenerla que sustituir por completo (figura 9).

En ese tiempo inmediato posterior a la intervención también es posible que la cánula se desplace o se salga por completo, casi siempre a consecuencia de accesos de tos. Para evitar este accidente es muy importante asegurar la sujeción, que habitualmente se lleva a cabo con unas cintas anudadas en la zona posterior del cuello.

Mantener un ambiente de humedad es imprescindible, ya que al carecer del filtro nasal el aire que llega procedente del exterior es habitualmente seco, y su consecuencia es la desecación de la tráquea y del moco.



Figura 9. Cánula con parte interna cambiabile.

Conforme va pasando el tiempo se desarrolla un extraordinario proceso de adaptación, y con las instrucciones oportunas se puede prescindir de los cuidados del personal especializado.

Es relativamente sencillo aprender a cambiarse la cánula o enseñar a hacerlo a los familiares que conviven con el paciente en el caso de niños o pacientes incapacitados.

La rehabilitación respiratoria es en muchos casos muy conveniente para aprender a toser y enseñar al paciente que debe respirar a través de una traqueotomía.

Los cuidados transcurrido cierto tiempo son simplemente de higiene, y consisten en la limpieza rigurosa del estoma, evitando la incrustación de moco y la suciedad.

¿Se puede hablar con traqueotomía?

La respuesta es contundente y positiva: sí se puede hablar con traqueotomía.

Aunque la laringe se haya visto afectada y ésta haya sido la causa de la traqueotomía, siempre que quede un mínimo paso de aire es posible hablar ocluyendo el orificio de salida de la cánula fenestrada con un dedo o utilizando unas válvulas especiales que se acoplan en ese orificio.

En el caso de que se haya extirpado la laringe por completo también se puede hablar, y de hecho un alto porcentaje de los pacientes lo consiguen.

Hay dos métodos para ello: o bien el aprendizaje de habla esofágica, que se conoce médicamente como erigmofofía y que consiste en aprender a tragarse el aire y expulsarlo por el esófago haciendo vibrar a los pliegues de este mismo para emitir sonido con un mecanismo similar al del eructo, o bien la rehabilitación quirúrgica, que consiste en crear una comunicación entre la tráquea y el esófago para que el aire proveniente de los pulmones llegue a la faringe y a la boca y pueda ser capaz de conseguir esas vibraciones sonoras.

Para llevar a cabo esta rehabilitación hay también muchos procedimientos quirúrgicos que tratan de conseguir que esa comunicación permita solamente el paso del aire desde la tráquea a la faringe e impida que la saliva y los alimentos pasen desde la faringe a la tráquea, lo que se logra en la mayor parte de las ocasiones por medio de unas válvulas especiales.

¿Hasta qué grado es incapacitante una traqueotomía?

Ésta es quizá la pregunta de más difícil respuesta, ya que depende de numerosos condicionantes, de entre los cuales sin duda el más influyente es el puramente personal.

Una traqueotomía incapacita de manera permanente solamente para dos cosas: para poderse bañar sumergiendo todo el cuerpo y para realizar ejercicios físicos muy intensos.

Como hemos visto antes, se puede hablar, se puede comer y beber sin problemas, se puede caminar, etc.

Se puede, por supuesto, realizar el acto sexual y mantener la vida de pareja normalmente.

La mayoría de las veces es mucho más incapacitante la enfermedad que supuso la indicación de la traqueotomía que la traqueotomía en sí misma.

Sujetos laringectomizados o traqueotomizados de manera permanente se han incorporado a su trabajo después de una fase de adaptación o han buscado nuevas profesiones, y de ello hay innumerables ejemplos.

Existen unas asociaciones de laringectomizados en España y en el resto del mundo que colaboran de manera muy eficaz a que esta integración social se lleve a cabo.

CONSIDERACIONES FINALES

La traqueotomía es sin duda una de las intervenciones más temidas por la población en general, en mayor grado cuando se precisa de por vida.

Sin embargo, es de las mejor aceptadas por un gran número de pacientes, que han aprendido a vivir con ella y han superado todas las contrariedades que una traqueotomía implica.

La sociedad en su conjunto es cada vez más comprensiva con este problema y la aceptación social de los pacientes traqueotomizados ha mejorado muchísimo, aunque en este camino se debe pedir un mayor esfuerzo tanto desde el punto de vista personal como desde el colectivo e institucional.



INDAS