

Traqueoplastias: cambio por Covid desde 2021, epidemiología. Implicancias anestésicas.
Navarro L., Esquivel J., Malczewski J., Miranday J., Passauer C., Traverso B., Trila L., Ambrosis R.
 Hospital San Juan de Dios. La Plata. Buenos Aires. Argentina.
 Mail: luisnavarro.f917@gmail.com

Introducción: la estenosis traqueal (ET) en Argentina tiene como principal causa la ventilación mecánica (VM). La emergencia de COVID 19 desde 2020 traza un paradigma: incremento de la resolución de la secuela de ET por VM. En el Hospital San Juan de Dios de La Plata en el período 2011-2020 se habían realizado un promedio de 10 traqueoplastias/año.

Objetivo: presentar cambio coyuntural de epidemiología de ET y la estrategia anestésica de la traqueoplastia.

Método: estudio retrospectivo descriptivo observacional. Criterios de inclusión: pacientes sometidos a Traqueoplastia en Hospital San Juan de Dios de La Plata desde febrero 2021 hasta junio 2022.

Se incluyeron 29 pacientes, se registró, sexo, edad, causa de VM, tiempo quirúrgico, promedio de dilataciones broncoscópicas previas, estado vía aérea (VA) al ingreso a quirófano, técnica anestésica, calibre de tubos traqueales (TT) al inicio; desde la revisión de historias clínicas.

Genero ♂	62%
Promedio edad	45 (18-73) años
Causa de VM	Covid 45%
	Trauma 35%
	EPOC 7%
	Posoperatorio 7%
	Neumonía 3 %
	ACV 3%
N dilataciones previas promedio	2 (0-7)
VA al ingreso	41% traqueostomía
TT (n17)	6 n 4
	6,5 n 5
	7 n 5
	7,5 n 3
Tiempo quirúrgico	317 minutos (180-490)

Resultados: Todos los pacientes tenían antecedente de VM. Las dilataciones previas no superaban los 7 días. Preanestésico con énfasis en el informe de broncoscopia/s previas. Consentimiento informado. Premedicación analgésica, antiemética y de protección gástrica. Técnica anestésica TIVA. Monitoreo normas FAAAAR. Intubación con TT del > calibre factible. Técnica quirúrgica: anastomosis termino-terminal, utilización de tubo endotraqueal espiralado y prolongador en campo. A todos los pacientes se les cambio de TT a un calibre ≥ 7,5, finalizado la sutura traqueal Egresaron extubados con punto tractor con fijación del mentón a la piel en la unión del manubrio y el cuerpo esternal, hacia la Unidad de Terapia Intensiva. Analgesia preoperatoria paracetamol, en inducción ketorolac - dexametasona-tramadol y durante postoperatorio ketorolac- tramadol- paracetamol-rescate morfina.

Conclusiones: el Covid incrementó significativamente las ET por VM que requirieron traqueoplastia, predominio de género masculino. Las dilataciones broncoscópicas previas de < 7 días optimiza estado de VA generando la posibilidad de la utilización de TT ≥ 6. Es una cirugía de bajo impacto doloroso, pero se debe evitar la tos y náuseas/vómitos. Es conveniente no utilizar hidrocortisona que disminuiría tiempo de cicatrización. Los tiempos quirúrgicos de traqueoplastias son prolongados en hospitales escuela.

